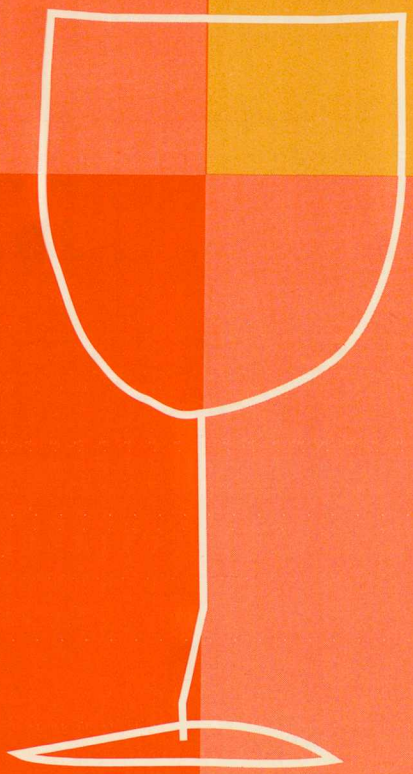
VÅRD AV ALKOHOL-MISS-BRUKARE

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2014
KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

SOU 1994:27

DELBETÄNKANDE AV ALKOHOLPOLITISKA KOMMISSIONEN

VÅRD AV ALKOHOL-MISS-BRUKARE



SOU 1994:27

DELBETÄNKANDE AV ALKOHOLPOLITISKA KOMMISSIONEN

Ref KB Occ 500

38

Statens offentliga utredningar
1994:27
Socialdepartementet

Vård av alkoholmissbrukare

Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen
Stockholm 1994

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 90 90

Graphic Systems AB, Göteborg 1994

ISBN 91-38-13584-1
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringens beslut den 19 december 1991 bemyndigades statsrådet Bengt Westerberg att tillkalla en parlamentarisk kommission med uppdrag att utvärdera den hittillsvarande alkoholpolitiken och lägga fram förslag till en strategi för framtiden – bl.a. i ett EG-perspektiv.

Kommissionen har antagit namnet Alkoholpolitiska kommissionen. Kommissionen har en bred sammansättning med företrädare för alla riksdagspartier.

Till kommissionen har knutits sakkunniga från Utrikes-, Finans- och Socialdepartementen, Folkhälsoinstitutet, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, experter från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning och Karolinska Institutets avdelning för socialmedicin samt juridisk expertis. Sammansättningen av kommissionen framgår av bilaga 2.

Kommissionen har tidigare avlämnat delbetänkandet Serveringsbestämmelser (SOU 1993:50) med förslag till ändringar i lagen (1977:293) om handel med drycker (LHD).

Enligt direktiven (dir. 1991:124) ingår i uppdraget att genomlysa de problem som föreligger inom vården av alkoholmissbrukare och bedöma behoven av förändringar av vårdformer och vårdinnehåll.

Kommissionen får nu avlämna detta delbetänkande Vård av alkoholmissbrukare (SOU 1994:27). I betänkandet finns redovisat ett förslag till en vårdstrategi för framtiden. Kommissionen har valt att koncentrera sina förslag till några områden där problemen bedömts som mest påtagliga inom socialtjänstens missbrukarvård.

Kommissionen avslutar sitt arbete genom att – utöver detta delbetänkande – nu överlämna dels sitt huvudbetänkande Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden (SOU 1994:24), dels delbetänkandena Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge (SOU 1994:25), Att förebygga alkoholproblem (SOU 1994:26), Kvinnor och alkohol (SOU 1994:28) och Barn – Föräldrar – Alkohol (SOU 1994:29).

Reservationer har avlämnats dels av ledamoten Larsson rörande avsnittet de psykiskt störda missbrukarna, dels av ledamoten Svensson rörande statsbidragen till missbrukarvården, dels av ledamoten Örtendahl i samma fråga. Särskilt yttrande har avlämnats av sakkunnig Sundin rörande statsbidragen till missbrukarvården.

Stockholm i mars 1994

Ingemar Mundebo

Karin Israelsson *Bert-Inge Karlsson* *Peter Kling*

Owe Larsson *Ulla Orring* *Sverre Palm*

Anita Persson *Gabriel Romanus* *Sten Svensson*

Claes Örtendahl

/Hans Noaksson

Peter Gerdman

Innehåll

Sammanfattning		9
1	**Bakgrund**	17
1.1	Inledning	17
1.2	Historik	18
	1.2.1 Tidigare sociala vårdlagar	18
	1.2.2 Socialutredningen	19
	1.2.3 Socialtjänstlagen	20
	1.2.4 LPV-förslaget	21
	1.2.5 1981 års LVM	22
2	**Socialberedningens slutbetänkande år 1987**	25
2.1	Inledning	25
2.2	Allmänt om vården	25
2.3	Socialtjänstens insatser	26
2.4	Specialisering	27
2.5	Resurser för missbrukarvård	28
	2.5.1 Inledning	28
	2.5.2 Alkoholpolikliniker	29
	2.5.3 Behandlingshem	29
	2.5.4 LVM-vård	30
	2.5.5 Familjevård	30
	2.5.6 Sjukvård	30
	2.5.7 Kriminalvård	30
	2.5.8 Frivilliga organisationer	31
2.6	Statistik	31
2.7	Socialberedningens förslag	34
2.8	Regeringens proposition 1987/88:147	36

3	**Utvecklingen efter år 1986**	37
3.1	Missbrukets utbredning	37
3.2	Reformer som berört socialtjänstens organisatoriska förutsättningar	38
	3.2.1 Utvecklingen av individ- och familjeomsorgens (IFO) organisation	39
3.3	Resurser för missbrukarvården	41
	3.3.1 Den öppna vården inom individ- och familjeomsorgen (IFO)	41
	3.3.2 Alkoholrådgivningar	42
	3.3.3 Institutionsvård	43
	3.3.4 Familjevård	45
	3.3.5 Frivilliga organisationer	45
3.4	Statistik	46
4	**Samverkan med andra myndigheter och organisationer m.m.**	51
4.1	Socialtjänstens samverkan med arbetsförmedlingen	52
4.2	Socialtjänstens samverkan med försäkringskassan	54
4.3	Socialtjänstens samverkan med sjukvården	55
4.4	Kommunernas egna arbetsmarknadsinsatser	57
5	**Det förebyggande arbetet**	59
5.1	Det strukturella arbetet	59
5.2	Det allmänt och individuellt förebyggande arbetet	60
	5.2.1 Några exempel	61
6	**De psykiskt störda missbrukarna**	63
6.1	Socialstyrelsens rapport år 1989	63
6.2	Psykiatriutredningen	64
6.3	Psykiatriutredningens förslag	65
6.4	Andra rapporter	66
7	**Statsbidragen till missbrukarvården**	69
7.1	Nytt statsbidragssystem år 1986	69
7.2	Förändrat statsbidragssystem år 1990	70
7.3	Budgetpropositionen 1992/93	71
7.4	Övriga utredningar m.m.	71
8	**Socionomutbildningen**	75
8.1	UHÄ:s översyn av socionomutbildningen	75
8.2	Socialstyrelsens rapport år 1990 m.m.	76
8.3	Socialtjänstkommittén	77

8.4 Institutet för kunskapsutveckling inom missbrukarvården (IKM) 79

9 Hur fungerar vården? 81

9.1 Kritiken mot individ- och familjeomsorgen (IFO) och missbrukarvården 81
9.2 Utvecklingstendenser 83
9.3 Om LVM-vården 85
9.4 Det sociala arbetets utformning 85
9.5 Effekter och resultat av behandling 87

10 En lägesbeskrivning år 1993 91

10.1 Inledning 91
10.2 De regionala seminarierna och missbrukarvården 92
10.2.1 Det allmänt förebyggande arbetet 92
10.2.2 Socialtjänstens individ- och familjeomsorg (IFO) 92
10.2.3 Samarbete med verksamheter utanför kommunen 93
10.2.4 Utvecklingen av missbrukarvården 94
10.2.5 Tidig upptäckt och tidiga insatser inom ramen för individ- och familjeomsorgen (IFO) 94
10.2.6 Alkoholrådgivningens roll 95
10.2.7 Missbrukarvårdens organisation 96
10.2.8 Särskilda frågor 97
10.3 Sammanfattning av de regionala seminarierna 97
10.4 Redovisning av sex kommunbesök 98

11 Kommissionens överväganden och förslag 111

11.1 Inledning 111
11.2 Statsbidragsbestämmelserna 116
11.3 Alkoholrådgivningen 122
11.4 Socionomutbildningen 127
11.5 Psykiskt störda missbrukare 127
11.6 Omstruktureringen av missbrukarvården 132
11.7 Huvudmannaskapsförändringarna 133
11.8 Det sociala arbetets organisation i kommunerna 134
11.9 Att utveckla missbrukarvården 135

Reservationer och särskilt yttrande 137

Bilaga 1. Direktiv 141

Bilaga 2. Alkoholpolitiska kommissionens sammansättning 151

Bilaga 3. Behandling av alkoholproblem – slutsatser och rekommendationer. (Centrum för utvärdering av socialt arbete – CUS – vid Socialstyrelsen) 153

Sammanfattning

Alkoholpolitiska kommissionen har i uppdrag att göra en bred översyn av den svenska alkoholpolitiken. Enligt direktiven för kommissionens arbete ingår i uppdraget att genomlysa de problem som föreligger inom vården och bedöma behoven av förändringar av vårdformer och vårdinnehåll.

