

Att stärka kvaliteten
i hem för vård eller boende
(HVB) för personer med
missbruks- och
beroendeproblem

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN 978-91-7555-342-9
Artikelnummer 2015-9-11

Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2015

Förord

Socialstyrelsen har fått uppdrag från regeringen att ta fram underlag för att stärka kvaliteten i hem för vård eller boende (HVB) som bedriver frivillig vård och behandling för personer med missbruks- och beroendeproblem. Utgångspunkten för uppdraget är de brister i innehållet i HVB-verksamheten som Missbruksutredningen pekade på i sitt slutbetänkande SOU 2011:35, Bättre insatser vid missbruk och beroende.

Denna rapport innehåller en sammanställning av vad som kan anses vara god vård och omsorg i HVB samt Socialstyrelsens slutsatser och förslag för att stärka kvaliteten inom verksamhetsområdet.

Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen samrått med Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse (SiS) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Samråd har även skett med brukar- och branschorganisationer samt med forskare inom missbruksområdet. Projektledare har varit utredare Christina Höglblom och ansvariga enhetschefer Annika Öquist och Beatrice Hopstadius. I arbetsgruppen har ingått utredarna Gunnel Hedman Wallin och Peter Lindqvist samt juristen Åsa Malmros, Socialstyrelsen.

Lars- Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING	7
UPPDRAG OCH GENOMFÖRANDE	9
<i>Bakgrund</i>	9
<i>Genomförande</i>	10
OLIKA SÄTT ATT BESKRIVA KVALITET	11
VAD ÄR KVALITET?	11
<i>Kvalitet utifrån lagstiftning och föreskrifter</i>	11
<i>Kvalitet utifrån struktur, process och resultat</i>	12
<i>Servicekvalitet och livskvalitet</i>	12
<i>God vård och omsorg</i>	13
<i>Evidensbaserad praktik</i>	13
KUNSKAPSBASERAD VERKSAMHET	15
ORGANISATION OCH LEDNING	15
<i>Ledningens kompetens</i>	15
ARBETSSÄTT OCH BEHANDLINGSMETODER.....	16
<i>Vad är specifikt med behandling i HVB?</i>	16
<i>Metoder i arbetet</i>	17
<i>Bemanning</i>	18
PERSONALGRUPPENS SAMMANSÄTTNING OCH KOMPETENS	18
<i>Medarbetarnas kompetens</i>	19
<i>SiS kompetensutvecklingsarbete</i>	19
SYSTEMATISK UPPFÖLJNING.....	20
<i>Dokumentation och uppföljning på individnivå</i>	20
<i>Lokal beprövad erfarenhet</i>	21
<i>Öppna jämförelser och HVB-register</i>	22
SÄKER VÅRD OCH OMSORG	24
TILLSTÅND ATT BEDRIVA HVB.....	24
<i>Förslag på skärpta krav för att få bedriva HVB</i>	24
TILLSYN.....	25
UPPHANDLING OCH AVTALSUPPFÖLJNING.....	26
INDIVIDANPASSAD VÅRD OCH OMSORG	27
VÅRDENS PLANERING OCH GENOMFÖRANDE	27
DELAKTIGHET OCH BRUKARINFLYTANDE	28
BRUKARENS TILLGÅNG TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	28
<i>Hälso- och sjukvårdsinsatser</i>	29
<i>Egenvård och delegering av medicinska arbetsuppgifter</i>	29
EFFEKTIV VÅRD OCH OMSORG	31
<i>HVB - en del av vårdkedjan</i>	31
JÄMLIK OCH TILLGÄNGLIG VÅRD OCH OMSORG	32

TILLGÅNG TILL VÅRD	32
SOCIALSTYRELSENS SLUTSATSER OCH FÖRSLAG	33
KUNSKAPSBASERAD VERKSAMHET.....	33
1. <i>Kompetens</i>	33
2. <i>Uppföljning</i>	33
SÄKER VÅRD OCH OMSORG.....	34
3. <i>Krav på kvalitet och säkerhet</i>	34
INDIVIDANPASSAD VÅRD.....	35
4. <i>Information om hälso- och sjukvård och egenvård</i>	35
EFFEKTIV VÅRD OCH OMSORG	35
5. <i>Behov av långsiktiga vård- och behandlingsinsatser</i>	35
JÄMLIK OCH TILLGÄNGLIG VÅRD OCH OMSORG	36
6. <i>Kartläggning och analys av vårdlandskapet</i>	36
REFERENSER.....	37
BILAGA.....	40
OMFATTNINGEN AV MISSBRUK OCH BEROENDE.....	40
<i>Socialtjänstens insatser</i>	40
FAKTA OM HVB	41
LÄGSTIFTNING, FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD	41
<i>Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete</i>	42
<i>Tillstånds- och anmälningsplikt</i>	42
<i>Tillsyn</i>	43
<i>Upphandling</i>	43

Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag från regeringen att ta fram underlag för att stärka kvaliteten i hem för vård eller boende (HVB) som bedriver frivillig vård och behandling för personer med missbruks- och beroendeproblem. I dagsläget finns c:a 200 HVB som bedriver dygnetrunt-vård för den aktuella målgruppen, drygt 80 procent av dem drivs i enskild regi. År 2014 fick ca 7100 vuxna personer vård och behandling i HVB genom socialtjänstens försorg.

Socialstyrelsen lämnar synpunkter och förslag inom följande områden:

Kunskapsbaserad verksamhet

En av förutsättningarna för att stärka kvaliteten inom HVB är att personalen har rätt utbildning, kompetens och lämplighet för sina arbetsuppgifter samt att verksamheten använder sig av metoder och arbetssätt som utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet.

- Socialstyrelsen anser att personalen i regel bör ha en utbildning som lägst motsvarar en 2-årig eftergymnasial utbildning med inriktning mot socialt vård- och behandlingsarbete.
- Socialstyrelsen anser att de rekommendationer avseende stöd- och behandlingsåtgärder som finns i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende bör vara utgångspunkt för de insatser som erbjuds i HVB.

Uppföljning

Utvecklingen av vårdens innehåll och kvalitet är beroende av att det finns väl fungerande former för kunskapsstyrning och systematisk uppföljning. För att detta ska vara möjligt behövs ett väl fungerande samspel mellan de tre nivåerna individuell uppföljning, verksamhets- eller lokal uppföljning samt nationell uppföljning.

Det saknas enhetliga regler för dokumentation kring vården för den enskilde som placeras i HVB, vilket leder till svårigheter att följa upp vården på ett systematiskt sätt.

- Socialstyrelsen anser att regeringen bör ta initiativ till att utreda om, och i så fall hur, dokumentation i HVB bör ske i de fall en placering sker av annan aktör än socialtjänsten.
- Socialstyrelsen anser att ett sätt att stärka kvaliteten i HVB-verksamheterna kan vara att de inkluderas i de öppna jämförelserna inom missbruks- och beroendevården. En förutsättning för att detta ska vara möjligt är dock att det finns tillgång till register som innehåller tillräckliga uppgifter och som uppdateras kontinuerligt.

Fortlöpande krav på kvalitet och säkerhet

Ägarprövningsutredningen har i sitt slutbetänkande SOU 2015:7, Krav på privata aktörer i välfärden, föreslagit att insikt, erfarenhet och lämplighet

samt ekonomiska förutsättningar för en långsiktig verksamhet bör krävas av privata utförare av socialtjänst samt att det ska ingå i IVO:s tillsynsansvar att fortlöpande granska att tillståndshavare uppfyller dessa krav.

Det finns inga krav på att HVB som tar emot vuxna ska omfattas av tillsyn med viss frekvens. Inom socialtjänstens område, inte minst HVB, är det nödvändigt med en fungerande och enhetlig tillsyn då verksamheten tar emot människor med omfattande problem som befinner sig i ett utsatt läge.

- Socialstyrelsen delar Ägarprövningsutredningens bedömning att de föreslagna utökade kraven vid tillståndsprövning och tillsyn bidrar till att stärka kvaliteten i verksamheter som bedriver HVB.
- Socialstyrelsen anser att en aktiv tillsyn av HVB som tar emot vuxna med missbruk och beroende är en av förutsättningarna för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.
- Socialstyrelsen föreslår att det i tillsynsmyndighetens uppgift ingår att följa upp nyetablerade HVB efter en viss tid, exempelvis inom två år.

Information om hälso- och sjukvård och egenvård

Det har framkommit att det råder kunskapsbrister hos den som bedriver verksamheter i form av HVB om när verksamheten även bedriver hälso- och sjukvård. Det brister även i kunskap om en insats är att bedöma som egenvård eller delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård.

- Socialstyrelsen avser att ta fram ett informationsmaterial om när ett HVB kan anses bedriva hälso- och sjukvård och vilka krav som då ställs på verksamheten samt när en åtgärd är att betrakta som egenvård respektive delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård.

Behov av långsiktiga vård- och behandlingsinsatser

Det krävs en långsiktighet i arbetet för att vården och omsorgen ska kunna vara effektiv och leda till positiva förändringar för personer med missbruk och beroende. Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av stöd riktat till såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården och HVB för att utveckla arbetet med planering, genomförande och uppföljning av vården.

- Socialstyrelsen avser att ta fram en vägledning för att stödja professionens arbete med hela vårdkedjan för personer med missbruk och beroende. Vägledningen behöver särskilt lyfta brukarens delaktighet i hela processen och samverka mellan de olika aktörerna i vården kring den enskilde.

Kartläggning och analys av vårdlandskapet

Det saknas en aktuell nationell bild av vårdlandskapet, både institutionsvårdens innehåll och utveckling samt omfattningen av och innehållet i öppenvården.

- Socialstyrelsen avser att göra en kartläggning och analys av behovet och tillgången till vård och behandling för personer med missbruk och beroende. I uppdraget bör ingå att undersöka hur socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser samordnas.

Uppdrag och genomförande

I den här rapporten ger Socialstyrelsen synpunkter och förslag på insatser som kan leda till kvalitetsförbättringar när det gäller hem för vård och boende (HVB) för personer med missbruks- och beroendeproblem, med anledning av regeringens uppdrag S2013/3451/FST (delvis).

Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen ge regeringen ett underlag för att ta steg mot att stärka kvaliteten i HVB för personer med missbruks- och beroendeproblem. Uppdraget är i dialog med Socialdepartementet avgränsat till att omfatta den frivilliga HVB-vården med inriktning mot behandling som bedrivs av kommuner och privata aktörer. Bedömningen är att det är i den verksamheten som det finns störst behov av och möjlighet till kvalitetsutveckling.

Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet senast den 30 september 2015.

Bakgrund

Regeringen har med stöd av Missbruksutredningen pekat på flera brister i HVB för vuxna med missbruks- och beroendeproblem. Kritiken handlar i huvudsak om innehållet i verksamheten.

I Socialstyrelsens uppdrag hänvisas till det förslag som Missbruksutredningen framförde i sitt slutbetänkande SOU 2011:35, Bättre insatser vid missbruk och beroende. En slutsats som drogs i betänkandet var att kvaliteten i HVB för vuxna med missbruks- och beroendeproblem behöver förbättras. Missbruksutredningen menade att

- behandlingen i flera fall inte vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet
- det förekommer stora variationer i tillämpningen av behandlingsmetoder och att behandlingsmetoder ges som det saknas vetenskapligt stöd för
- personalen ibland saknar den utbildning och kompetens som krävs och saknar specifik kompetens för arbetsuppgifterna
- uppgifterna om behandlingsresultaten normalt är mycket begränsade
- ledningens och personalens skötsamhet borde tillmätas betydelse.

Missbruksutredningen föreslog att HVB skulle bli föremål för auktorisation som ett led i att skapa en kunskapsbaserad vård och behandling, vilket Socialstyrelsen avvisade i sitt remissvar. Socialstyrelsen framhöll att ledningssystem, kvalitetssäkring, kompetens och inflytande för den enskilde kunde vara mer effektivt för att värna kvalitet och säkerhet än auktorisering av metoder. Socialstyrelsen anförde vidare att det fanns anledning att undersöka om skärpta krav vid tillståndsprovning kunde vara ett sätt att säkerställa detta.

Regeringen beslutade att en samlad bedömning av vilka kvalitetskrav som kan ställas på verksamheterna behövde göras och gav därför i maj 2013 Socialstyrelsen i uppdrag att utreda detta.