Bakgrund

I en nära framtid kommer betydande delar av den svenska alkohollagstiftningen delvis att förändras. De regler som finns för import, export, tillverkning och partihandel kommer att ersättas av en marknad med konkurrens inom ramen för regler om tillstånd, tillsyn och sanktioner. Sett i ett längre tidsperspektiv kan det finnas risk för att våra höga svenska alkoholpriser på grund av marknadsanpassning och ändrade bestämmelser om gränshandel kommer att påverkas nedåt. Därmed finns det risk för att den svenska restriktionspolitiken försvagas och förutsättningarna ändras för det generellt förebyggande arbetet.

Sverige står således inför en ny och förändrad situation när det gäller alkoholpolitiken, folkhälsoarbetet och vården. Av forskningen framgår att omfattande alkoholproblem inte kan "vårdas bort". Detta innebär att strategin när det gäller att förebygga, motverka och hantera alkoholproblemen i befolkningen måste analyseras och övervägas i sin helhet.

Forskningen har visat att den institutionella missbrukarvården sällan leder till att klienterna varaktigt befrias från alkoholproblemen. Det finns knappast någon anledning att satsa jämförelsevis stora resurser på institutionsvård i de fall bättre eller samma resultat går att uppnå med öppna och effektivare vårdformer. Detta måste samtidigt sammanvägas med de humanitärt grundade behoven att i vart fall för en tid bereda missbrukare och deras anhöriga en period utan ett destruktivt drickande, vilket kan ske genom institutionsvård. Trots de begränsade effekterna satsar samhället stora resurser på institutionsvård. Enbart kommunernas kostnader beräknas uppgå till drygt två miljarder kronor. Därtill kommer

statsbidrag på 950 miljoner kronor. Allt räknat per år.

Särskilt under en period fram till mitten av 1980-talet fanns på många håll en betydande överskattning av vårdens effekter. De satsningar som gjordes under 1960-talet på missbrukarvård i olika former inom s.k. terapeutiska samhällen grundlade en behandlingsoptimism som varade långt in på 1980-talet. På 1970-talet utvecklades dock den internationella men även den svenska behandlingsforskningen och flera viktiga forskningsresultat klargjorde vilken roll och vilka effekter missbrukarvården egentligen hade när det gäller rehabiliteringen av missbrukare. Den skrift (Behandling av alkoholproblem – en kunskapsöversikt, 1994) som utarbetats av en expertgrupp inom Centrum för utvärdering av metoder i socialt arbete (CUS) vid Socialstyrelsen utgör en av flera milstolpar när det gäller att sammanfatta forskningsläget avseende bl.a. behandlingseffekter inom alkoholvården. I avsnittet om behandlingseffekter av docenten Lars Lindström konstateras bl.a. att det inom alkoholistvården funnits ett paradoxalt samband mellan forskningskvalitet och rapporterade behandlingsresultat. "Ju bättre en utvärdering varit upplagd, desto sämre har i allmänhet behandlingsresultatet tett sig". Det finns dock ingen anledning till en generell vårdpessimism. Lindström visar bl.a. att jämförande studier har kunnat belägga att insatser riktade till missbrukare som ännu inte utvecklat ett svårt alkoholberoende ofta leder till goda resultat. Det konstateras också att även om behandling som sådan inte tycks "bota" alkoholism, fyller den en betydelsefull humanitär uppgift genom att göra livet drägligare för många alkoholister och deras anhöriga i vårt samhälle. I expertgruppens avslutande gemensamma slutsatser och rekommendationer (se bilaga 3) konstateras att "det aktuella forskningsläget motiverar inte till uppgivenhet eller resignation, utan bör snarare stimulera till omprövning och nytänkande". Några av slutsatserna är av särskild betydelse för Alkoholpolitiska kommissionens strategival. En viktig slutsats av rapporten från CUS är att rätt vård till rätt person ger bästa resultatet. Här kan en individuell anpassning av vården ("matchning") vara av stor betydelse. Den innebär att man i valet av behandling skall ta hänsyn till egenskaperna hos klienten, något som kan vara av avgörande betydelse för en lyckad behandling.

Det konstateras att det således inte finns något behandlingsprogram som leder till goda behandlingsresultat för alla människor med alkoholproblem. Dock har vissa insatser goda effekter för vissa människor med vissa typer av alkoholproblem. Mot bl.a. denna bakgrund föreslår kommissionen en förändrad strategi när det gäller vårdens innehåll och utformning i framtiden. Tyngdpunkten bör med stor försiktighet förskjutas från den slutna och dyrbara institutionsvården till öppnare vårdformer. Varje individs behov av vård skall även fortsättningsvis prövas med stor omsorg. Den föreslagna förändringen av vårdens inriktning får emellertid inte innebära att den institutionella vården förkastas, utan att vårdbehovet nu som tidigare prövas utifrån varje individs förhållanden och förutsättningar att tillgodogöra sig de olika vårdformer som finns.

Om alkoholkonsumtionen ökar i framtiden och vårdbehovet växer är det sannolikt nödvändigt med strukturella förändringar för att möta en ökad efterfrågan på vård. Ett exempel på en strukturell förändring är just en satsning på öppnare vårdformer. Institutionsvård bör bara ges till personer som av olika skäl inte kan tillgodogöra sig behandling i öppna former.

Ökade satsningar på öppen vård, tidiga insatser och ett individuellt förebyggande arbete bör på sikt minska efterfrågan på sluten vård eller åtminstone vid ökande missbruksproblem verka återhållande på en ökning av omfattningen av denna vårdform.

Det fanns problem i vården av alkoholmissbrukare som den tidigare Socialberedningen belyste i sitt betänkande Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget (SOU 1987:22). I detta betänkande har dessa problem följts upp och flera av dem har ännu inte fått någon tillfredställande lösning.

I kommissionens arbete behandlas vårdfrågorna i detta delbetänkande samt i delbetänkandena KVINNOR OCH ALKOHOL (SOU 1994:28) och BARN – FÖRÄLDRAR – ALKOHOL (SOU 1994:29). Det finns också flera beröringspunkter med delbetänkandet ATT FÖREBYGGA ALKOHOLPROBLEM (SOU 1994:26).

Kommissionens förslag

Statsbidragsbestämmelserna

I detta delbetänkande konstateras att det statliga ansvaret och inflytandet över missbrukarvården varierat under de senaste decennierna. Inflytande har utövats genom statsbidragsbestämmelserna, tillsynen och tidvis genom ett huvudmannaskap för den institutionella tvångsvården. Från och med den 1 april 1994 övertar staten genom Statens institutionsstyrelse på nytt ansvaret för tvångsinstitutionerna från kommuner och landsting. Utvecklingen går således mot ett fortsatt statligt inflytande över missbrukarvården.

Under 1980-talet har bestämmelserna om statsbidrag till missbrukarvården ändrats flera gånger. Intentionerna har varit att styra mot mer öppenvård. Detta mål har knappast uppnåtts. Den institutionella vården har samtidigt utsatts för kritik. Kostnaderna har varit höga och effekterna av vården har ifrågasatts. Mot bakgrund av kommunernas ökande ekonomiska problem och vårdens ifrågasatta effektivitet har såväl den frivilliga som den tvångsmässiga vården reducerats påtagligt de senaste åren. I vissa kommuner har det också genomförts en omstrukturering av vården mot öppnare vårdformer, men dessa satsningar har inte gynnats tillräckligt av de nuvarande statsbidragsbestämmelserna. För att en utveckling som innebär att satsningar på öppnare vårdformer i kommunerna stimuleras bör de nu gällande bestämmelserna om fördelningen av statsbidraget

till kommunerna ändras snarast möjligt så att den del av statsbidraget som ges till särskilda utvecklingsinsatser tillförs ytterligare medel. Dessutom bör bestämmelserna gällande det riktade statsbidraget till ungdoms- och missbrukarvården ses över i sin helhet.

Kommissionen föreslår:

- *Socialstyrelsen ges i uppdrag att i samarbete med Statskontoret utveckla ett nytt system för fördelningen av det riktade statsbidraget på för närvarande totalt 480 miljoner kronor till kommunernas ungdoms- och missbrukarvård. Två modeller bör övervägas: 1. Fördelningen av bidragen bygger på en kombination av strukturella variabler och insatsvariabler eller enbart insatsvariabler. Insatsvariablerna omfattar prestationer inom såväl den öppna som den slutna vården. 2. Statsbidraget ges som en andel av kommunernas totala kostnader för ungdoms- och missbrukarvården.*
- *Det riktade statsbidraget på för närvarande totalt 480 miljoner kronor bör omfördelas. Ytterligare 50 miljoner kronor utöver de år 1993 beslutade 50 miljoner kronorna tillförs de särskilda utvecklingsmedlen. Länsstyrelserna skall även i fortsättningen fördela medlen till kommunerna samt utöva tillsyn. Förslaget kan genomföras utan att avvakta beslut om ett nytt statsbidragssystem.*

Alkoholrådgivningarna

I delbetänkandet ATT FÖREBYGGA ALKOHOLPROBLEM (SOU 1994:26) och i detta betänkande framhålls den betydelse som alkoholrådgivningen/alkoholmottagningen (i fortsättningen kallad alkoholrådgivning) har när det gäller tidig upptäckt, tidiga insatser och vård av människor som har alkoholproblem. Sådana verksamheter har i dag kommuner, landsting, kyrkan och enskilda organisationer som huvudmän. Eftersom missbruksproblem rymmer såväl en medicinsk som en social och en psykologisk problematik har alkoholrådgivningen ett samband med landstingens sjukvård och kommunernas socialtjänst. Den framtida utvecklingen får inte innebära att dessa specialiserade verksamheter riktade till alkoholmissbrukare avvecklas samtidigt som vården kan komma att utsättas för ökade påfrestningar. Snarare bör en förstärkning äga rum och mot denna bakgrund bör alkoholrådgivningarna komma i fråga för det riktade statsbidraget till bl.a. öppenvården (s.k. särskilda utvecklingsmedel) som redovisats ovan.

Kommissionen föreslår:

- *Mot bakgrund av att den specialiserade öppna alkoholvården vid alkoholrådgivningarna är synnerligen viktig har kommissionen övervägt en lagreglering av ansvaret för dessa funktioner. Kommissionen föreslår nu följande: att huvudmännen stimuleras att vidareutveckla alkoholrådgivningarna genom*

att de kan komma i fråga för bl.a. statsbidrag till utveckling, att Socialstyrelsen och länsstyrelserna inom ramen för sin tillsynsverksamhet ger frågan om utveckling av alkoholrådgivningarna och stödet till missbrukarna hög prioritet. Om man finner att dessa verksamheter försvagas eller i övrigt äventyras bör regeringen överväga att föreslå riksdagen att i lag reglera ansvaret för dessa funktioner.

Socionomutbildningen

Det är väl känt att en betydande andel av klienterna inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg har missbruksproblem. Trots detta upptäcks ofta inte dessa problem. Det är mot den bakgrunden viktigt att det inom socionomutbildningen ges sådana kunskaper inom området missbruk och behandling att individ- och familjeomsorgen blir mer kompetent än för närvarande att ge den hjälp som missbrukarna behöver. En högre kvalitet i socionomutbildningen på detta område och en utbildning som samtidigt är forskningsanknuten kommer att skapa bättre förutsättningar att på sikt utveckla en effektiv missbrukarvård. Även i delbetänkandet ATT FÖREBYGGA ALKOHOLPROBLEM (SOU 1994:26) finns redovisat (se avsnitt 4.6.2) förslag till en förbättrad socionomutbildning liksom i delbetänkandet BARN-FÖRÄLDRAR-ALKOHOL (SOU 1994:29) (se kapitel 12). I det senare delbetänkandet berörs även andra grundutbildningar inom vård-, omsorgs- och lärarutbildningar liksom på annan plats i detta betänkande.

Kommissionen föreslår:

– *Missbruksområdet bör stärkas inom socionomutbildningen.*

Psykiskt störda missbrukare

Frågan om vården av de svårt psykiskt störda missbrukarna har uppmärksammats många gånger tidigare. Det rör sig om en besvärlig och vårdkrävande grupp. Behovet av specialiserad vård är stort. Prognosen är ofta dyster och vårdtiderna är inte sällan långa. Mot denna bakgrund kan motivationen vara låg hos vårdgivarna att ta sig an denna grupp. En huvudsaklig orsak till den nuvarande otillfredställande situationen kan vara att vårdansvaret för de svårt psykiskt störda missbrukarna delas mellan kommunernas socialtjänst och landstingens sjukvård. Ett delat ansvar förutsätter en väl fungerande samverkan. Samarbetet mellan huvudmännen fungerar emellertid dåligt. De svårt psykiskt störda missbrukarnas behov av vård skall i den nuvarande ordningen tillgodoses inom två skilda vårdsystem, trots att deras behov är sammanvävda och vanligen inte går att skilja åt.

Psykiatriutredningens förslag om bl.a. frivilliga lokala överenskommelser om

en ekonomisk reglering med t.ex. skatteväxling mellan huvudmännen har mötts av en kraftig kritik i remissopinionen. Möjligheterna att lagstifta om en ändrad reglering som tydliggör vem som skall ha ansvaret för vården av de svårt psykiskt störda missbrukarna föreligger knappast för närvarande varför andra lösningar nu bör övervägas. I första hand bör tillsynen intensifieras och åtgärder vidtas för att stimulera samarbetet mellan landstingen och kommunerna. Det senare bör ske genom försöksverksamheter i landet.

RRV har tidigare i en rapport om narkomanvården föreslagit att Socialstyrelsen och länsstyrelsernas sociala funktioner etablerar samarbete när det gäller tillsynen av vården av de svårt psykiskt störda missbrukarna.

Kommissionen föreslår:

- *RRV:s förslag bör genomföras vad avser ett gemensamt tillsyns- och uppföljningsprojekt mellan Socialstyrelsen och de sociala funktionerna vid länsstyrelserna för att kartlägga hur stor gruppen svårt psykiskt störda missbrukare är och om de får sina vårdbehov tillgodosedda.*
- *Kommuner och landsting bör på högst tio orter genomföra en försöksverksamhet med samverkan mellan den psykiatriska vården och socialtjänsten beträffande vården för de svårt psykiskt störda missbrukarna. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att i samråd med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet samordna genomförandet. En utvärdering bör genomföras av Socialstyrelsen och överlämnas till regeringen för dess överväganden om en eventuell lagreglering som tydliggör fördelningen av vårdansvaret för de svårt psykiskt störda missbrukarna.*

Omstruktureringen av missbrukarvården

Det har framkommit att det pågår en omstrukturering av missbrukarvården. Efterfrågan minskar på såväl den frivilliga som den tvångsmässiga institutionsvården. Kommunernas svaga ekonomi är troligtvis en orsak till denna utveckling liksom att det föreligger kvalitativa brister i vårdutbudet. Ytterligare en förklaring kan vara att den öppna vården nu byggs ut på en del håll och att den i dessa kommuner bedöms vara jämförelsevis effektiv varigenom behovet av institutionsvård minskar – en utvecklingen som ligger i linje med kommissionens förslag på en ökad satsning på öppenvård.

Det finns också uppgifter som tyder på att en del kommuner inte ersätter institutionsvård med en effektiv öppenvård. Under sådana förhållanden finns risk för att vissa kategorier missbrukare ställs utan vård eller att institutionsplaceringarna har en så begränsad omfattning eller kvalitet att de inte motsvarar de rättigheter socialtjänstlagen ger. Det kan nämligen antas att bl.a. många tyngre missbrukare inte kräver sin rätt, om de inte får hjälp att hävda den.

Kommissionen anser därför att särskild uppmärksamhet skall ägnas de tyngre missbrukarna och deras situation.

Kommissionen föreslår:

Att Socialstyrelsen inom ramen för sitt uppföljningsarbete ges i uppdrag att i samråd med Statens institutionsstyrelse, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet särskilt beakta och analysera konsekvenserna för de tyngre missbrukarna av den nu pågående omstruktureringen av vården.