Uppdraget resulterade i en förstudie som beskriver dagens system och dess styrkor och svagheter, däremot hann projektet inte inom ramen för utredningstiden utveckla vilka kvalitetskrav som kan stärka institutionsvården för målgruppen. Vidare försvårades arbetet av att området var föremål för två statliga

utredningar. Socialstyrelsen fick därför förlängt uppdrag att ta fram förslag till kvalitetskrav inom området.

Ägarprövningsutredningen lämnade sitt slutbetänkande i januari 2015 (SOU 2015:7). Utredningens förslag presenteras längre fram i rapporten. Utredningen om översynen av LVU har i sitt delbetänkande (SOU 2014:3, Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga) föreslagit nya placeringsformer och en ny beteckning på dagens HVB, hem för omvårdnad och boende (HOB). Dessa förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet. I LVU-utredningens slutbetänkande (SOU 2015:71, Barn och ungas rätt vid tvångsvård) ges förslag som även kan beröra innehållet i institutionsvården för vuxna, t.ex. frågan om verksamhetsregister.

Genomförande

De kvalitetsmässiga brister i HVB som uttrycks i Missbruksutredningen utgör utgångspunkten för uppdraget. Den förstudie som togs fram inom ramen för uppdraget har utgjort underlag för det fortsatta utredningsarbetet. En översiktlig litteraturgenomgång har genomförts med fokus på kvalitet, institutionsvård, behandlingsmetoder och arbetssätt. Samråd har skett med Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Kriminalvården, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Statens institutionsstyrelse (SiS). Separata möten har också hållits med brukarorganisationer, företrädare för vårdorganisationer och forskare inom missbruks- och beroendområdet.

För att beskriva vad som kan vara god kvalitet i HVB och vilka förslag som kan leda till kvalitetsförbättringar i verksamheten har Socialstyrelsen valt att utgå från den kunskapsstyrningsmodell för god vård och omsorg som myndigheten tagit fram [1, 2]. Modellen, som beskrivs längre fram i rapporten, innehåller sex dimensioner av begreppet god vård och omsorg¹. Dessa dimensioner utgör rapportens utgångspunkt för beskrivningen av vården i HVB. Synpunkter och förslag på förstärkningar och förändringar för att stärka kvaliteten inom verksamhetsområdet presenteras under varje dimension i ett avslutande kapitel.

¹ De sex dimensionerna är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig vård och omsorg.

Olika sätt att beskriva kvalitet

Vad är kvalitet?

En vid definition av begreppet kvalitet är att det ska spegla alla sammantagna egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger den dess förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov [2]. Donabedian, som anses ha utvecklat grundkoncepten för hur kvalitet ska mätas och förstås inom hälso- och sjukvårdens område, beskriver att kvalitet behöver sättas in i ett sammanhang utifrån vad det ska spegla. Kvalitet kan ses ur olika perspektiv utifrån vad olika intressenter; mottagaren, utföraren eller samhället, uppfattar är kvalitet [3]. Kvalitet innebär också att produkten eller tjänsten utformas i enlighet med gällande lagar, förordningar och föreskrifter eller baseras på bästa tillgängliga kunskap. Med kvalitet menas enligt denna definition allt som verksamheten gör, hur arbetet utförs och vilka resultat som uppnås [2].

Kvalitet utifrån lagstiftning och föreskrifter

Enligt 3 kap. 3 § SoL ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet, arbetsuppgifterna ska utföras av personal med lämplig utbildning och erfarenhet och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Av förarbetena till bestämmelsen framgår att kravet på god kvalitet gäller för både privat och offentlig verksamhet inom socialtjänsten och för såväl myndighetsutövningen som övriga tjänster. Vidare anges att det för att uppnå god kvalitet i socialtjänsten krävs ingredienser såsom rättssäkerhet, att den enskilde har medinflytande över de insatser som ges och att det finns en lätt tillgänglig vård och service. Andra faktorer som kan ge förutsättningar för god kvalitet är en väl fungerande arbetsledning och en lämpligt sammansatt arbetsgrupp. Att använda sig av ett genomtänkt arbetssätt är en del av kvaliteten, vilket understryker behovet av uppföljning och utvärdering av olika insatser. Försöken att definiera kvalitet leder till slutsatsen att kvalitetsutvecklingen bör fokuseras på alla delar av verksamheten, såväl organisationsstrukturer som arbetsprocessen och de resultat som man uppnår. En viktig förutsättning för att utveckla och bedöma kvaliteten är att kunskap tas tillvara genom systematisk dokumentation. Kvalitetsarbete vid lokala arbetsenheter i form av egenutvärdering och egenkontroll bör utgöra ett centralt inslag i en strategi för kvalitetsarbete. Vidare anges att då insatserna syftar till att stödja en förändring i den enskildes livssituation har det stor betydelse för kvaliteten att det finns en förtroendefull samverkan mellan den enskilde och socialtjänstens personal och respekt för den enskildes personliga integritet (prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen s.51-53).

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är definitionen av kvalitet att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service

till vissa funktionshinder och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ansvarar för att det finns ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I arbetet ingår att identifiera, beskriva och fastställa de aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra kvaliteten. Föreskriften innehåller också regler om hur verksamheten ska utöva egenkontroll. I ansvaret ligger att säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. I 14 kap 2 § socialtjänstlagen finns även en bestämmelse om att personalen är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Kvalitet utifrån struktur, process och resultat

Följande tre perspektiv kan användas för att undersöka en organisations kvalitet [4,5].

Strukturkvalitet anger de förutsättningar som en organisation måste uppfylla för att uppnå god kvalitet. Det kan till exempel handla om ändamålsenliga lokaler, bemanning, personalens kompetens och arbetsledning som kan organisera verksamheten på ett bra sätt.

Processkvalitet handlar om hur arbetet utförs, att det finns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, rutiner och vårdplaner med mera samt att dessa följs och är kända av personalen i verksamheten.

Resultatkvalitet avser vilket resultat verksamheten uppnått utifrån de krav som ställts. Resultat kan handla om att mäta vårdtider, vårdssammanbrott och ökad nöjdhet hos de brukare som vistas i HVB med mera.

Sammanfattningsvis kan man säga att hur verksamheten organiseras och hur utrednings- och vårdprocesserna fungerar har betydelse för kvaliteten inom missbruks- och beroendevården. Kvalitet som rör strukturer och processer kan vara enklare att mäta än resultatkvalitet. Strukturer och processer kan beskrivas och observeras medan resultatkvaliteten kan variera beroende på när den mäts och vilket mål som satts upp. Det kan också finnas många andra faktorer i den enskildes liv som har betydelse för utfallet av en behandlingsinsats och som kan ha större betydelse än de insatser som missbrukarvården har erbjudit den enskilde [5].

Servicekvalitet och livskvalitet

Begreppet kvalitet används oftast för att beskriva kvaliteten i utförandet av olika insatser, så kallad servicekvalitet. Med detta avses de resurser och kompetenser som finns i en verksamhet samt den service och de tjänster som verksamheten producerar. Mer sällan beskriver man vilka effekter insatserna har på brukarnas livssituation, det vill säga om de leder till en förbättrad livskvalitet. För att kunna göra en bedömning av vad som är kvalitet i socialt arbete behöver

man beakta båda dessa aspekter, det vill säga både vad som sker i verksamheten och vilka effekter insatserna får i brukarens liv[6].

God vård och omsorg

Socialstyrelsens har utvecklat en gemensam kunskapsstyrningsmodell för god vård och omsorg som utgår från lagstiftningen i socialtjänstlagen (2001:433) SoL och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL och ligger till grund för de indikatorer som används i öppna jämförelser av missbruks- och beroendevård [1, 2]. Modellen har sitt ursprung i de kvalitetsområden för socialtjänsten som tidigare tagits fram för öppna jämförelser och de kvalitetsområden för god vård som utformats för verksamheter inom hälso- och sjukvården.

God vård och omsorg beskrivs utifrån följande sex dimensioner:

Kunskapsbaserad: Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.

Säker: Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.

Individanpassad: Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.

Effektiv: Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.

Jämlig: Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.

Tillgänglig: Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

Evidensbaserad praktik

Ett led i att utveckla och höja kvaliteten inom socialtjänstens verksamhetsområde är att införa en evidensbaserad praktik (EBP).

EBP i socialt arbete kan definieras som en medveten och systematisk användning av

- den bästa tillgängliga kunskapen
- den professionelles expertis
- den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål.

Hur informationen från de olika kunskapskällorna vägs samman bestäms av det nationella och lokala sammanhanget, till exempel lagstiftning, riktlinjer och tillgängliga insatser [7].



Att implementera en evidensbaserad praktik kräver ett långsiktigt processinriktat arbetssätt för att förändra strukturen i det dagliga arbetet. I Socialstyrelsens uppdrag ingår att utveckla och ta fram stöd för att kommunerna ska kunna implementera en evidensbaserad praktik.

Kunskapsbaserad verksamhet

Ett HVB förväntas bedriva en kunskapsbaserad verksamhet. Detta innebär att de insatser som erbjuds utgår från vetenskap och/eller beprövad erfarenhet samt att den enskildes rättigheter och erfarenheter tillvaratas på bästa möjliga sätt.

Organisation och ledning

Hur verksamheten är organiserad och hur den leds har betydelse för kvaliteten. En framgångrik organisation kännetecknas av att det finns tydliga och realistiska målsättningar som kan utvärderas, samt ett väldefinierat och avgränsat ledarskap. Det behöver finnas kompetens hos personalen och arbetsmetoder som är anpassade till den målgrupp man arbetar med [8]. Det är också angeläget att de metoder som används utgår från var i förändringsprocessen klienterna befinner sig [9].

Inom forskningen finns beskrivet faktorer som på olika sätt påverkar en institutions arbete. De benämns som inre och yttre ramfaktorer. De yttre ramfaktorerna är för det mesta givna och stabila över tid. Till dessa räknas lagar, föreskrifter etc. De inre ramfaktorerna är sådana som direkt påverkar och styr utformningen av verksamheten som resurser, urvalet av klienter, målet med verksamheten och sättet att organisera den. Den behandlingsideologi som verksamheten bygger på räknas till de inre. En av de viktigaste inre resurserna är personalens sammansättning och kompetens. Den formella kunskap som personalen har är mycket betydelsefull, men forskning lyfter fram att professionell utbildning långt ifrån räcker. I alla organisationer finns det kunskap som speglar en lokal organisationskultur, vilket är angeläget att ta fasta på. Personal som har arbetat en tid inom en verksamhet sitter inne med så kallad förtroendekunskap som tar lång tid att förvärva. Med förtroendekunskap avses kunskap som är speciell för varje behandlingsenhet som normer, etik, förhållningssätt, konflikthantering etc. För att bevara den kunskapen krävs en hög stabilitet i personalgruppen. Om detta uppnås blir det en resurs för att kunna ge insatser av hög kvalitet [8].

För att stärka och utveckla kvaliteten i HVB behöver man ta ställning till åtgärder som rör både yttre och inre ramfaktorer.

Ledningens kompetens

Vid HVB ska det finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten (3 kap 5 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF). Enligt 2 kap 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende ska den som förestår verksamheten, förutom att ha erfarenhet av liknande verksamhet och vitsordad personlig lämplighet, ha en adekvat högskoleutbildning. Utbildningen bör omfatta minst 180 högskolepoäng. Även eventuell ställföreträdande föreståndare bör ha denna kompetens (2 kap 1 § AR SOSFS 2003:20). Föreståndarens kompetens och lämplighet, och i förekommande fall dess ställföreträdare, prövas inom ramen för tillståndsprövningen.

Enligt SOSFS 2003:20 ska den som förestår verksamheten ha tillräcklig kunskap och kompetens för att bl.a. kunna ansvara för att arbetet organiseras så att den enskilde tillförsäkras boende, vård och behandling som är av god kvalitet och uppfyller kraven på säkerhet, samt att verksamheten kännetecknas av god etik och ett respektfullt bemötande. Förståndaren ska vidare ha tillräcklig kunskap och kompetens för att ansvara för att personal med lämplig utbildning och erfarenhet rekryteras och introduceras, att personalens behov av handledning tillgodoses samt att personalens behov av kompetensutveckling bevakas och stöds. Förståndaren ska även ha kunskap och kompetens för att ta ansvar för en god arbetsmiljö, att det finns rutiner för att hantera synpunkter, klagomål och konflikter och att de behandlingsmetoder som verksamheten använder följs upp och utvärderas. Slutligen ska förståndaren ha kunskap och kompetens för att kunna ansvara för att den enskildes behov av hälso- och sjukvård och tandvård bevakas och att den hälso- och sjukvård och tandvård som den enskilde behöver görs tillgänglig.