Huvudmannaskapsförändringar

Det är ett faktum att det finns ett stort behov av samverkan kring vården av alkoholmissbrukare. De tyngre alkoholmissbrukarna är ofta kända inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Andra missbrukare är inte alls kända men kan ändå ha kontakt med socialtjänsten för t.ex. ekonomiska stödinsatser. Inom sjukvården, försäkringskassan, arbetsförmedlingen m.fl. tas en betydande del av resurserna i anspråk för stöd i olika former åt missbrukare.

Det har gjorts en rad mer eller mindre framgångsrika försök att samordna vården av alkoholmissbrukare från de olika myndigheternas sida. Dessa samverkansprojekt har ofta hamnat i problem på grund av skilda synsätt och prioriteringar. Ibland har ett ändrat vårdansvar setts som en lösning på problemen. De försök som nu pågår med ändrat huvudmannaskap för primärvården utgör ett exempel på en sådan strukturell förändring. Inom Socialdepartementet bereds nu en proposition som enligt uppgift kommer att föreslå att verksamheterna inom delar av socialtjänsten, försäkringskassan och hälso- och sjukvården på försök förs till en och samma huvudman. Dessa strukturella förändringar berör missbrukarvården och är viktiga inför det framtida reformarbetet.

Kommissionen föreslår:

Att Socialstyrelsen i sin tillsyn och utvärdering särskilt följer och analyserar effekterna för missbrukarvården av de pågående och planerade försöken med ett ändrat huvudmannaskap för bl.a. socialtjänsten.

Det sociala arbetets organisation

Svagheter i det sociala arbetets organisation i kommunerna har framhållits såväl av den centrala tillsynsmyndigheten, Socialstyrelsen, som av forskare. En gemensam nämnare tycks vara att den hjälp och det stöd som individ- och familjeomsorgen har möjlighet att ge inte når klienterna i tillräcklig utsträckning.

Det finns säkerligen en rad orsaker till detta förhållande. De organisatoriska skälen tycks emellertid vara framträdande. För att motverka en byråkratisk

struktur som försvårar eller hindrar hjälp och stöd till klienterna har det föreslagits att det sociala arbetet organiseras på ett annat sätt än för närvarande. Arbetet kan t.ex. bedrivas mer decentraliserat och i större utsträckning än för närvarande på andra tider än kontorstid. För att vinna erfarenheter av ändrade verksamhetsformer i missbruksarbetet bör försöksverksamheter stimuleras.

Kommissionen föreslår:

Socialstyrelsen bör i samverkan med länsstyrelsernas sociala funktioner stimulera en utveckling av det sociala arbetets metodik och lokala organisation så att socialtjänsten, genom ökad tillgänglighet även vid sidan av kontorstid, kan ge människor med missbruksproblem bättre hjälp och stöd.

Att utveckla missbrukarvården

I skriften "Behandling av alkoholproblem – en kunskapsöversikt" från Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) vid Socialstyrelsen anges flera områden där missbrukarvården kan utvecklas (se bilaga 3). De tankegångar som förs fram i CUS:s rapport bör prövas i en försöksverksamhet. De aktuella utvecklingsfrågorna berör bl.a. det sociala arbetets inre metodik och är därmed en fråga för kommunerna men centralt även för CUS.

Socialstyrelsen har ett allmänt ansvar för utveckling, utvärdering och uppföljning inom detta område. Även huvudmännen; kommuner och landsting, har ett ansvar att med stöd av sina respektive förbund utveckla sina verksamheter.

Kommissionen föreslår:

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med berörda parter genomföra ett utvecklingsarbete beträffande missbrukarvårdens behandlingsmetoder, diagnossystem m.m., i form av försöksverksamhet som utvärderas.

1 Bakgrund

1.1 Inledning

Alkoholpolitiska kommissionen skall enligt direktiven (dir. 1991:124) genomlysa de problem som föreligger inom vården av alkoholmissbrukare och bedöma behoven av att förändra vårdformer och vårdinnehåll. De problem som berör alkoholmissbruket i familjen och dess konsekvenser har uppmärksammats i delbetänkandet BARN – FÖRÄLDRAR – ALKOHOL (SOU 1994:29). I delbetänkandet KVINNOR OCH ALKOHOL (SOU 1993:28) redovisas bl.a. de problem som berör vården av de kvinnliga alkoholmissbrukarna. När det gäller socialtjänstens missbrukarvård i övrigt och de problem som därvid föreligger redovisas dessa i första hand i denna betänkandedel.

I ytterligare ett delbetänkande, ATT FÖREBYGGA ALKOHOLPROBLEM (SOU 1993:26), behandlas förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården, arbetslivet, skolan men även inom socialtjänsten.

Regeringen beslutade den 13 juli 1991 att tillkalla en parlamentarisk kommitté för att göra en allmän översyn av socialtjänstlagen. Översynen skall bl.a. innefatta en utvärdering av socialtjänstlagens tillämpning och syfta till att tydligare avgränsa och klargöra socialtjänstens uppgifter och ansvarsområden. Således berörs även frågor som har med missbrukarvården att göra. I direktiven (dir. 1991:50) nämns särskilt utformningen och ansvaret för det allmänt förebyggande arbetet, individ- och familjeomsorgens uppdrag och organisatoriska förutsättningar samt slutligen olika huvudmannaskapsfrågor för uppgifter inom socialtjänsten och i angränsande verksamhetsområden hos andra huvudmän.

Varken Socialtjänstkommittén eller Alkoholpolitiska kommissionen har enligt direktiven i uppdrag att se över den tvångmässiga vården av alkoholmissbrukare enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). I Socialberedningens slutbetänkande Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget (SOU 1987:22) konstaterades att det inte var rimligt att begränsa diskussionen till att enbart avse tvångsvårdens utformning. Tvångsvårdens roll och funktioner inom

missbrukarvården bedömdes inte kunna behandlas utan kunskaper om bl.a. den frivilliga vårdens möjligheter och begränsningar. I detta betänkande som, i huvudsak skall belysa problem inom socialtjänstens missbrukarvård i allmänhet, kommer även den tvångsmässiga vården att beröras. De problem som finns inom den frivilliga missbrukarvården berör också den tvångsmässiga vården. Även det motsatta förhållandet gäller.

För någon tid sedan, i betänkandet Tvångsvård i socialtjänsten (SOU 1992:18), har den tvångsmässiga missbrukarvårdens innehåll occh organisation belysts. Av regeringens proposition 1992/93:61 om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård framgår bl.a. att staten tar ett samlat huvudmannaansvar för LVM-hemmen. En ny myndighet, Statens institutionsstyrelse, har inrättas och den har bl.a. fått till uppgift att tillgodose två krav: För det första bereda alla behövande en vårdplats och för det andra svara för en väl differentierad vård. Statens institutionsstyrelse påbörjade sin verksamhet den 1 juli 1993.

1.2 Historik

1.2.1 Tidigare sociala vårdlagar

Den första egentliga sociala vårdlagen var lagen (1913:102) om behandling av alkoholister, vilken trädde i kraft år 1916. Lagen var mycket omdebatterad och reglerade uteslutande tvångsvården av den som var "hemfallen åt dryckenskap". Den frivilliga vården behandlades inte alls. I lagen behandlades alkoholisten som en "social skadegörare", som samhället måste skydda sig emot.

På 1930-talet inleddes ett långvarigt socialpolitiskt reformarbete, som utgjorde grunden för den senare sociala trygghetspolitiken. Insikten ökade om sambanden mellan social miljö och olika typer av hälso- och sociala problem.

År 1931 ersattes 1913 års alkoholistlag av lagen (1931:233) om behandling av alkoholister. I den betonades också i viss utsträckning omsorgen om individen. Lagen (1954:579) om nykterhetsvård, den s.k. nykterhetsvårdslagen (NvL), lade tonvikten vid frivilliga förebyggande insatser för individen. Tvångsmässiga ingripanden mot individen skulle tillgripas först om det var klarlagt att det var otillräckligt med frivilliga åtgärder. På så sätt gavs kommunernas nykterhetsnämnder ett kraftigt ökat ansvarsområde. Det krävdes inte längre "hemfallenhet" för att frivilliga åtgärder skulle kunna komma i fråga utan det räckte med "missbruk" för att nämnden skulle kunna besluta om hjälpåtgärder. Den person som var "hemfallen" åt missbruk kunde enligt nykterhetsvårdslagen ställas under övervakning i de fall han eller hon:

- var farlig för annans personliga säkerhet eller hälsa eller för eget liv,
- utsatte någon han var skyldig att försörja för vanvård,

- låg det allmänna till last,
- var ur stånd att försörja sig själv eller
- förde ett för närboende grovt störande levnadssätt.

Nämnden kunde också ingripa om missbrukaren förde ett kringflackande liv utan att försöka ärligen försörja sig. I de fall hjälpåtgärder eller övervakning inte medfört att missbrukaren återgått till ett nyktert liv eller kunde antas inte få någon effekt kunde missbrukaren tvångsintas på allmän eller s.k. erkänd vårdanstalt. I vissa akuta situationer fanns det även möjlighet för polisstyrelsen att tillfälligt omhänderta missbrukaren. Tvångsintagning beslutades av länsstyrelsen fram till år 1971. Därefter fattades beslutet av länsrätten efter ansökan från nykterhetsnämnden eller i särskilda fall polisstyrelsen. Tvångsvården enligt nykterhetsvårdslagen omfattade i normalfallet ett år, men kunde vid återfall förlängas till två år. I vissa speciella fall kunde vårdtiden förlängas ända upp till fyra år.

Under 1960- och 1970-talen minskade antalet personer som blev föremål för såväl hjälp- som tvångsåtgärder enligt nykterhetsvårdslagen, trots att alkoholkonsumtionen och alkoholmissbruket samtidigt ökade. Bakom denna utveckling låg en förändrad syn på det nykterhetsvårdande arbetet och på förhållningssättet till klienterna inom den dåvarande socialvården. Alltmer kom nykterhetsvårdslagen att betraktas som en förlegad lagstiftning och motståndet mot tvångsåtgärder växte sig allt starkare.

1.2.2 Socialutredningen

Under åren 1967–1977 arbetade en offentlig kommitté, Socialutredningen, med att se över hela den dåvarande sociallagstiftningen. År 1974 avgav utredningen ett principbetänkande Socialvården – Mål och medel (SOU 1974:39). Utredningen ansåg att samhällets åtgärder avseende missbrukare skulle erbjudas i frivilliga former. Detta skulle även gälla när det av humanitära skäl var motiverat med ett ingripande till den vårdbehövandes skydd och hjälp.

I Socialutredningens slutbetänkande Socialtjänst och socialförsäkringstillägg, lagar och motiv (SOU 1977:40), ansåg majoriteten att NvL borde slopas. Tidigare hade utredningen diskuterat att utvidga lagen (1966:293) om sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) för att tillgodose vårdbehovet för missbrukare. Någon sådan ändring föreslogs inte och istället förordades frivillig vård inom ramen för den föreslagna socialtjänstlagen. Socialutredningen lade dock fram ett alternativförslag om tvångsvård av missbrukare inom socialtjänsten och i en reservation ställde sig en minoritet bakom detta förslag.

1.2.3 Socialtjänstlagen

Socialtjänstlagen (SoL) trädde i kraft den 1 januari 1982. Den ersatte de tre vårdlagarna: Socialhjälpslagen, barnavårdslagen och nykterhetsvårdslagen. Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag. Detaljreglering undviks så långt det är möjligt. Kommunerna har därmed givits relativt fria händer att utforma socialtjänsten efter sina förutsättningar. De övergripande målen angavs i propositionen (1979/80:1):

- demokrati
- jämlikhet
- solidaritet
- trygghet

Socialtjänsten skall med hänsyn till människornas ansvar för sin och andras situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Respekt för människornas självbestämmande och integritet skall prägla verksamheten. Genom SoL fick en demokratisk syn ett genombrott i det sociala arbetet.

En grundläggande tanke är att insatserna skall präglas av den s.k. helhetssynen. Den innebär att det inte bara är de symptom som den enskilde visar upp som skall utgöra utgångspunkten för socialtjänstens insatser utan också de strukturella förhållandena i samhället. Det är individens totala situation i samhället som är det primära, t.ex. familje- och arbetsförhållanden, situationen i bostadsområdet och fritiden. Helhetssynen har inneburit att SoL betonar strukturella insatser och medverkan i samhällsplaneringen.

Andra ledstjärnor för socialtjänstens insatser skall enligt propositionen vara:

- *Normalisering*, som innebär att samhället skall stödja människorna så att de så långt som möjligt får vara, leva och bo som andra.
- *Kontinuitet*, som innebär att fortlöpande samband och kontinuitet skall råda i socialtjänstens insatser.
- *Flexibilitet*, som innebär att insatserna för den enskilde inte är specificerade i lagen utan kan utformas i samverkan med denne.
- *Närhet*, som innebär att socialtjänstens insatser i regel skall äga rum i eller ske så nära den enskildes invanda miljö som möjligt.

I lagens förarbeten delas socialtjänstens insatser in i tre huvudgrupper:

- *Strukturinriktade* insatser, vars syfte är att uppnå en god samhällsmiljö.
- *Allmänt inriktade* insatser, vilka består av generellt utformade sociala insatser inom exempelvis individ- och familjeomsorgen, barnomsorgen och äldreomsorgen. Hit räknas insatser som skall tillgodose behov av information, barns och ungdoms omvårdnad och utveckling, människors arbete, försörjning och självständigt boende m.m. samt social jour.

– *Individuellt inriktade* insatser som skall vara anpassade efter den enskildes behov. Till sådana insatser kan räknas förebyggande insatser, stöd och rådgivning, ekonomiskt bistånd samt vård och behandling i olika former.

I lagen (SoL 7 §) betonas särskilt att socialnämnden skall främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning. För att uppnå dessa och andra mål i lagstiftningen betonas (SoL 9 §) särskilt vikten av samverkan med andra samhällsorgan samt med organisationer och ideella föreningar.

I första hand regleras socialtjänstens uppgifter vad gäller vuxna missbrukare i socialtjänstlagens 5, 6 och 11 §§. I SoL 5 § regleras de strukturinriktade, allmänna och individuellt inriktade insatserna såsom råd och stöd m.m. I SoL 6 § tillförsäkras den enskilde rätt till bistånd för sin försörjning och i övrigt, om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Biståndet skall utformas så att det stärker människans resurser att leva ett självständigt liv. I en särskild paragraf, (SoL 11 §), beskrivs socialnämndens ansvar när det gäller åtgärder mot missbruk. Dessa skyldigheter utgörs av strukturella, allmänna och individuella insatser.

En av utgångspunkterna för socialtjänstlagen är att insatserna i individuella ärenden präglas av frivillighet och den enskildes rätt till självbestämmande. Denna princip skall också vägleda missbrukarvården i allmänhet. Målet skall vara att socialtjänsten så långt det är möjligt samverkar med klienten så att denne tar del i beslut om planering av behandlingsinsatser m.m. och själv aktivt medverkar i genomförandet. Det personliga initiativet och ansvaret måste tas tillvara i vård- och behandlingsarbetet.

I princip skall vården av vuxna missbrukare genomföras enligt socialtjänstlagen, vilket innebär att de mål som angivits för socialtjänsten skall gälla för missbrukarvården. Socialtjänstlagens intentioner skall således så långt det är möjligt vara vägledande för all vård av vuxna missbrukare. Socialutskottet anförde dock i sitt betänkande (1979/80:SoU44, s. 60) bl.a. att "det kan uppstå nödsituationer när det inte längre är möjligt för samhället att acceptera en vägran att ta emot erbjuden hjälp med de konsekvenser detta innebär i form av mänskligt lidande".

1.2.4 LPV-förslaget

Jämsides med Socialutredningen pågick en översyn av LSPV. En expertgrupp inom Socialstyrelsen överlämnade år 1977 en rapport med förslag till lag om psykiatrisk vård (Socialstyrelsen redovisar 1977:14). Där föreslogs dock inte ändringar i sak när det gällde beredande av vård enligt denna lagstiftning.

Under år 1977 tillsatte den dåvarande chefen för Socialdepartementet en arbetsgrupp, som hade till uppdrag att bl.a. mot bakgrund av Socialutredningens förslag komma med ett underlag för regeringens ställningstagande när det gällde vård utan samtycke av vuxna missbrukare av alkohol och narkotika.

Våren 1978 redovisade arbetsgruppen sin rapport Vård utan samtycke inom socialvård och sjukvård (Ds 1978:8). Vårdtiden skulle enligt förslaget begränsas till fyra veckor. Arbetsgruppen föreslog vidare en ändring i LSPV, – LPV enligt förslaget – som innebar en särreglering beträffande missbrukare som alltså skulle kunna ges viss tvångsvård inom den psykiatriska vården. En omfattande kritik riktades mot LPV-förslaget som bl.a. innebar att vissa som hade missbruksproblem kunde behandlas som psykiskt sjuka och vårdas på sådana institutioner.

I propositionen 1979/80:1, Om socialtjänsten, vilken i aktuella delar byggde på ett majoritetsförslag i Socialutredningen samt arbetsgruppens förslag, ansåg departementschefen (del A s. 508) att syftet med vården skulle vara att rädda liv eller att skydda liv och att det mot denna bakgrund var rimligt att ge denna vård inom ramen för sjukvården.