Det finns inte reglerat vilken kunskap eller kompetens den som bedriver en verksamhet i form av HVB ska ha. Ägarprövningsutredningen (SOU 2015:7) har dock i januari lämnat förslag om att tydligare krav ska ställas på att ägare och ledning har insikt och lämplighet för att beviljas tillstånd att bedriva verksamhet enligt socialtjänstlagen.

Arbetsätt och behandlingsmetoder

I behandlingsforskningen skiljer man på två faktorer som kan förklara ett positivt behandlingsresultat. *Specifika faktorer* är de behandlingsmetoder eller tekniker som används och *gemensamma faktorer* är faktorer som är mer eller mindre generella för olika verkningsfulla behandlingsmetoder och det sammanhang som de genomförs i [10, 11]. De gemensamma faktorerna kan i sin tur delas in i interna och externa faktorer där de interna är kopplade till själva behandlingssituationen och de externa till brukarens livssituation i övrigt.

Enligt forskningen kan ungefär en femtedel av ett positivt behandlingsresultat förklaras av den specifika metod som använts och ungefär lika mycket av brukarens förväntningar. Resten kan förklaras av gemensamma faktorer som en trygg, professionell behandlingsmiljö, att det finns arbets- och terapeutisk allians mellan behandlare och klient samt att brukaren får en trovärdig förklaring till sina problem och hopp och tilltro att en förändring är möjlig. Det är också angeläget att brukarens egna resurser frigörs [12].

Andra faktorer som har betydelse för behandlingsutfallet är tiden i behandling, att behandlingsprogrammet fullföljs och att brukaren deltar aktivt och med engagemang i behandlingen. Tillgång till bostad, arbete eller sysselsättning och fortsatt socialt stöd är också av central betydelse för behandlingsresultatet [12, 13].

Vad är specifikt med behandling i HVB?

Enligt 3 kap 3§ SoF ska verksamheten vid HVB bygga på förtroende för och samarbete med den enskilde och utformas så att vistelsen i hemmet upplevs som meningsfull. Den enskildes integritet ska respekteras. Vidare ska de

insatser som görs anpassas till den enskildes individuella behov och förutsättningar.

Att genomgå behandling i HVB innebär att vistas i en institutionsmiljö 24 timmar per dygn, sju dagar i veckan. Tiden behöver fyllas med både behandlingsinriktade insatser och andra aktiviteter som syftar till att stödja en förändringsprocess. Detta ställer särskilda krav på verksamhetens utformning och på personalens kompetens. HVB är en kollektiv miljö där individerna i hög grad är hänvisade till varandra, vilket innebär att alla måste fungera tillsammans i de dagliga aktiviteterna. Det medför att det har betydelse vilka personer som skrivs in i verksamheten och förutsätter att det finns fungerande inskrivningsrutiner. Den som leder verksamheten måste veta att hemmet har kompetens att ta emot den enskilde brukaren och bedöma om det finns förutsättningar att han eller hon passar in i den övriga klientgruppen. Om en behandlingsenhet förväntas hantera en alltför heterogen klientgrupp kan det leda till att den professionella kunskapen, förståelsen och erfarenheten blir för ytlig för att kunna möta och skapa förtroendefulla relationer till klienterna [14].

Metoder i arbetet

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer om vård och stöd vid missbruk och beroende finns rekommendationer om vilka insatser som är vetenskapligt utvärderade och visar på effektivitet. Riktlinjerna är i första hand avsedda att vara vägledande ur ett styr- och ledningsperspektiv för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Vidare anges att rekommendationerna bör påverka resursfördelningen inom vården och omsorgen så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade behandlingsinsatser än till lågt prioriterade [13].

I riktlinjerna används begreppen psykologisk och psykosocial behandling, med vilket menas metoder eller åtgärder som syftar till att förändra den enskildes problembeteende. Med behandling avses att interventionerna har en tydlig inriktning mot missbruks- och beroendeproblematiken, dvs. att hjälpa personer att komma ifrån sitt missbruk eller beroende [13]. Begreppet psykosocialt stöd definieras som stödjande insatser som främst är ägnade åt att förbättra den enskildes sociala situation och livssituation i övrigt [15].

De behandlingsinriktade inslagen i verksamheten kan bedrivas både individuellt och i grupp. Bland de behandlingsmetoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna finns bl.a. motivationshöjande behandling (MET), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention, community reinforcement approach (CRA) samt 12-stegsbehandling [13]. Flera av dessa metoder används idag i olika omfattning i HVB-verksamheterna.

Utöver de behandlingsinriktade interventionerna är det angeläget att ett HVB kan erbjuda en strukturerad tillvaro med tillgång till insatser och aktiviteter som stödjer den enskildes möjlighet att förändra sin situation. Det kan t.ex. handla om hjälp att hantera en trasslig ekonomi, social färdighetsträning, någon form av sysselsättning/arbetsträning och fysiska eller andra hälsofrämjande aktiviteter utifrån den enskildes behov. Omfattningen av sådana aktiviteter kan variera beroende på verksamhetens målgrupp, inriktning och behandlingstidens längd. Forskning visar att för marginaliserade grupper som utöver missbruks- och beroendeproblemen har sociala och hälsorelaterade problem tenderar insatser som inte enbart fokuserar på missbruket att ha bäst resultat [16].

Eftersom missbruk och beroende inte enbart är ett individuellt problem utan även får konsekvenser för barn, familj och övrigt nätverk är det angeläget att det finns ett familje- och nätverksorienterat perspektiv i verksamheten. Det finns flera studier som visar att om hela familjen involveras och får stöd förbättras kommunikationen i familjen och barnen mår bättre. Risken för återfall minskar också med ett familjeorienterat arbete [17].

Bemannning

Till skillnad mot vad som gäller för HVB som tar emot barn och unga och vuxna med psykiska funktionsnedsättningar finns det inte reglerat att verksamheten ska vara bemannad dygnet runt (SOSFS 2003:20).

Att ha tillgång till personal dygnet runt kan vara en viktig kvalitetsaspekt, dels ur trygghets- och säkerhetssynpunkt, dels för att brukarna ska kunna få sina behov av vård och behandling tillgodosedda oavsett tidpunkt på dygnet. De personer som placeras i HVB har oftast ett mycket omfattande missbruk och i många fall en samsjuklighetsproblematik. Det är inte ovanligt att de som vårdas i HVB även har varit utsatta för våld eller själva utövad våld. Om det saknas tillgång till personal dygnet runt kan det vara svårt att upprätthålla drogfrihet och säkerställa att boendet är tryggt och säkert för den enskilde.

Personalgruppens sammansättning och kompetens

Begreppet kvalitet är som nämnts tidigare inte entydigt. I ett HVB och i vård och behandlingsarbete kan man dock säga att kvaliteten uppstår i mötet mellan behandlaren och den enskilde. Att personalen har rätt kompetens är således betydelsefullt och nödvändigt för att kunna bedriva ett framgångsrikt socialt behandlings- och förändringsarbete.

En av de faktorer som återkommer i kritiken mot HVB är att personalen saknar kompetens för att bedriva ett socialt behandlingsarbete med god kvalitet, baserad på bästa tillgängliga kunskap. I socialtjänstlagen, socialtjänstförordningen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende finns allmänna bestämmelser om personalens kompetens, men där anges inte specifikt vilken utbildning eller erfarenhet som krävs. För att utföra socialtjänstens uppgifter ”ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet” (3 kap. 3 § SoL). Enligt lagens förarbeten syftar bestämmelsen till att framhålla vikten av att upprätthålla en hög kompetens och välja personer med lämplig bakgrund och personlighet för yrken inom socialtjänsten (prop. 1996/97:124, sid. 51).

Enligt 3 kap 6 § andra och tredje styckena SoF bör hem som tar emot personer med missbruk ha tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet, samt ha tillgång till psykologisk expertis.

I ett professionellt socialt behandlingsarbete ingår att kunna etablera och utveckla bärande relationer i syfte att vägleda, motivera, stödja eller stärka människor. För att arbeta med stöd, vård och behandling för personer med missbruks- eller beroendeproblem behövs till exempel kunskap om sociala förklaringsmodeller med ett helhetsperspektiv på frågor om människors drog-användande, missbruk och beroende utifrån biologiska, psykologiska, sociala

faktorer, utrednings- och behandlingsmetoder, lagar och regler, bemötande, etik, uppföljning och utvärdering, samverkan och olika samtalstekniker. Inte minst angeläget är att behandlaren har förmåga och kompetens att anpassa behandlingen utifrån individens situation och behov.

Inom ett HVB är det relevant att inte enbart se till den enskilda personalens utbildning utan det är den sammantagna kompetensen i ett arbetslag och utbildningsnivån i verksamheten som helhet som formar arbetssätt och behandlingens innehåll. Personalens kompetens och utbildningsnivåer behöver också relateras till den målgrupp som verksamheten riktar sig till och de vård- och behandlingsinsatser som verksamheten erbjuder.

Medarbetarnas kompetens

De förväntningar som finns på att HVB-verksamheter bedriver en kunskapsbaserad vård och behandling påverkar personalens yrkesroll. För att kunna bedriva ett professionellt socialt behandlingsarbete behövs teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter inom flera kunskapsområden som nämnts ovan.

Samtidigt som det riktas kritik mot att kompetensen bland behandlingspersonalen vid HVB är låg [16] finns det ingen nationell enhetlighet för utbildningar som riktar sig mot socialt vård- och behandlingsarbete eller för arbete inom missbruks- och beroendevården. Dagens utbildningar skiljer sig åt avseende utformning, innehåll och titulatur mellan utbildningsanordnare, vilket gör det svårt att bedöma utbildningarnas likvärdighet och kvalitet.

Missbruksutredningen framhöll att kompetensen hos de yrkesverksamma inom missbruks- och beroendevården måste höjas i olika avseenden för att uppnå målsättningen om en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård. Förslag lämnades om att inrätta två nationellt normerade yrkesutbildningar för baspersonal inom vård- och stödverksamheter på missbruksområdet, lämpligen inom ramen för Yrkehögskolan. Den ena utbildningen föreslogs vara grundläggande, omfatta sex månaders studier och rikta sig till yrkesverksamma inom missbruks- och beroendevården. Den andra föreslogs vara fördjupande, omfatta två års studier och leda till en kvalificerad yrkesexamen, samt rikta sig till personer som inte tidigare arbetat inom verksamhetsområdet. (SOU 2011:35, Bättre insatser vid missbruk och beroende, s.286-ff).

SiS kompetensutvecklingsarbete

Statens Institutionsstyrelse, SiS, har initierat ett arbete för att ta fram en nationellt likvärdig utbildning inom socialt vård- och behandlingsarbete. Utvecklingsarbetet har pågått sedan 2012 som ett led i SiS arbete för att säkra kvaliteten i myndighetens tjänster och insatser och stärka kompetensen bland myndighetens personal.² Under 2013 inleddes ett samarbete med SKL och beslut fattades om att driva frågan tillsammans. En arbetsgrupp tillsattes där, utöver representanter från SiS och SKL, ingick företrädare från RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa), NSPH (Nationell samordning för psykisk hälsa) och fackliga organisationer. Arbetet har resulterat i att en utbildningsplan tagits fram för en yrkehögskoleutbildning inom socialt vård

² Den största personalkategorin inom myndigheten är behandlingsassistenter, ca 2000 helårsanställningar, varav ca 600 inom tvångsvården för vuxna med missbruksproblem (LVM-vården).

och behandlingsarbete om 400 poäng, vilket motsvarar två års heltidsstudier. Underlaget ligger till grund för en gemensam framställan till Myndigheten för yrkeshögskolan (YH) om att ta fram en föreskrift om nationellt likvärdigt innehåll för en sådan yrkesutbildning. I slutet av juni 2015 lämnade SiS in en formell ansökan till YH, vilket innebär att en yrkesutbildning med likvärdig standard kan starta under 2016/2017.