1.2.5 1981 års LVM

Riksdagens socialutskott anförde i sitt betänkande (1979/80:SoU44) att det var viktigt att frågan om tvångsvård av missbrukare beslutades i en bred politisk enighet. Tidigare hade chefen för Socialdepartementet tillsatt en parlamentarisk kommitté för att fortsätta översynen av lagstiftningen om vård mot den enskildes vilja och följa tillämpningen av denna lagstiftning samt föreslå eventuella ändringar. Utskottet föreslog den parlamentariska kommittén att ytterligare en gång utreda frågan om tvångsvård av vuxna missbrukare. Riksdagen, som avslog LPV-förslaget men godkände propositionen i övrigt, följde utskottet. I maj 1980 utsågs en särskild kommitté för att se över bestämmelserna om vård utan samtycke inom socialtjänst- och sjukvårdslagstiftning m.m. Kommittén antog namnet Socialberedningen och redovisade i ett delbetänkande Förslag till tvångsvård av vuxna missbrukare (SOU 1981:7). Kommittén var enhällig och betänkandet grundade sig på betydande sammanjämkningar mellan olika principiella ståndpunkter och uppfattningar. Propositionen 1981/82:8 följde beredningens förslag på nästan alla punkter och lagen trädde i kraft den 1 januari 1982 (SFS 1981:1243).

Den tidigare LVM var liksom den nuvarande en tvångslag inom socialtjänsten. Den hade en karaktär av lag för akuta situationer och skulle användas restriktivt när alla andra möjligheter prövats. Lagen skulle användas för att bereda tvångsvård åt vuxna missbrukare av alkohol och narkotika. I LVM stadgades att de i socialtjänstlagen angivna målen skulle vara vägledande. Detta innebar bl.a. att vården skulle bygga på respekt för den enskildes bestämmanderätt och integritet.

Förutsättningarna för tvångsvård enligt den tidigare LVM-lagstiftningen var att missbrukaren på grund av fortgående missbruk av alkohol och narkotika var i trängande behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och att detta vård-

behov inte kunde tillgodoses på annat sätt inom exempelvis socialtjänstens ansvarsområde. Det fordrades för beslut om LVM-vård att missbrukaren till följd av missbruket utsatte sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara eller att han till följd av missbruket kunde befaras allvarligt skada sig själv eller närstående.

Det är viktigt att framhålla att LVM-vård skulle ingå som ett led i en sammanhållen vårdkedja, där socialnämnden hade huvudansvaret för den samlade planeringen av vårdinsatserna.

2 Socialberedningens slutbetänkande år 1987

2.1 Inledning

Socialberedningen avgav förutom det ovan nämnda delbetänkandet om LVM (SOU 1981:7) ett flertal delbetänkanden under åren 1981–1986. År 1987 överlämnades slutbetänkandet Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget (SOU 1987:22), med en översyn av lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall. Betänkandet behandlade också missbrukarvården i övrigt och utredningens förslag avsåg såväl den tvångsmässiga som den frivilliga vården och innehöll en analys av den dåvarande missbrukarvården och dess utveckling.

2.2 Allmänt om vården

I betänkandet konstaterades att ansvaret för vård och behandling av missbrukare i första hand låg på socialtjänsten och sjukvården. Det är i huvudsak socialtjänsten som skall svara för den långsiktiga rehabiliteringen och andra stöd- och hjälpinsatser. Enligt betänkandet hade en betydande del av socialtjänstens arbete med missbrukare bedrivits inom ramen för den vanliga socialtjänstorganisationen och dess verksamhet inom individ- och familjeomsorgen. Intill dess hade arbetet bedrivits i stor utsträckning integrerat, dvs. socialsekreterarna hade som uppgift att handlägga alla typer av förekommande ärenden inom individ- och familjeomsorgen. Det påpekades dock i betänkandet att det under de allra senaste åren i många kommuner genomförts förändringar i syfte att utveckla mer specialiserade grupper bl.a. för arbete med missbrukare.

2.3 Socialtjänstens insatser

Socialtjänstens arbete med missbrukarna förändrades genom att nykterhetsvårdsarbetet integrerades med barnavårds- och socialhjälpsarbetet under 1960- och 1970-talen, liksom genom socialtjänstreformen år 1982. De noga preciserade föreskrifterna för missbruksarbetet i nykterhetsvårdslagen ersattes av en större frihet att arbeta förutsättningslöst i samverkan med klienten. Dessa i och för sig positiva förändringar innebar för de tyngre missbrukarna påtagliga nackdelar. Omorganisationen medförde av allt att döma en reducering av resurserna för och kompetensen i arbetet med de tunga missbrukarna. De organisationsförändringar som senare börjat genomföras med specialiserade arbetsgrupper var ett sätt att hantera denna tilltagande problematik.

På många punkter kritiserade Socialberedningen missbrukarvården. Framför allt kritiserades socialtjänstens arbete med de tyngre missbrukarna men kritiken berörde även den öppna frivilliga vården. Enligt betänkandet var det fråga om bristande samordning av olika insatser, svårigheter för socialtjänsten att åstadkomma en effektiv uppföljning av institutionsvården m.m. Problemen kunde tillskrivas såväl brister avseende resurser som social metodik men berodde inte minst på att missbrukarnas problem var så pass allvarliga att de ställde vården inför betydande svårigheter. I korthet kan kritiken sammanfattas enligt följande: Vården var oplanerad, kortsiktig och utan kontinuitet.

Med hänvisning till det s.k. socialtjänstprojektet (Socialtjänsten i praktiken, 1986) framhölls att socialtjänstlagen ännu inte inneburit några stora förändringar när det gällde arbetet med missbrukare. Detta arbete ansågs av socialarbetarna utgöra det område inom individ- och familjeomsorgen som uppfattades som det mest problematiska och tyngsta. Dessutom fick ekonomiskt bistånd ofta kompensera bristerna i insatserna för att komma tillrätta med personliga och strukturella problem. Enligt socialtjänstprojektet var det svårt att visa att "socialtjänsten ägnar sig åt någon missbruksbehandling över huvudtaget – i varje fall inte på socialkontoren". Socialberedningen konstaterade mot denna bakgrund att den öppna socialtjänsten, som utgjorde basen i missbruksarbetet, hade små möjligheter att utföra ett effektivt arbete med de missbrukare man mötte i organisationen och de arbetsmetoder som då var aktuella.

Det framkom vidare i betänkandet att socialtjänsten inte uppmärksammade den verkliga andelen klienter med missbruksproblem samt att socialsekreterarnas kunskaper om klienternas förhållanden ofta var vaga och fragmentariska.

I betänkandet redovisades dock en del projekt som ingav hopp för framtiden. Det rörde sig om försöksverksamheter i projektform, som bedömdes som framgångsrika i ett eller flera avseenden. Dessa projekt eller försöksverksamheter arbetade med avgränsade klientgrupper, med uttalade mål för verksamheten och oftast med ett betydligt långsiktigare perspektiv än andra. Man hade en gemensam syn på missbruksproblemen i projekten och en väl utarbetad och förankrad

metodik. Socialarbetarna som deltog i dessa projekt visade stark entusiasm, vilket kunde ses som en betydelsefull del av förklaringen till verksamheternas framgång. Kontakterna med klienterna var både långvariga och intensiva och kunskaperna om klienternas situation var bättre än i de reguljära verksamheterna.

2.4 Specialisering

En av de centrala principerna i socialtjänstlagen är att helhetssynen skall vara vägledande för arbetet. Helhetssynen kan i en mening sägas vara ett förhållningssätt i socialt arbete men begreppet har också fått återverkningar på det sociala arbetets organisation. Helhetssynen har även uppfattats som ett stöd för en avspecialisering av socialtjänstens individinriktade arbete. Den processen inleddes redan på 1960-talet och ett steg i den riktningen togs när många kommuner övergick till den s.k. familjevårdsprincipen. Den nya organisationen fick ytterligare stöd genom lagen (1970:296) om social centralnämnd som gjorde det möjligt att integrera de olika sociala nämnderna. Genom socialtjänstreformen blev också de tre tidigare sociala vårdlagarna sammanförda till en – socialtjänstlagen.

Begreppet helhetssyn har dock flera innebörder. De individuella problemen skall ses i ett perspektiv som omfattar både individuella, sociala och samhälleliga aspekter. De individ- och familjeinriktade insatserna skall kompletteras med allmänna och strukturinriktade insatser. Mot denna bakgrund genomfördes såväl en decentraliserad som en integrerad arbetsorganisation. Den geografiska avgränsningen av arbetet skulle ge socialarbetarna möjlighet att skaffa sig en områdeskunskap, som kunde användas i det strukturinriktade arbetet.