Utbildningen syftar till att ge den studerande förutsättningar att utveckla breda kunskaper och färdigheter i socialt arbete med behandlingsperspektiv. De områden som ingår i utbildningen karaktäriseras av det som identifierats som det sociala behandlingsarbetets nyckelområden. Förslaget till kursinnehåll innehåller sju kurser. Fem teoretiska avsnitt och en kurs med fördjupning och specialisering inom fyra temata, varav ett handlar om missbruk, beroende och samsjuklighet. Vidare finns ett kursavsnitt som benämns ”Lärande i arbete”, där det ingår att praktiskt utveckla och tillämpa sina kunskaper på en arbetsplats. Framtagandet av utbildningsområdena baseras bl.a. på den samlade kunskapen och erfarenheten i gruppen institutionschefer inom SiS om vilken kompetens som medarbetarna behöver för arbetet inom institutionsvården.

Inom ramen för utvecklingsarbetet har SiS även tagit fram en modell för validering av behandlingsassistenternas yrkeskompetens. Grunden för en validering är att det finns någon form av kompetensstandard att jämföra individers kompetens emot. I arbetet med att utveckla modellen har ingått att beskriva och formulera kompetenskrav som används som referens för bedömningen och värderingen av kompetensen. Sex kompetensområden har identifierats och för varje område har utformats bedömningskriterier av både generell och specifik karaktär. Valideringsmodellen är framtagen så att den ska överensstämma med den eventuellt framtida normerade utbildningsplanen för behandlingspersonal.

Fokus för valideringen är de tillsvidareanställda behandlingsassistenter inom SiS som inte uppfyller det fastställda utbildningskravet om minst två års eftergymnasial utbildning. Fram till juni 2015 har validering genomförts vid åtta av SiS institutioner. Under valideringsprocessen synliggörs, bedöms och dokumenteras den reella kompetensen, med vilket avses individens faktiska kunskaper, färdigheter och förmågor. Arbetet har resulterat i att individuella utvecklings- och studieplaner tagits fram för att medarbetare inom SiS ska kunna komplettera sina kunskaper relaterat till de utbildningsmål/områden som tagits fram som förslag för den 2-åriga eftergymnasiala yrkeshögskoleutbildningen inom socialt vård och behandlingsarbete.

Systematisk uppföljning

Dokumentation och uppföljning på individnivå

Vad som dokumenteras och på vilket sätt har betydelse för den enskildes rättssäkerhet och för hur insatsen kan följas upp. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS är tillämplig vid dokumentation under handläggning av ärenden som gäller enskilda samt under genomförande

och uppföljning av beslut om insatser i de verksamheter som omfattas av 11 kap 5 § eller 7 kap 3 § första stycket SoL.

Enligt föreskriften har socialnämnden ett ansvar för att dokumentera åtgärder som vidtagits för att följa upp vården för den enskilde (5 kap 23 §). Motvarande regel finns för den som bedriver ett HVB (6 kap 4 §). De tydliga kraven på dokumentation skapar förutsättningar för att insatser inom socialtjänsten, till exempel vården inom HVB, följs upp på ett systematiskt sätt.

Av föreskrifterna framgår bland annat att nämnden ska dokumentera uppdrag till en utförare. Uppdraget ska bl.a. beskriva vilka mål som gäller för insatsen, vad som ingår i uppdraget och hur insatsen ska följas upp (5 kap 22 §). Utföraren ska i sin tur dokumentera de åtgärder som vidtagits för att följa upp att insatsen utförs enligt nämndens beslut och mot de uppställda målen (6 kap 4 §).

Enligt 11 kap 3 § SoL ska socialnämnden upprätta en genomförandeplan som anger hur vården ska genomföras för barn och unga som vårdas i HVB. Motvarande krav finns inte för vuxna som vårdas i HVB. Det finns endast rekommendationer om att utföraren av insatserna bör upprätta en genomförandeplan respektive behandlingsplan (6 kap 2 § AR och 7 kap 2 § AR SOSFS 2014:5). Planen konkretiserar hemmets uppdrag och ger en grund för att följa upp hur vården av den enskilde har utvecklats. Planen kan också fungera som utgångspunkt för mätning av resultatet av insatserna.

En förhållandevis stor andel HVB-platser upphandlas av andra aktörer än socialtjänsten, såsom kriminalvården, arbetsgivare, företagshälsovård med flera. I dessa fall gäller inte SOSFS 2014:5 då de endast reglerar insatser beviljade efter beslut av socialnämnden. Innehållet och omfattningen av dokumentationen som avser de personer som beviljas behandlingsplats av andra aktörer blir därför en fråga för HVB-hemmet i samråd med den enskilde och den placerande aktören. Detta kan få konsekvenser för HVB-verksamhetens förutsättningar att systematiskt följa upp vården på individ- och verksamhetsnivå och skapar otydlighet om vad som gäller.

Relativt många HVB-placeringar inleds t.ex. av kriminalvården inom ramen för påföljdssystemet i form av vårdvistelse enligt fängelselagen (2010:610) eller kontraktsvård enligt brottsbalken. Efter frigivning är det vanligt att vården fortsätter i form av placering enligt SoL efter beslut från socialnämnden. I dessa fall finns det krav i lag och föreskrifter på vilken dokumentation som ska föras av den enskildes vård. Avsaknaden av enhetliga krav på dokumentation innebär att uppföljningen av vården försvåras på såväl individ- som verksamhetsnivå. Det påverkar också förutsättningarna att följa upp institutionsvården på nationell nivå.

Lokal beprövad erfarenhet

En av hörnstenarna i en evidensbaserad praktik är att bygga upp en lokal beprövad erfarenhet. Detta görs genom att på ett systematiskt sätt visa och dokumentera vilken kunskap som varje vald insats bygger på samt följa upp resultatet av de insatser som genomförts. Att följa upp insatser systematiskt ökar förutsättningarna att säkra kvaliteten i de insatser som verksamheterna erbjuder. Systematisk uppföljning ökar också förutsättningarna för att handlägga, dokumentera och säkra verksamheternas kvalitet.

Att göra en sammanställning på gruppnivå bidrar både till att synliggöra olika gruppers behov och till att underlätta planeringen av verksamheten. Uppföljning är dock problematiskt och eftersatt av många kommuner. Det visar inte minst öppna jämförelser som Socialstyrelsen publicerade 2014 [1]. Där framkom att endast 38 procent av kommunerna uppger att de följt upp resultaten av samtliga insatser på individnivå och att 15 procent gjort en sammanställning på gruppnivå utifrån klienternas behov och resultaten av insatserna. Det saknas sammanställda uppgifter om i vilken omfattning HVB-verksamheterna följer upp resultatet av de vård- och behandlingsinsatser som de ger.

2012 tog Socialstyrelsen fram *Med målet i sikte- Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS)* [19]. MOS är ett sätt att följa upp och utvärdera den egna praktiken och ett verktyg som hjälper professionella och klienter att hålla fokus på det förbättringsmål som klienten vill uppnå i varje led av processen. MOS bygger på Single system designs (SSD), en utvärderingsmetod som länge använts i USA, där den utvecklades redan under 1970-talet. För att ytterligare stärka stödet till kommuner att utveckla uppföljningsmetoder tog Socialstyrelsen 2014 fram rapporten *Systematisk uppföljning – beskrivning och exempel* [20]. Utifrån den rapporten har Socialstyrelsen tagit fram en webbutbildning som kommer att lanseras på Kunskapsguiden.se under hösten 2015.

Dokumentation av verksamhetens kvalitetsarbete

Den som bedriver verksamhet i form av HVB har ansvar för att systematiskt och fortlöpande planera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Detta framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen har även tagit fram en handbok som stöd för tillämpningen av föreskrifterna och de allmänna råden [21].

I VO har i sin tillsyn uppmärksammat att det förekommer brister i HVB-verksamheternas ledningssystem för kvalitetsarbete. Det gäller till exempel att verksamheterna saknar rutiner för hantering av klagomål och synpunkter, att personalen saknar kännedom om lex Sarah-bestämmelserna och att det saknas rutiner för att rapportera missförhållanden.

Det är således oklart i vilken utsträckning föreskriften har implementerats i de enskilt drivna HVB-verksamheterna. Ett incitament för att stärka det systematiska kvalitetsarbetet inom HVB kan vara att socialtjänsten och andra aktörer som upphandlar vård och behandling efterfrågar den kvalitetsberättelse som verksamheten enligt allmänna råden bör upprätta och hålla tillgänglig (7 kap 1 § AR SOSFS 2011:9).

Öppna jämförelser och HVB-register

Öppna jämförelser är det verktyg som Socialstyrelsen och SKL tagit fram för att analysera, följa upp och utveckla socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården består av ett stort antal indikatorer som utgår från dimensionerna för god vård och omsorg. Indikatorerna syftar till att mäta kvaliteten inom ett område och kan användas för att jämföra verksamheter och kommuner. De kan utgöra en del av det lokala utvecklingsarbetet inom kom-

muner och verksamheter som är utförare av vård och behandling då de gör det möjligt att följa, stödja och utveckla kvaliteten, samt användas som underlag för uppföljning och utvärdering av verksamheterna. Öppna jämförelser om missbruks- och beroendevården omfattar inte uppgifter om institutionsvården, utan enbart den öppna missbruks- och beroendevården inom kommunernas socialtjänst, i landstingen och regionerna samt inom beroendemottagningar som drivs gemensamt av kommuner och landsting.

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget om öppna jämförelser av socialtjänsten att ta fram indikatorer för effektivitet. En sätt att stödja kvalitetsutvecklingen inom socialtjänsten är att ta med den vård och behandling som bedrivs inom HVB. En förutsättning för att på ett tillförlitligt och effektivt sätt kunna inhämta uppgifter och redovisa öppna jämförelser på verksamhetsnivå är dock att det finns ett nationellt register över befintliga verksamheter. De register som finns hos SCB (utförarregistret) och hos IVO (SoL- och LSS-registret samt HVB-registret) innehåller inte tillräckligt aktuella och detaljerade uppgifter för att Socialstyrelsen ska kunna ta fram och publicera öppna jämförelser på verksamhetsnivå. För att ett HVB-register ska vara användbart och tillförlitligt behöver det beskriva alla utförare, struktureras utifrån hur verksamheterna är organiserade och uppdateras kontinuerligt [22].

Att myndigheter och organisationer med olika uppdrag upprättar separata register eller förteckningar och tillämpar olika definitioner och avgränsningar vid insamling av uppgifter har uppmärksammats som ett återkommande problem. Socialstyrelsen, SKL, Rådet för främjade av kommunala analyser (RKA), Etisk plattform för öppenhet och insyn i vård och omsorg, Famna och Vårdföretagarna har träffats i syfte att skapa större enhetlighet i registerhållningen och konstaterat att det finns ett mycket stort behov av ett gemensamt register. I juni 2015 gjorde Socialstyrelsen och ovan nämnda organisationer en hemställan till socialdepartementet och finansdepartementet om att regeringen initierar ett arbete för att åstadkomma den samordning som behövs för att skapa ett gemensamt register.

Säker vård och omsorg

För att uppnå god kvalitet behöver verksamheten bedrivas rättssäkert. Tillståndsprovning, anmälningsplikt och tillsyn är statens möjlighet att få insyn och kontroll över att särskilt utsatta grupper som är i behov av samhällets stöd får en god och säker vård. Det behöver finnas transparens i de verksamheter som bedriver vård och behandling, vilket innebär att socialnämnden och brukaren har insyn i den, vet vad som erbjuds och kan följa hur vården fortskrider.

Tillstånd att bedriva HVB

För att få driva ett HVB krävs att verksamheten uppfyller de kvalitetskrav och övriga förutsättningar som finns reglerade i lag, förordning och föreskrifter. För närvarande pågår en revidering av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende. I översynen övervägs bl.a. att tydliggöra kraven på verksamhetens innehåll och personalens kompetens.

Definitionen av HVB är enligt socialtjänstförordningen ”ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård och behandling i förening med ett boende” (3 kap 1 §). HVB infördes som ett samlande begrepp i socialtjänstlagen (1981) för alla typer av institutioner som förekom inom den dåvarande socialvården. Detta innebär att HVB inte är ett entydigt begrepp utan inrymmer verksamheter med förhållandevis vitt skilda inriktningar och målgrupper.

Enligt 7 kap. 1 § SoL får ett HVB inte drivas i enskild regi utan tillstånd av IVO. Offentligt drivna HVB och verksamheter som kommunen genom avtal enligt 2 kap 5 § SoL har överlämnat till en enskild att utföra ska anmäla detta till IVO innan verksamheten sätts igång. Ett tillstånd att bedriva HVB ska beviljas innan en verksamhet startar och gäller tills vidare. Med tiden har praxis för att få tillstånd att driva ett HVB förändrats. Enligt IVO måste en verksamhet för vuxna idag ha betydande inslag av behandling för att få tillstånd som HVB. Bakgrunden är två domar i kammarrätten [23, 24]. Detta medför att innehållet och kvaliteten i verksamheterna ser olika ut, beroende på vilka krav som ställdes när tillståndet beviljades.