Utvecklingen under 1980-talet kännetecknades av två helt motsatta utvecklingslinjer. Den ena innebar en långstgående decentralisering och integrering av socialtjänsten och längst i den utvecklingen har de kommuner gått som decentraliserat verksamheten och därmed det sociala arbetet i kommundelsnämnder. En effekt av integrationen skall enligt betänkandet ha varit att insatser för de tunga alkoholmissbrukarna kommit bort i socialtjänstens arbete. Från många håll utrycktes farhågor för att en alltför långtgående decentralisering skulle leda till kompetensförluster inom individ- och familjeomsorgen och särskilt när det gällde missbrukarvården och arbetet med de tyngre missbrukarna. Långt ifrån alla delar av missbrukarvården berördes emellertid av integreringen under perioden. Under efterkrigstiden växte exempelvis de kommunala alkoholpoliklinikerna fram och fortsatte att öka under 1970- och 1980-talen. Vid mitten av 1980-talet fanns det omkring 160 kommunala alkoholpolikliniker. Även institutionsvården kan ses som en specialiserad resurs inom socialtjänsten.

Den andra utvecklingslinjen innebar en specialisering och gick i motsatt rikt-

ning jämfört med den som innebar en integration. Den innebar i korthet en strävan att specialisera det sociala arbetet inom ramen för en integrerad socialtjänst. Bakom denna ambition låg en strävan att professionalisera det sociala arbetet och skapa utrymme för ett kvalificerat behandlingsarbete och andra mer långsiktiga stödinsatser för bl.a. missbrukare. Allt fler kommuner hade inrättat specialiserade enheter för missbrukare vid sidan av exempelvis alkoholpolikliniker som t.ex. basstationer, dagcentraler, olika stödverksamheter inom hemtjänsten, projektverksamheter av olika slag etc.

Arbetet med missbrukare kräver enligt betänkandet långsiktighet och kontinuitet. I den integrerade individ- och familjeomsorgen tenderade dock arbetet med missbrukare att prioriteras bort. Tidsbrist utgjorde en av förklaringarna och insatserna för de tunga missbrukarna kom att präglas av ytliga punktinsatser i akuta lägen. Tidsbristen var dock inte den enda förklaringen. Missbrukarvården tillhör enligt betänkandet socialtjänstens svåraste och tyngsta arbetsuppgifter och kräver en rad specifika kunskaper om den skall ges ett kvalificerat innehåll. Mot denna bakgrund förelåg det en uppenbar konflikt mellan kravet på breda kunskaper å ena sidan och kravet på en mer specaliserad kompetens inom exempelvis missbrukarvården å den andra.

Det var enligt Socialberedningen svårt att upprätthålla kompetensen i missbruksarbetet inom ramen för helt integrerade arbetsformer. Genom en förändrad organisation kunde man skapa förutsättningar för ett förändrat arbetssätt, vilket enligt betänkandet skulle gynna utvecklingen inom missbruksområdet. När det gällde arbetet med de tunga missbrukarna var det nödvändigt att bibehålla och förstärka olika typer av specialresurser. Sådana kan när det gäller alkoholmissbrukare vara alkoholpolikliniker, missbruksgrupper, områdesarbete i form av dagcentraler samt strukturerade behandlingsprogram i öppna former.

2.5 Resurser för missbrukarvård

2.5.1 Inledning

Socialberedningen konstaterade att det inte fanns någon möjlighet att uttala sig om omfattningen av socialtjänstens kontakter med missbrukare efter år 1982 då socialtjänstreformen genomfördes. Däremot fanns det en bild av utvecklingen under åren 1961–1981, då nykterhetsvårdslagen gällde. Under den perioden minskade antalet ärenden successivt från drygt 86 000 till drygt 53 000. Såväl hjälp- som tvångsåtgärder minskade under den perioden. Utvecklingen berodde delvis på att det växte fram arbetsformer vid sidan av lagstiftningen och att socialarbetarna arbetade med klienter som formellt inte var registrerade som ärenden enligt nykterhetsvårdslagen.

Det går sålunda inte att dra några säkra slutsatser om socialvårdens kontakter

med missbrukarna vare sig före eller efter socialtjänstreformens genomförande. Däremot förefaller det rimligt att anta att antalet missbrukare som var föremål för någon typ av insats från socialvårdens sida under 1970- och början av 1980-talen var betydligt fler än vad som framgick av den officiella statistiken. Den sektor inom det sociala området som enligt betänkandet expanderat kraftigast under 1970- och 1980-talen var individ- och familjeomsorgen. Expansionen fortsatte under åren efter socialtjänstreformen. År 1982 uppgick antalet socialsekreterare inom individ- och familjeomsorgen till 4 093 men år 1986 hade antalet ökat till 5 215, dvs. en ökning med ca 25 procent.

2.5.2 Alkoholpolikliniker

Enligt Socialberedningen fanns år 1986 160 alkoholpolikliniker. Den första tillkom i slutet av 1940-talet. Utbyggnaden skedde i snabb takt från mitten av 1950-talet och fortsatte sedan under 1960-talet. Utvecklingen berodde delvis på den satsning på öppna vårdformer som tillkomsten av 1954 års nykterhetsvårdslag innebar. Utbyggnaden måste också ses mot bakgrund av de svårigheter som alkoholmissbrukarna hade att få sina medicinska vårdbehov tillgodosedda inom sjukvården och alkoholpoliklinikerna hade därför från början en medicinsk inriktning. De statsbidrag som kommunerna kunde erhålla hade också sin betydelse. I samband med förändringen av statsbidragssystemet år 1986 upphörde det särskilda bidraget till alkoholpoliklinikerna.

Syftet med alkoholpoliklinikerna var till en början inriktat på att de skulle utgöra en resurs för de missbrukare som hade kvar sin sociala förankring och befann sig i tidiga skeden av missbrukskarriären. Från 1970-talet har utvecklingen inneburit en långsam och stadig förskjutning i arbetet såväl vad avser behandlingsinnehåll som målgrupper för verksamheten. Den medicinska inriktningen hade enligt betänkandet tonats ner och ökade satsningar på socialkurativa och psykoterapeutiska insatser hade i stället ägt rum.

Även om alkoholpoliklinikerna var en viktig resurs för missbrukare i tidiga skeden av missbruket hade många alkoholpolikliniker även kontakt med socialt utslagna missbrukare. Enligt en undersökning som gjordes i början av 1970-talet uppskattades antalet patienter som år 1972 var aktuella på alkoholpoliklinikerna till ca 50 000.

2.5.3 Behandlingshem

Enligt betänkandet fanns det år 1986 ca 250 behandlingshem för vuxna alkohol- och narkotikamissbrukare med sammanlagt 4 200 platser. Bland dessa fanns 33 LVM-hem med totalt 1 303 platser. Omkring 2 900 platser fanns således på hem som uteslutande arbetar med klienter som sökt frivillig vård. Därutöver fanns 1 700 platser på institutioner som traditionellt betecknades som inackorde-

ringshem för alkoholmissbrukare. Under 1970- och 1980-talen skedde det en kraftig minskning av antalet platser avseende tvångsvård för missbrukare. År 1980 fanns det 25 hem med 1 556 platser för tvångsvård och år 1987 uppgick antalet hem till 33 och där fanns då 1 112 platser.

I betänkandet konstaterades att det ägt rum en omfattande privatisering av vården och 2 200 av de 2 900 platserna inom den frivilliga institutionella vården drevs av stiftelser eller enskilda.

2.5.4 LVM-vård

Det konstaterades att tvångsvården minskat i omfattning sedan LVM infördes år 1982, trots att lagen till skillnad från nykterhetsvårdslagen omfattar även narkotikamissbrukare. Tvångsvård av vuxna bedömdes som en utomordentligt svår behandlaruppgift. Den kraftiga ökningen av antalet narkotikamissbrukare hade ställt tvångsvården inför betydande problem liksom de allt yngre tunga alkoholmissbrukarna. Detta krävde en ny typ av kvalificerad tvångsvård som då i stort sett saknades. När det gällde LVM-vårdens resultat konstaterades bl.a. att nästan hälften av klienterna avvek från LVM-hemmet vid något tillfälle. Vidare framhölls att klienterna som regel lämnade LVM-hemmet i en god fysisk och psykisk kondition. Prognosen på längre sikt bedömdes dock som dålig enligt olika uppföljningstudier.