Förändringarna i praxis har också lett till en framväxt av nya, inte tillståndspliktiga placeringsformer riktade till vuxna med missbruks- och beroendeproblem, i huvudsak olika slags stödboenden.

Förslag på skärpta krav för att få bedriva HVB

Ägarprövningsutredningen (SOU 2015:7) har haft i uppdrag att se över vilka krav som bör ställas på den som äger och driver företag inom välfärdssektorn. Utredningen föreslår att det ska ställas krav på att ägare och ledning ska ha insikt, erfarenhet och lämplighet samt ekonomiska förutsättningar för en långsiktig verksamhet för att beviljas tillstånd att bedriva verksamhet enligt SoL, däribland HVB. Utredningen motiverar förslaget om krav på insikt och erfarenhet med att det ska säkerställas att sökanden har goda förutsättningar att erbjuda en verksamhet av god kvalitet. Kraven ska gälla fortlöpande efter att

tillstånd har meddelats och det ska ingå i tillsynsmyndighetens ansvar att följa upp att tillståndshavare uppfyller kraven. Förslagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2016.

Socialstyrelsen har i sitt yttrande över utredningen tillstyrkt förslaget om utökade krav på ägare och ledning vid tillståndsprövning och tillsyn av privata aktörer som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen, däribland HVB.³

Tillsyn

Tillsyn innebär granskning av att verksamheterna uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt de villkor som angetts i tillståndet (13 kap 2 § SoL). I samband med att tillsynsreformen genomfördes den 1 januari 2010 upphörde kommunernas ansvar för den löpande tillsynen av enskilda verksamheter. Tillsynsreformen innebär att tillsynen över bl.a. HVB blev nationell och överfördes till Socialstyrelsen och därefter till IVO.

Syftet med IVO:s tillsyn utvecklas i 2 § förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg. Där anges att syftet är att granska att vård och omsorg är säker, har god kvalitet och bedrivs enligt lagar och andra föreskrifter. IVO har olika verktyg för att uppmärksamma kvalitets- och säkerhetsbrister inom ett HVB. Ett exempel är bestämmelserna om lex Sarah i socialtjänstlagen (7 kap 6 § första stycket och 14 kap 3-7 §§ SoL) som bl.a. anger att en anmälan ska göras till IVO om det finns ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande i verksamheten. 2014 fattade IVO 35 beslut avseende lex Sarah inom hela missbruksområdet [25].

Till skillnad från vad som gäller för HVB för barn och unga finns inga bestämmelser om att tillsyn av HVB för vuxna ska ske med viss frekvens⁴. Nya verksamheter etableras dessutom utan att det sker en uppföljning av om de villkor och krav som ställs för att bedriva ett HVB blir uppfyllda. IVO anser att uppföljning av beviljade tillstånd är en viktig uppgift, men att den ska göras utifrån en riskanalys i likhet med övrig tillsyn.

Socialstyrelsen menar att det är viktigt med en fungerande och enhetlig tillsyn inom socialtjänstens område, bland annat av HVB. Detta har också lyfts fram av regeringen eftersom verksamheten ofta är avsedd för människor som befinner sig i ett utsatt läge och i ett starkt beroendeförhållande till dem som arbetar i verksamheten. Många förmår inte att hävda sin rätt eller föra sin talan och såväl de som vårdas som deras närstående ska känna trygghet i att den vård och behandling som ges är av god kvalitet och uppfyller kraven på säkerhet (prop. 2008/2009:160 s.94).

Idag sker ingen regelbunden tillsyn av HVB för vuxna med missbruk och beroende. Omfattningen av tillsynen är en prioriteringsfråga för IVO, vilket innebär att tiden mellan inspektionstillfällena kan bli mycket lång. Då det är känt att det finns brister i kvaliteten inom HVB, t.ex. vad gäller ledningens och personalens kompetens och vårdens innehåll, är det angeläget att det sker en

³ Med privata aktörer avses, enligt utredningen, privata utförare samt kommunalt ägda och bildade juridiska personer, exempelvis kommunala bolag.

⁴ IVO:s tillsyn över HVB som tar emot barn eller unga ska omfatta regelbundna inspektioner. Inspektioner ska göras minst två gånger per år, varav åtminstone en ska vara oanmäld. (3 kap 19 § SoF)

aktiv tillsyn. Tillsynsmyndigheten behöver vara väl förtrogen med verksamheterna och aktivt följa upp att de krav som ställdes för att få bedriva HVB även gäller över tid. Inte minst är detta angeläget för att säkerställa utsatta gruppers intressen av att få en god och säker vård och för att kunna följa utvecklingen inom verksamhetsområdet.

Upphandling och avtalsuppföljning

Kommunerna kan genom upphandling ställa villkor på de tjänster de köper av externa vårdgivare. Flera av de kommuner som Socialstyrelsen varit i kontakt med anser att upphandlingskompetensen och tydligheten i förfrågningsunderlagen behöver förbättras och utvecklas.

Konkurrensverket hävdar i sin tur att det finns brister i avtalsuppföljningen inom den offentliga sektorn och har tagit fram en vägledning för uppföljning av konkurrensutsatt vård och omsorg [26]. Bristerna uppges ha flera olika orsaker, såsom brist på resurser, rutiner och kompetens eller brist på samverkan mellan olika enheter eller funktioner inom den egna kommunen.

Konkurrensverket har också gjort en kartläggning av kommunernas ramavtalsupphandlingar av HVB för barn och unga [27]. I rapporten konstateras att upphandlingar av HVB är ett komplicerat område där flera regelverk och enskildas behov hanteras. Konkurrensverket menar att det är angeläget att kommunernas tjänstemän ges stöd och resurser för att genomföra upphandling och avtalsuppföljning så att tjänsten håller hög kvalitet och tillgodoser de behov som uppkommer under hela avtalsperioden. Eftersom marknaden för HVB till stor del utgörs av kommunernas inköp anser man att kommunerna har stora möjligheter att påverka utvecklingen på området, men att det, för att hela marknaden ska påverkas, krävs att kommunerna i större utsträckning agerar tillsammans. Konkurrensverkets undersökning visar att både kommunerna och branschorganisationerna efterfrågar ett nationellt upphandlingsstöd avseende upphandling, uppföljning/utvärdering av placeringarna på nationell nivå samt stöd med uppföljningsplaner.

Socialstyrelsen har tagit fram en särskild vägledning för upphandling av vård och omsorg för äldre, *Ställa krav på kvalitet och följa upp*, som i vissa delar kan vara av intresse även vid upphandling av HVB [28]. SKL arbetar på olika sätt för att stödja kommuner och landsting i upphandlingsarbetet, bl.a. i form av utbildningsinsatser och genom att ta fram skriftligt stödmaterial.

Individanpassad vård och omsorg

Personer med missbruks- eller beroendeproblematik är en heterogen grupp med olika svåra tillstånd och där förekomsten av samtidig psykisk och/eller fysisk sjukdom och social problematik varierar. En individanpassad vård ges med respekt för den enskildes specifika behov, förväntningar och integritet och individen ges möjlighet att vara delaktig. Andra centrala begrepp är helhetssyn, samordning, självbestämmande och frivillighet.

Vårdens planering och genomförande

De insatser som ges ska anpassas till brukarens individuella behov och förutsättningar. (3 kap 3 § SoF). Förutom behovet att komma till rätta med missbruket finns det ofta andra problem som brukaren behöver hjälp med inom ramen för sin rehabilitering, såsom att förbättra relationen till familjen och övrigt nätverk, få struktur på tillvaron genom dagliga rutiner, förbättra den fysiska och psykiska hälsan, sanera skulder eller att ordna bostads- och arbets-situationen.

Den enskildes ansökan och socialnämndens utredning utgör grunden för beslut om insatser. Brukarens situation, erfarenheter och önskemål är betydelsefulla och behöver vägas in i bedömningen tillsammans med den professionelles yrkeskunskap och bästa tillgängliga kunskap om effekterna av olika insatser. Standardiserade bedömningsinstrument, t.ex. ASI (Addiction Severity Index), kan ingå som en del i utredningsförfarandet och även användas för uppföljning.

När en HVB-placering är aktuell ska en individuell vårdplan tas fram av socialnämndens handläggare i samråd med klienten (11 kap 3 § SoL). Det är angeläget att planeringen för vården är långsiktig och utgår från brukarens hela livssituation och förutsättningar att påbörja eller fortsätta en förändringsprocess [29]. Vid placering i HVB är nämnden skyldig att dokumentera ett uppdrag där den enskildes behov och målet med vistelsen framgår (5 kap 22 § SOSFS 2014:5). När utföraren har tagit emot ett uppdrag från den beslutande nämnden ska uppgifter som gäller uppdraget dokumenteras (6 kap 1 § SOSFS 2014:5). Vidare bör utföraren ta fram en genomförandeplan där det framgår hur uppdraget ska genomföras och hur målen ska uppnås (6 kap AR SOSFS 2014:5). Det är vanligtvis handläggaren hos socialnämnden som har till uppgift att följa vården och samordna vilka eventuella andra insatser som ska genomföras under och efter att behandlingshemsvistelsen avslutats.

De branschorganisationer som Socialstyrelsen har haft kontakt med anser att de uppdrag som lämnas från socialnämnden ofta är otydliga och i vissa fall saknas helt, vilket kan innebära att det uppstår oklarheter om vad som förväntas ske under HVB-vistelsen och skapa otrygghet hos brukaren. Socialtjänstens företrädare anser å sin sida att det finns brister i HVB-verksamheternas dokumentation och uppföljning av insatserna. Brukarorganisationerna framför att vårdplaneringen är viktig och poängterar att det behöver finnas en förutsägbarhet i vården. De betonar att vården behöver vara transparent, utgå från en

helhetssyn, vara flexibel, behovsanpassad och individuellt utformad. Brukaren måste få hopp och en tilltro till att det går att nå en förändring.

Delaktighet och brukarinflytande

I en kunskapsbaserad verksamhet är den enskildes situation och erfarenhet en av utgångspunkterna. Bästa tillgängliga kunskap om åtgärders effekter är en grundläggande aspekt i en evidensbaserad praktik, men även om det finns ett starkt stöd för en viss åtgärd relaterat till ett visst problem eller en viss sjukdom, är det inte självklart att den ska användas i det enskilda fallet. Utvärderingar av åtgärder ger endast kunskap om genomsnittliga effekter. Det innebär att även om en person tillhör rätt målgrupp för en bevisat effektiv åtgärd, kanske den ändå inte kommer att fungera eftersom vissa betydande förutsättningar i personens situation saknas [30].

För att kunna avgöra vilka åtgärder som är relevanta behöver den berörda personen vara delaktig. Det är en förutsättning för att kunna anpassa valet av insatser till den enskildes individuella behov och ökar motivationen. Delaktighet i de beslut som rör personen själv är inte bara en rättighet. Det innebär också att den enskilde får mer ansvar för sin situation och kan bättre tydliggöra på vilket sätt vården och behandlingen fungerar för just honom eller henne. Delaktighet bidrar även till att stärka självkänslan eftersom den enskildes kunskaper och erfarenheter efterfrågas, beaktas och bildar utgångspunkt för de professionellas arbete.

Brukarmedverkan handlar ytterst om att införa ett nytt synsätt som innebär att maktförhållanden mellan dem som får insatserna och professionen förändras. Det traditionella tänkesättet att professionen ska lösa individens situation och att den enskilde är mottagare av insatser ersätts av insikten att individen ska kunna ta aktiv del i beslut som rör hans eller hennes livssituation. Utöver brukarens inflytande över de egna vård- och stödinsatserna, kan brukarmedverkan också ske på andra nivåer. På verksamhetsnivå kan det handla om att få inflytande över t.ex. ett HVB eller en mottagning och på organisations- eller systemnivå om att påverka policys och politik [31].

Brukarens tillgång till hälso- och sjukvård

Många som vistas i HVB har behov av specialiserad hälso- och sjukvård, inte minst psykiatrisk vård. Detta poängteras av kriminalvården och de kommuner, brukar- och branschorganisationer som Socialstyrelsen har haft kontakt med i utredningen.

Enligt 3 kap 6§ SoF bör ett hem som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel ha tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för sådan verksamhet samt tillgång till psykologisk expertis. På vilket sätt detta ska ske anges inte vidare i förordningen.

Hur brukarens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses vid en HVB-placering behöver lösas i samråd mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Inför en HVB-placering och när brukaren har behov av insatser från både socialnämnden och landstinget ska en individuell plan (SIP) upprättas

mellan kommunen och landstinget. Planen ska upprättas om någon av dessa huvudmän bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas (2 kap 7 § SoL och 3 f § HSL). Planen tydliggör för alla inblandade vilka insatser respektive huvudman ansvarar för och gör det möjligt för hälso- och sjukvården att göra en aktuell egenvårdsbedömning [32].

Hälso- och sjukvårdsinsatser

Landstinget har ansvar för hälso- och sjukvård. Den som är huvudman för ett HVB kan dock även bedriva hälso- och sjukvård. Verksamheten är då en hälso- och sjukvårdsverksamhet (vårdgivare) som ska följa bestämmelserna i bland annat HSL, patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och patientdatalagen (2008:355), PDL.⁵ Enligt 2 kap 1 § PDL är huvudmannen för sådan verksamhet skyldig att anmäla hälso- och sjukvårdsverksamhet till IVO. Myndigheten ansvarar för vårdgivarregistret som innehåller verksamheter som utför hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. I vissa fall finns legitimerad personal knuten till verksamheten på konsultbasis. Det kan vara en sjuksköterska, psykolog eller läkare som utför hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån sitt eget ansvar som legitimerad yrkesutövare. Det vanligaste är dock att HVB inte är vårdgivare.

Det är angeläget att personer som placeras i HVB får tillgång till de hälso- och sjukvårdsinsatser de behöver. Det finns krav på att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om ett samarbete när det gäller personer med missbruks- och beroendeproblematik, vilket regleras i 5 kap 9 a § SoL och 8 b § HSL. Bestämmelsen omfattar såväl personer som vårdas i offentlig som enskild verksamhet.

HVB är en verksamhet inom socialtjänsten och styrs av socialtjänstlagstiftningen. I de fall ett HVB även är vårdgivare gäller sekretess mellan verksamhetsdelarna, vilket kan innebära att den enskilde måste lämna samtycke till att information lämnas mellan dessa delar. Detta medför också att ett HVB som även är vårdgivare ska dokumentera såväl enligt SoL som PDL.

Egenvård och delegering av medicinska arbetsuppgifter

Personer med missbruk har ofta pågående läkemedelsbehandlingar. Hanteringen av läkemedel och HVB-hemmets ansvar i frågan har i vissa fall lett till oklarheter. Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter rörande egenvård, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Med egenvård menas en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utför med praktisk hjälp av någon annan. Egenvård räknas inte som hälso- och sjukvård och omfattas inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Däremot betraktas hälso- och sjukvårdens bedömning, planering och uppföljning som hälso- och sjukvård.

⁵ Med begreppet vårdgivare avses enligt statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverk som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, (3§ patientsäkerhetslagen).

Det finns också särskilda regler som gör det möjligt att i vissa fall delegera medicinska arbetsuppgifter till annan under förutsättning att det är förenligt med en god och säker vård, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

I samtal med branschorganisationer framkommer att regelverket kan framstå som svårbegripligt. IVO uppger att det i tillsynen framkommit brister i hemmens kunskap om regelverket, vilket även framfördes i Socialstyrelsens tillsyn av missbruks- och beroendevården 2008-2010 [18].

Effektiv vård och omsorg

Kommuner har begränsade resurser och därför är det angeläget att de offentliga medlen används så effektivt som möjligt. Effektivitet handlar om att tillgängliga resurser används på bästa möjliga sätt utifrån de mål som en verksamhet har. Med begreppet på bästa sätt menas att resurserna ska användas till rätt saker, på rätt sätt och i rätt tid. Rätt saker handlar i sin tur om att använda behandlingar och insatser som ger den effekt som är syftet med behandlingen eller insatsen och som samtidigt har få negativa konsekvenser. På rätt sätt handlar om att behandlingar och insatser ges på ett sätt som ger positiva effekter, vilket innebär att de ska hålla en hög kvalitet i processen. I rätt tid handlar om att behandlingar och insatser är tillgängliga när de behövs [33].

HVB - en del av vårdkedjan

I en effektiv vård ingår att vårdinsatserna ska genomföras på så sätt att de leder till positiva effekter för den enskilde. Begreppet vårdkedja brukar användas för att beskriva de åtgärder som görs under en patients eller klients väg genom vården. En vårdkedja består av olika samordnade, ofta samtidiga insatser, som syftar till att förändra den enskildes situation. En HVB-vistelse kan utgöra en del av en sådan sammanhållen vårdkedja.

När det gäller vården av personer med missbruk är långsiktighet en betydelsefull faktor. Såväl forskningen som brukar- och branschorganisationer betonar betydelsen av att planera för vad som ska hända efter HVB-vistelsen och behovet av en fungerande eftervård. Många brukare behöver t.ex. hjälp att lösa bostadssituationen och få möjlighet till studier, sysselsättning och arbete, vilket tillsammans med det sociala nätverkets stöd har stor betydelse för att ett positivt behandlingsresultat ska kunna vidmakthållas [34].

Forskning har visat att fortsatt omsorg och stöd efter avslutad behandling är betydelsefull för att de förändringar som brukaren har påbörjat under behandlingstiden ska kunna bibehållas och utvecklas. Hur intensivt stödet behöver vara och vad det ska innehålla kan variera utifrån den enskildes behov, men kan behöva pågå under lång tid och med möjlighet till medicinering och andra behandlingsinsatser vid behov [35]. Perioden direkt efter att institutionsvistelsen avslutats är kritisk och innebär stor risk för återfall i missbruk och i vissa fall även i överdoser som kan resultera i dödsfall [36, 37]. Eftervården är därför av stor betydelse. Enligt forskning har personer som deltar i eftervård, inklusive deltagande i kamratstöds- och självhjälpsgrupper större möjlighet att klara fortsatt drogfrihet än de som inte deltar i eftervård [38].

Brukarorganisationerna menar att det ofta uppstår glapp i vårdkedjan p.g.a. brister i samverkan mellan olika vårdgivare, vilket framförallt gör att eftervården inte fungerar. De påpekar att det är viktigt att det finns en planering för hur det ska se ut när brukaren skrivs ut från HVB. Branschorganisationerna framför att det behöver finnas en långsiktighet i planeringen, oavsett om behandlingshemmet ska stå för hela vårdinsatsen eller inte, och att det är nödvändigt att socialnämndens handläggare är involverad såväl före som under och efter att placeringen avslutats.

Jämlik och tillgänglig vård och omsorg

En jämlik vård och omsorg innebär att alla människor ska behandlas likvärdigt oavsett ålder, kön, könsöverskridande identitet och uttryck, ekonomiska förutsättningar, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionsnedsättning. Vården och omsorgen ska ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. När det gäller HVB innebär det att behandling ska ges utifrån ovanstående villkor, men samtidigt utgå från brukarens individuella behov och förutsättningar.

Av Socialstyrelsens nationella riktlinjer framgår att det finns motstridiga resultat när det gäller könsdifferentierad behandling, men att det kan vara viktigt att kunna erbjuda sådan behandling för vissa grupper, till exempel personer som utsatts för sexuella övergrepp och våld [13]. Både brukarorganisationerna och de kommuner som Socialstyrelsen intervjuat påpekar att det finns för få behandlingshem som tar emot enbart kvinnor. Kriminalvården anser att det saknas lämpliga insatser för personer med särskilda behov såsom samsjuklighet eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Tillgång till vård

För personer med missbruk och beroende är det viktigt med snabb tillgång till vård. Motivationen tenderar att vara som starkast när personen söker hjälp. För att vård och behandling ska vara framgångsrik är det därför viktigt att snabbt erbjuda hjälp när en person med missbruk eller beroende söker kontakt med socialtjänsten eller hälso- och sjukvården [13].

En placering i HVB är oftast en biståndsbedömd insats enligt socialtjänstlagen. Att vården är tillgänglig innebär i detta fall att den enskilde inte ska behöva vänta lång tid på att beslutet verkställs efter att socialnämnden beviljat ansökan om HVB-placering. I dagsläget finns inget som tyder på att det förekommer långa väntetider vid placering på HVB. Brukarorganisationerna påpekar däremot att det kan vara svårt att få bistånd till vård på behandlingshem eftersom kommunerna prioriterar insatser i öppenvård.

Tillgänglighet handlar också om att individen ska ha valmöjligheter och alternativ, vilket innebär att det behöver finnas tillgång till ett differentierat vårdutbud [13]. Det är angeläget att kommunerna kan erbjuda olika former av behandlingsinsatser, i egen regi eller i form av köpta tjänster.

Den statistik som Socialstyrelsen varje år samlar in om socialtjänstens insatser till vuxna från 21 år med missbruk och beroende visar att antalet personer som placeras i frivillig institutionsvård minskar. Samtidigt ökar antalet personer som vårdas enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM [3]. När det gäller åldergruppen 18-20 år finns statistik över omfattningen av socialtjänstens insatser, men för insatser enligt SoL och lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, redovisas inte om missbruk är anledning till att insatsen ges.

Socialstyrelsens slutsatser och förslag

Nedan presenteras Socialstyrelsens slutsatser och förslag för att stärka kvaliteten i HVB för personer med missbruk och beroende. De synpunkter och förslag som presenteras utgår från de sex dimensionerna i begreppet god vård och omsorg.

Kunskapsbaserad verksamhet

1. Kompetens

Personalens utbildning

En av förutsättningarna för att stärka kvaliteten inom HVB är att personalen har rätt utbildning, kompetens och lämplighet för sina arbetsuppgifter. Personer med allvarliga missbruksproblem i behov av heldygnsvård ska kunna vara trygga med att personalen har den kompetens som krävs för att utforma en vård och behandling baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Socialstyrelsen ser positivt på det utvecklingsarbete som pågår för att ta fram en nationell standard för en kvalificerad yrkeshögskoleutbildning för behandlingspersonal inom institutionsvården samt den modell som tagits fram för validering av yrkeskompetens.

- Socialstyrelsen anser att personalen i regel bör ha en utbildning som lägst motsvarar en 2-årig eftergymnasial utbildning med inriktning mot socialt vård- och behandlingsarbete.

Metoder i arbetet

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende finns rekommendationer om vilka åtgärder som bör prioriteras.

- Socialstyrelsen anser att de rekommendationer avseende stöd- och behandlingsåtgärder som finns i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende bör vara utgångspunkt för de insatser som erbjuds i HVB.

2. Uppföljning

Dokumentation som grund för uppföljning

Det saknas enhetliga regler för dokumentation kring vården för den enskilde som placeras på HVB. Reglerna om dokumentation enligt socialtjänstlagen avser endast personer som beviljats insatsen som bistånd av socialnämnden. För andra aktörer, t.ex. kriminalvården och arbetsgivare, blir det en fråga för HVB-hemmet i samråd med den enskilde och den placerande aktören vilken dokumentation som ska föras. Socialstyrelsen menar att detta leder till svårigheter att

på ett systematiskt sätt följa upp vården på individ- och verksamhetsnivå samt på nationell nivå.

- Socialstyrelsen anser att regeringen bör ta initiativ till att utreda om, och i så fall hur, dokumentation i HVB bör ske i de fall en placering sker av annan aktör än socialtjänsten.

Uppföljning med hjälp av register

Utvecklingen av vårdens innehåll och kvalitet är beroende av att det finns väl fungerande former för kunskapsstyrning och systematisk uppföljning. En sätt att stödja kvalitetsutvecklingen inom socialtjänsten är att i de öppna jämförelserna över missbruks- och beroendevården även ta med den vård och behandling som bedrivs inom HVB.

För att Socialstyrelsen på ett trovärdigt och effektivt sätt ska kunna inhämta och redovisa öppna jämförelser på verksamhetsnivå krävs att det finns tillgång till ett nationellt register över befintliga verksamheter. Ett sådant register behöver beskriva alla utförare, struktureras utifrån hur verksamheterna är organiserade samt kontinuerligt uppdateras för att vara tillförlitligt och användbart. Dagens HVB-register innehåller inte tillräckligt aktuella och detaljerade uppgifter för att vara användbart för sådana ändamål.

En hemställan om gemensamt register för verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är inlämnat till Socialdepartementet och Finansdepartementet i juni 2015.

- Socialstyrelsen anser att ett sätt att stärka kvaliteten i HVB-verksamheterna kan vara att de inkluderas i de öppna jämförelserna inom missbruks- och beroendevården. En förutsättning för att detta ska vara möjligt är dock att det finns tillgång till register som innehåller tillräckliga uppgifter och som uppdateras kontinuerligt.

Säker vård och omsorg

3. Krav på kvalitet och säkerhet

Ägarprövningsutredningen har i sitt slutbetänkande (SOU 2015:7) föreslagit att insikt, erfarenhet och lämplighet samt ekonomiska förutsättningar för en långsiktig verksamhet bör krävas av privata utförare av socialtjänst. Förslaget innebär vidare att det ska ingå i IVO:s tillsynsansvar att fortlöpande granska att tillståndshavare uppfyller dessa krav.

- Socialstyrelsen delar Ägarprövningsutredningens bedömning att de föreslagna utökade kraven vid tillståndsprovning och tillsyn bidrar till att stärka kvaliteten i verksamheter som bedriver HVB.

Det finns inga krav på att tillsyn av HVB som tar emot vuxna ska bedrivas med viss frekvens, vilket innebär att det inte sker någon regelbunden tillsyn och att tiden mellan inspektionstillfällena kan vara lång. Nya verksamheter etableras dessutom utan att det sker en uppföljning av om de villkor och krav som ställs för att bedriva ett HVB blir uppfyllda. Inom socialtjänstens område, inte minst

HVB, är det angeläget med en fungerande och enhetlig tillsyn då verksamheten tar emot människor med omfattande problem som befinner sig i ett utsatt läge. Många förmår inte att hävda sin rätt eller föra sin talan och såväl de som vårdas som deras närstående ska känna trygghet i att den vård och behandling som ges är av god kvalitet och uppfyller kraven på säkerhet.

För att stärka kvaliteten inom enskilt och offentligt drivna HVB behöver tillsynen ske kontinuerligt. Det är nödvändigt att följa upp att de villkor för kvalitet och säkerhet som ställdes för att få bedriva HVB även gäller över tid.

- Socialstyrelsen anser att en aktiv tillsyn av HVB som tar emot vuxna med missbruk och beroende är en av förutsättningarna för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.
- Socialstyrelsen föreslår att det i tillståndsmyndighetens uppgift ingår att följa upp nyetablerade HVB efter en viss tid, exempelvis inom två år.

Individanpassad vård

4. Information om hälso- och sjukvård och egenvård

Det har framkommit att det råder kunskapsbrister hos den som bedriver verksamheter i form av HVB och när en verksamhet även bedriver hälso- och sjukvård. Det brister även i kunskap om en insats är att bedöma som egenvård eller delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av att informera den som bedriver HVB om dessa frågor.

- Socialstyrelsen avser att ta fram ett informationsmaterial om när ett HVB kan anses bedriva hälso- och sjukvård och vilka krav som då ställs på verksamheten samt när en åtgärd är att betrakta som egenvård respektive delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård.

Effektiv vård och omsorg

5. Behov av långsiktiga vård- och behandlingsinsatser

För att vården och omsorgen ska kunna vara effektiv och leda till en positiv förändring av situationen för personer med missbruk och beroende krävs att det finns en långsiktighet i arbetet.

Då vårdtiderna i HVB för vuxna med missbruk och beroende i regel är relativt korta⁶, är verksamheten beroende av att de uppdrag som ges från socialnämnden är väl beskrivna och innehåller mål som är realistiska att genomföra. Samtidigt förutsätts att verksamheten har ett genomtänkt arbetssätt, tillräcklig kompetens samt förmåga att tillsammans med brukaren konkretisera hur målen ska uppnås och regelbundet följa upp hur vården fortskrider.

HVB ansvarar för vården under den tid brukaren vistas på behandlingshemmet och kan tillsammans med brukaren och socialnämndens handläggare

⁶ 2014 var den genomsnittliga vårdtiden i HVB för vuxna med missbruk eller beroende 101 dagar. (Socialstyrelsen, Vuxna med missbruksproblem och övriga vuxna, insatser år 2014)

planera för vilka insatser som behövs efter att vistelsen avslutats. Socialnämnden har dock det övergripande ansvaret att se till brukarens långsiktiga behov av vård och omsorg, där en fungerande eftervård är av stor betydelse.

Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av stöd riktat till såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården och HVB för att utveckla arbetet med planering, genomförande och uppföljning av vården.

- Socialstyrelsen avser att ta fram en vägledning för att stödja professionens arbete med hela vårdkedjan för personer med missbruk och beroende. Vägledningen behöver särskilt lyfta brukarens delaktighet i hela processen och samverka mellan de olika aktörerna i vården kring den enskilde.

Jämlik och tillgänglig vård och omsorg

6. Kartläggning och analys av vårdlandskapet

Det har skett stora förändringar i missbruksvården under den senaste tioårsperioden. HVB-placeringar utgör numera endast en liten del av det totala antalet vårdinsatser som genomförs inom socialtjänsten. En institutionsvistelse behöver i regel samordnas med andra insatser i en längre vårdprocess. I kontakten med brukar- och branschorganisationer framkommer synpunkter om att tröskeln är hög för att beviljas insatser, framförallt institutionsvård. Det framkommer också brister i eftervården.

Frågan är vilken roll den frivilliga institutionsvården har idag när det gäller utbudet av vård och behandlingsinsatser för den enskilde, t.ex. relaterat till vilka målgrupper som erbjuds sådan insats. Den framtida utvecklingen av HVB är beroende av vilka insatser som efterfrågas, av brukarna själva och av kommuner och andra aktörer som köper platser i HVB.

Eftersom institutionsvård är en kostsam vårdform kan det finnas anledning att anta att det framförallt är personer med mycket komplex problematik som i än högre grad än idag kommer att bli föremål för sådana insatser. Detta kan innebära ett utökat behov av kvalificerade verksamheter som kombinerar psykosociala stöd- och behandlingsinsatser med hälso- och sjukvård och som har tillgång till integrerade team med olika yrkeskompetens. Samtidigt tyder den ökade etableringen av stödboenden som inte uppfyller kraven för att vara ett HVB på att det finns behov av sådana verksamheter för personer med missbruksproblem som inte efterfrågar eller beviljas kvalificerade vård och behandlingsinsatser.

Kunskapen är begränsad när det gäller vilka insatser som idag ges till personer med missbruk och beroende och hur behoven ser ut. Det saknas en aktuell nationell bild av vårdlandskapet, både institutionsvårdens innehåll och utveckling samt omfattningen av och innehållet i öppenvården. Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det är angeläget att studera missbruksvården i ett bredare perspektiv.

- Socialstyrelsen avser att göra en kartläggning och analys av behovet och tillgången till vård och behandling för personer med missbruk och beroende. I uppdraget bör ingå att undersöka hur socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser samordnas.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2014. Missbruks- och beroendevården. Resultat, metod och indikatorer. Stockholm, 2014.
2. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg. Stockholm, 2014.
3. Donabedian, A. Quality assessment and monitoring. Retrospect and prospect. *Eval Health Prof*, 1983. 6(3): p. 363-75.
4. Efter Donabedians modell i Konkurrensverkets vägledning 3 (2014). Avtalsuppföljning av vård och omsorg.
5. Socialstyrelsen. Kvalitet inom missbrukarvården. Ett försök att utveckla kvalitetskriterier. Delrapport. Stockholm 2005.
6. Blom, B, Morén, S. Kvalitetsbegreppet, i Blom, B, Morén, S, Nygren, L. (red). Utvärdering i socialt arbete. Utgångspunkter, modeller och användning. Stockholm. Natur och Kultur, 2011.
7. Socialstyrelsen. Att leda en evidensbaserad praktik- en guide för chefer i socialtjänsten, Stockholm, 2012.
8. Fridell, M. Institutionella behandlingsformer vid missbruk: organisation, ideologi och resultat. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur, 1996.
9. Blomqvist, J. Att sluta med narkotika: med och utan behandling. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten. Socialtjänstförvaltningen 2002:2.
10. Lambert, M. J. Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I Norcross, J C & Goldfried, M R (red). *Handbook of psychotherapy integration*, 94-129. Basic Books, New York, 1992.
11. Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. American Psychological Association, Washington, DC, 1999.
12. Oscarsson, L. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. SKL och Kommentus. Stockholm, 2009.
13. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm, 2015.
14. Skogens, L., von Greiff, N. Behandlingens mekanismer. *Socionomens forskningssupplement*. *Socionomen* nr 3, 2015, 44-56.
15. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm, 2007.
16. Morgenstern, J., Houge, A., Dasaro, C., Kuerbis, A. & Dauber, S. Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 5, 438-450.
17. Lindgaard, H. Familieorienteret alkoholbehandling- et litteraturstudium ef familiebehandlings effekter. Köpenhamn: Sundhetsstyrelsen, 2006.
18. Socialstyrelsen. Missbruks- och beroendevården, iakttagelser och resultat från tillsyn 2008-2010. Stockholm, 2011.
19. Med målet i sikte- Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS). Stockholm, 2012.

20. Socialstyrelsen. Systematisk uppföljning- beskrivning och exempel. Stockholm, 2014.
21. Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm 2012.
22. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av socialtjänst och hemsjukvård 2010-2014. Slutrapport. Stockholm, 2015.
23. Kammarrättens i Jönköping dom den 24 augusti 2007 med mål nr 811-06.
24. Kammarrättens i Göteborg dom den 18 december 2009 med mål nr 6588-08.
25. Inspektionen för vård och omsorg. Tillsynsrapport - De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprovning verksamhetsåret 2014.
26. Konkurrensverket. Avtalsuppföljning av vård och omsorg. Vägledning 2014:3.
27. Konkurrensverket. Hem för vård eller boende för unga. En kartläggning av kommunernas ramavtalsuppföljning. Konkurrensverkets Rapportserie 2015:3.
28. Socialstyrelsen. Ställa krav på kvalitet och följa upp- en vägledning för upphandling av vård och omsorg för äldre. Stockholm, 3013.
29. Socialstyrelsen. Utbildningsmaterial om behandlingsplanering, 2015.
30. Socialstyrelsen. Om vård och omsorgstagares delaktighet. Stockholm 2011.
31. Socialstyrelsen. Att ge ordet och lämna plats- vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård, Stockholm 2013.
32. Socialstyrelsen. Meddelandeblad nr 6/2013.
33. Socialstyrelsen. Effektivitet i praktiken- för god vård och omsorg. Stockholm, 2014.
34. Best, D. et al. Breaking the habit: a retrospective analysis of desistance factors among formerly problematic heroin users. *Drug and Alcohol Review* 27:619-624, 2008.
35. McKay, J R. Continuing care research: what we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment* Volume 36, Issue 2 March 2009, 131–145.
36. Ravndal, E. Amundsen, E. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment, an 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence* 108:65-69.
37. Davoli, M et al. Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study, *Addiction* 102:1954-1959.
38. Gossop, M., Stewart, D. and Marsden, J. Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study, *Addiction* 103, 2008, 119–125.
39. Socialstyrelsen, vuxna med missbruksproblem och övriga vuxna. Insatser år 2014. Sveriges officiella statistik, Socialtjänst, 2015.
40. Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga. Delbetänkande av Missbruksutredningen. SOU 2011:6.

41. Leifman H, Raninen J, Sundelin M. Föräldrar i missbruks- och beroendevård och deras barn. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; Rapport 141, 2014.

Bilaga

Omfattningen av missbruk och beroende

Den senaste analysen av missbrukssituationen i Sverige gjordes av Missbruksutredningen. Enligt den uppskattades att omkring 780 000 personer över 18 år har ett missbruk eller beroende av alkohol, varav 330 000 har ett beroende. Antalet personer med narkotikamissbruk eller beroende skattas till 55 000 personer, av vilka c:a 29 500 har en problematisk narkotikaanvändning. Antalet personer med intravenöst missbruk skattas till c:a 8000 och antalet personer med läkemedelsmissbruk eller beroende till 45 000-60 000 [40].

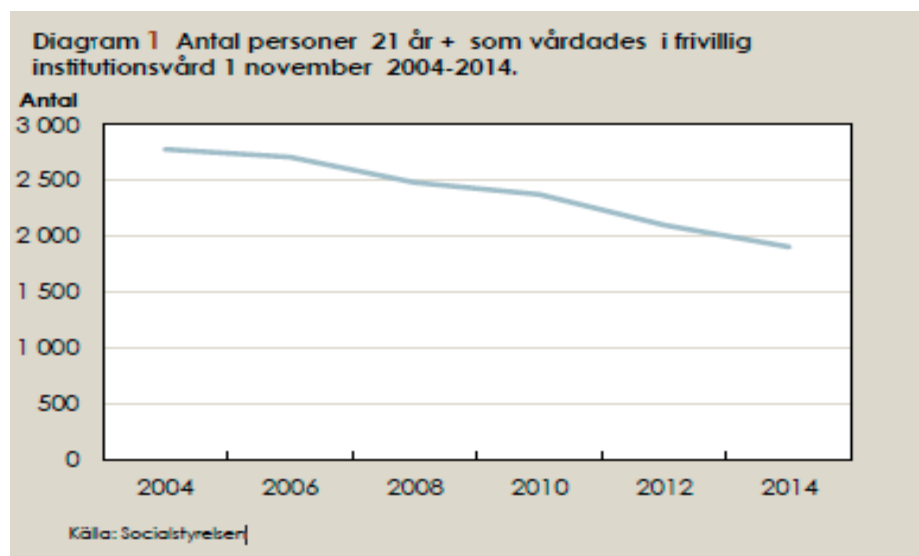
En nationell kartläggning som genomfördes 2012 visade att 4-5 procent av alla barn under 18 år i Sverige lever med en förälder som har missbruks- eller beroendeproblem, vilket innebär cirka 100 000 barn [41].

Enligt Missbruksutredningens bedömning når vården endast en femtedel av de som har olika beroendetillstånd relaterade till alkohol, narkotika, läkemedel eller dopingmedel.

Socialtjänstens insatser

Socialtjänstens biståndsbedömda insatser enligt SoL till personer med missbruk och beroende har minskat, samtidigt som det har skett en förskjutning mot ökad tvångsvård. Den 1 november 2014 vårdades 342 personer i åldersgruppen 18 år eller äldre enligt LVM. Antalet personer som vårdas enligt LVM har ökat med 10 procent jämfört med 1 november 2013 [39].

Trenden med färre personer i frivillig institutionsvård och ett ökat antal personer i LVM-vård har pågått under en längre tid. Under perioden 2004–2014 minskade antalet vuxna 21 år eller äldre som får frivillig institutionsvård med 31 procent. Under samma period minskade antalet personer som var placerade den 1 november respektive år från knappt 2 800 personer 2004 till drygt 1 900 personer 2014.



Under 2014 vårdades totalt 7121 vuxna från 21 år i frivillig institutionsvård. Uppgifterna avser såväl personer placerade i HVB med behandlingsinriktning som personer placerade i HVB med inriktning boende med omvårdnad, stöd och tillsyn. Den genomsnittliga vårdtiden var 101 dagar. Jämfört med 2013 har vårdtiden minskat med drygt 2 procent [37]. Uppgifter om antalet personer under 21 år som placerades i HVB på grund av missbruk är begränsade. Det saknas också uppgifter om antalet personer som placeras av kriminalvården, av arbetsgivare m.fl. Någon fullständig bild av antalet personer som vårdas i HVB p.g.a. missbruk eller beroende finns därmed inte.

Fakta om HVB

Hem för vård eller boende, HVB, infördes som ett samlande begrepp i socialtjänstlagen (1981) för alla typer av institutioner som förekom inom den dåvarande socialtjänstens verksamhet. Detta innebär att HVB innefattar verksamheter med skilda inriktningar och som vänder sig till olika målgrupper. HVB kan innehålla verksamheter som riktar sig till såväl barn och unga som vuxna. Det stora flertalet HVB erbjuder frivillig vård enligt SoL och drivs i enskild regi eller av kommuner. 11 LVM-hem och 24 särskilda ungdomshem drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS) och tillhandahåller tvångsvård enligt LVM respektive LVU.

Idag finns c:a 200 offentligt och enskilt drivna verksamheter som riktar sig till personer med missbruk eller beroende registrerade i IVO:s HVB-register. Drygt 80 procent drivs i enskild regi. Antalet HVB har minskat. Innehållet i ett HVB som erbjuder insatser enligt SoL till personer med missbruks- och beroendeproblem kan variera, från att vara enbart ett boende med omvårdnad, stöd och viss tillsyn, till att vara en verksamhet som erbjuder kvalificerad behandling i kombination med ett boende. HVB med inriktning missbruk eller beroende kan omfatta olika åldersgrupper. Verksamheterna kan vara könsdifferenterade eller ta emot både män, kvinnor eller par. De kan också vara inriktade på olika problematik såsom t.ex. samsjuklighet i form av missbruk i kombination med psykiska eller neuropsykiatriska funktionshinder.

Ett tillstånd att bedriva HVB gäller tills vidare, vilket innebär att redan befintliga HVB inte omfattas av förändringar i normering och praxis vid tillståndsprövningen. Detta medför att innehållet i de enskilda verksamheterna kan skilja sig beroende på när i tiden tillståndet beviljades. Under senare år har tillståndspolicyn för vilken verksamhet som kan utgöra ett HVB snävats in. Enligt IVO måste en verksamhet för vuxna idag ha ett betydande inslag av behandling för att få tillstånd som HVB. Bakgrunden till detta är två domar i kammarrätten [21, 22].

Lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd

Kravet enligt 3 kap. 3 § SoL på att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet gäller både privat och offentlig verksamhet.

I socialtjänstförordningen finns ytterligare bestämmelser om vilka krav och villkor som gäller för vården i ett HVB. Där regleras kompetenskrav på före-

ståndare och personal samt generella principer för verksamheten (3 kap. 1-15 §§ SoF). Till exempel framgår att det ska finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten och sådan personal som i övrigt behövs för en ändamålsenlig verksamhet.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende preciseras kraven för att få bedriva vården, till exempel vilka kvalifikationer som föreståndaren och personalen bör ha.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Den som bedriver socialtjänst ansvarar för att det finns ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. (3 kap. 1 § SOSFS 2011:9). Tillämpningsområdet enligt SOSFS 2011:9 1 § är verksamheter som omfattas av 3 kap. 3 § tredje stycket SoL, vilket inkluderar HVB oavsett driftsform. Ledningssystemet omfattar verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det gäller alltså att på ett systematiskt sätt bedriva ett kontinuerligt utvecklings- och förbättringsarbete för att säkra kvaliteten i verksamheten.

Tillstånds- och anmälningsplikt

Enligt 7 kap. 1 § SoL får ett HVB inte drivas av ett enskilt rättssubjekt utan tillstånd av IVO. Kommuner som bedriver verksamhet i form av HVB, eller som genom avtal enligt 2 kap 5 § SoL har överlämnat till enskild att bedriva sådan verksamhet ska anmäla detta till IVO innan verksamheten startar. ”Det har inte ansetts föreligga behov av att införa tillståndsplikt för offentligt drivna hem eftersom sådana huvudmän förutsätts vara väl förtrogna med de krav som ställs på verksamheten” (prop. 2006/2007:129 Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m. s. 64).

Vilka uppgifter en ansökan eller anmälan ska innehålla framgår av 4 kap. 1 och 1 a § SoF. Ansökan eller anmälan ska vara skriftlig. I 6 kap Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) anges ytterligare krav och rekommendationer på vad en ansökan ska eller bör innehålla.

Tillstånd att bedriva en verksamhet i form av HVB får endast beviljas om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet (7 kap. 2 § första stycket SoL). Av förarbetena framgår att vissa faktorer har grundläggande betydelse för prövningen av den tillståndspliktiga verksamheten, bland annat att den som förestår verksamheten har lämplig utbildning, tidigare erfarenhet och vitsordad personlig lämplighet. Det bör även kunna ställas krav på att lokaler och utrustning är ändamålsenliga (prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen s. 186).

Tillståndet får förenas med villkor som har betydelse för kvaliteten och säkerheten i verksamheten. Ett nytt tillstånd ska sökas om verksamheten ändras eller flyttas, helt eller till en väsentlig del (7 kap. 2 § andra stycket SoL). Som exempel på villkor nämns i förarbetena att det ska finnas personal nattetid i heldygnsverksamhet och att det ska finnas viss säkerhetsutrustning där funktionshindrade får vård, omvårdnad och tillsyn (prop. 1996/97:124 s. 186).

Enligt 4 kap. 3 § SoF ska IVO utfärda ett skriftligt bevis när tillståndet har meddelats. Beviset ska innehålla uppgifter om den juridiska eller fysiska person

som ska bedriva verksamheten, för vilken grupp verksamheten är godkänd, det högsta antal personer som samtidigt får vårdas i eller omfattas av verksamheten, vem som ska förestå verksamheten samt övriga villkor för tillståndet. Ett beslut om tillstånd är ett gynnande förvaltningsbeslut och gynnande beslut kan i regel inte återkallas. Från denna huvudregel har emellertid tre undantag ansetts gälla. Ett gynnande beslut kan återkallas

- med stöd av förbehåll i själva beslutet eller i den författning som ligger till grund för beslutet
- med hänsyn till tvingande säkerhetsskäl (t.ex. hälso-, brand- och trafikfara)
- på grund av att den enskilde har utverkat beslutet genom vilseledande uppgifter

När det gäller de offentligt drivna verksamheterna, de som drivs av kommun, landsting och SiS, görs ingen prövning av att de uppfyller gällande krav och villkor för kvaliteten och säkerhet innan verksamheten startas. Anmälningsskyldigheten för kommuner och landsting innebär endast att de ska göra en anmälan till IVO om att de har för avsikt att bedriva ett HVB. Om anmälningsskyldigheten inte uppfylls kan IVO besluta om ett föreläggande som kan förenas med vite (13 kap. § 8 andra stycket SoL).

Möjligen kan i senare praxis skönjas en tendens till en fjärde avvikelse, då det gäller gynnande beslut utan tidsbegränsning. (Se prop. 1985/86:80 Om ny förvaltningslag s. 39 och SOU 2010:29 En ny förvaltningslag s. 564 f.).

Tillsyn

IVO utövar tillsyn över socialtjänsten och enskilt bedrivna HVB, vilket innebär att IVO granskar om verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt enligt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (13 kap 1-2 §§ SoL).

IVO har rätt att inspektera verksamheter som står under dess tillsyn och har befogenheter att utfärda förelägganden för att avhjälpa missförhållanden som har betydelse för de placerades möjligheter att få insatserna de har rätt till (13 kap. 6 och 8 §§ SoL). Om missförhållandet är allvarligt och föreläggandet inte följs får IVO helt eller delvis återkalla tillståndet för verksamheten eller, om verksamheten inte är tillståndspliktig, helt eller delvis förbjuda fortsatt verksamhet (13 kap. 9 § första stycket SoL). Vid missförhållanden som innebär fara för den enskildes liv, hälsa eller personliga säkerhet kan tillsynsmyndigheten återkalla tillståndet respektive förbjuda fortsatt verksamhet utan föregående förelägganden (13 kap. 9 § andra stycket SoL). IVO kan även besluta att tills vidare helt eller delvis förbjuda en verksamhet om det finns sannolika skäl för att tillståndet helt eller delvis kommer att återkallas eller verksamheten förbjudas enligt 9 § (13 kap. 10 § SoL).

Upphandling

Upphandlingen av tjänster styrs av lagen (1992:1528) om offentlig upphandling, LOU, och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. Dessa lagar innehåller bestämmelser som ska säkerställa konkurrensneutralitet.

De svenska reglerna om upphandling styrs av EU:s direktiv om offentlig upphandling. Socialtjänst och hälsovård omfattas dock i stort sett inte av de

obligatoriska direktivstyrda områdena för upphandling. Medlemsstaterna har därför inom ramen för de gemenskapsrättsliga principerna en större möjlighet att nationellt besluta om regler när det till exempel gäller kvalificeringskrav, vilket kan vara krav på leverantörens förmåga att leverera den tjänst som upphandlingen avser.

Den tjänst som ska upphandlas beskrivs regelmässigt i termer av kvalitet. Förfrågningsunderlaget är ett centralt verktyg för att få önskad kvalitet i en upphandling. I det ska den upphandlande myndigheten närmare beskriva den tjänst som ska utföras och de resultat som ska uppnås.

Kommunerna är skyldiga att kontrollera och följa upp de verksamheter som de genom avtal lagt ut på en privat utförare och se till att överenskommelser hålls samt att beställda tjänster levereras med avsedd kvalitet.

Konkurrensverket utövar tillsyn över upphandlingslagstiftningen.