2.5.5 Familjevård

Det framhölls i betänkandet att familjevård förekommit i många år och företrädesvis i Stockholms och Göteborgs kommuner. Familjevården bedömdes dock svara för en mycket liten andel av den totala vården av alkoholmissbrukare.

2.5.6 Sjukvård

Inom såväl den öppna som slutna sjukvården förelåg enligt betänkandet en betydande andel sjukvårdskonsumtion relaterad till alkoholskador. Ett stort antal studier har belyst detta problem. Den alkoholbetingade sjukvården bedömdes som störst inom den psykiatriska vården men även inom den somatiska vården bedömdes att en stor del av resurserna ägnades åt alkoholrelaterade sjukdomstillstånd.

2.5.7 Kriminalvård

Även inom den öppna och slutna kriminalvården fanns många människor med missbruksproblem. Enligt betänkandet hade sex av tio personer som avtjänade

fängelsestraff någon form av missbruksproblem och andelen alkoholmissbrukare bedömdes vara större än andelen narkotikamissbrukare. Kriminalvården satsade enligt betänkandet på olika typer av behandlingsinsatser för missbrukare inom kriminalvårdens ansvarsområde.

2.5.8 Frivilliga organisationer

De frivilliga organisationerna hade enligt betänkandet spelat en stor och växande roll i arbetet med missbrukare. I sammanhanget nämndes länkrörelsen, klientorganisationerna, fackliga och religösa sammanslutningar m.fl. Deras uppgifter omfattade ett brett område alltifrån opinionsbildning och förebyggande insatser till rena vård- och behandlingsinsatser bl.a. i form av institutionsvård.

2.6 Statistik

I nedanstående tabell beskrivs antalet tvångsintagningar, frivilliga intagningar samt antalet personer intagna med tvång under den period som SoL och den äldre LVM varit gällande. Den officiella statistiken är i första hand inriktad på tvångsvården. Eftersom händelser inom tvångsvården även speglar förhållanden inom den frivilliga vården redovisas här alla tillgängliga statistiska uppgifter som berör missbrukarvården.

Tabell 1 Antalet intagningar m.m.

År	Tvångs-intagningar	Frivilliga intagningar	Antal personer intagna med tvång
1982	930	8 717	823
1983	1 020	16 292	827
1984	1 173	16 500	1 105
1985	1 274	16 978	1 201
1986	1 241	16 149	1 219

Källa: SCB.

(Någon uppgift om antalet frivilligt vårdade personer har inte gått att få.)

Den kraftiga ökningen av antalet frivilliga intagningar från och med år 1983 sammanhänger med att personer intagna på f.d. inackorderingshem för alkohol-

missbrukare och behandlingshem för narkotikamissbrukare från detta år inkluderades i statistiken. I samband med att LVM trädde i kraft år 1982 sjönk antalet tvångsintagningar. Året innan var antalet tvångsintagningar 1 007. Minskningen kunde förklaras med att lagen var ny och det fanns en osäkerhet bland socialarbetare om hur lagen skulle tillämpas. Därefter ökade antalet tvångsintagningar fram till år 1986, då dessa återigen minskade.

Tabell 2 Antalet anmälningar enligt LVM år 1985

Myndighet	Antal	%
Socialnämnd	1 719	58
Polis	453	15
Läkare	565	19
Övriga	221	7

Källa: SCB.

Majoriteten av anmälningarna kom från socialnämnden. Under perioden 1982–1985 tydde utvecklingen på att andelen anmälningar från läkare ökat. Omkring hälften av alla anmälningar avskrevs av länsstyrelsen.

Tabell 3 Antalet ansökningar och beslut

År	Antal ansökningar	Bifall	Ej bifall	Ej bifall %
1982	914	826	88	10
1983	937	867	70	7
1984	1 225	1 131	94	8
1985	1 366	1 247	119	9
1986	1 377	1 219	156	11

Källa: SCB.

Ansökningarna ledde i de flesta fall till beslut om vård i länsrätten. Antalet ansökningar har ökat under de år LVM funnits och ökningen blev störst år 1984, då länsstyrelsen tog över ansvaret för utredning och ansökan om vård enligt LVM.

Tabell 4 Antalet beslut om omedelbara omhändertaganden

År	Samtliga beslut	Beslut av länsrätt	Beslut av polis
1983	307	71	236
1984	489	84	405
1985	484	109	375
1986	460	96	364

Källa: SCB.

Omkring en fjärdedel av vårdbesluten föregicks av omedelbara omhändertaganden. Cirka 10 procent av klienterna blev då enbart föremål för omedelbara omhändertaganden. Flertalet beslut fattades av polismyndigheten.

Tabell 5 Antalet personer intagna i HVB-hem (hem för vård och boende) den 31 december åren 1982–1986

År	Tvångsintagna	Frivilligt intagna	Totalt
1982	251	1 043	1 294
1983	229	3 688	3 917
1984	275	3 839	4 114
1985	273	3 962	4 235
1986	304	3 818	4 122

Under perioden ökade antalet vårdade enligt SoL och LVM. Det skall dock framhållas att situationen i början av år 1970 då nykterhetsvårdslagen gällde var den att nästan 3 400 personer vårdades på institution och av dem vårdades mer än 2 500 med tvång.

2.7 Socialberedningens förslag

Nedan redovisas i korthet några av de förslag som Socialberedningen lämnade i sitt slutbetänkande.

Förtydligande av socialtjänstlagen

Socialberedningen föreslog en markering i lagen att socialtjänsten hade en skyldighet att bedriva en aktivt uppsökande verksamhet, för att tillförsäkra missbrukare rätt till vård och stöd. Ett tillägg föreslogs till socialtjänstlagens 11 §. Genom en sådan ändring förtydligas socialnämndens ansvar för att missbrukare får erforderlig vård. I bestämmelsen klargörs också att vården måste planeras och att socialnämnden noga skall följa den.

Förstärkt samarbete inom socialtjänsten

I Socialberedningens förslag framhölls vikten av att socialtjänstens olika vårdenheter inom den öppna och den institutionella vården samverkar.

De psykiskt störda missbrukarna

Socialberedningen föreslog att regeringen skulle ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet utarbeta en plan för hur vården av psykiskt störda missbrukare skulle kunna förbättras, bl.a. genom ett förstärkt samarbete mellan socialtjänst och psykiatri. (Frågan om vem som skall ha ansvaret för vården av de psykiskt störda missbrukarna behandlas även i kapitel 6).

Missbrukarna och arbetsmarknaden

Socialberedningen konstaterade att missbrukarnas förankring på arbetsmarknaden försämrats drastiskt och att såväl socialtjänst som arbetsförmedlingar upplevt stora svårigheter att komma till rätta med problemen. Mot denna bakgrund föreslogs att Arbetsmarknadsstyrelsen skulle få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen, Riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet dra upp riktlinjer för en försöksverksamhet inom detta område.

De frivilliga organisationerna

Socialberedningen framhöll vikten av ett fortsatt stöd till de frivilliga organisationerna.

Behovet av specialiseringen

Socialberedningen konstaterade att arbetet med de tunga missbrukarna inom den öppna socialtjänsten är av den arten att det är nödvändigt att bibehålla specialkompetens och att man borde förstärka olika typer av specialresurser.

Statsbidragsbestämmelserna

Socialberedningen konstaterade att det nya statsbidraget som infördes år 1986 lett till en kraftig reducering av antalet vårdplatser vid offentligt driva behandlingshem. Vidare framhölls att kvalificerade öppenvårdsalternativ inte vuxit fram i samma takt som institutionerna avvecklats. Denna utveckling kunde riskera att gå ut över de tyngre missbrukarna. Det fanns enligt Socialberedningen skäl till att använda sig av ett statsbidragssystem som innehöll starkare garantier för att de sämst ställda missbrukarnas vårdbehov blir tillgodosedda. (Statsbidragsbestämmelserna behandlas även i kapitel 7).

Utbildning och handledning av vårdpersonalen

Socialberedningen konstaterade att det behövdes en fördjupning av socionomutbildningen när det gällde kunskaper om missbruk och missbrukarvård. Grundutbildningen måste kompletteras med återkommande fort- och vidareutbildning. Det konstaterades vidare att handledning är ett viktigt inslag i arbetet med de tunga missbrukarna. (Socionomutbildningens omfattning och kvalitet behandlas även i kapitel 8).

LVM-vården

Socialberedningen föreslog i denna del bl.a. att samhället skulle ha en skyldighet att ingripa med tvångsvård i vissa situationer. Den längsta vårdtiden föreslogs utökad till sex månader. Vidare föreslogs att socialnämnden utöver polismyndigheten och länsrätten skulle ges rätt att besluta om omedelbara omhändertaganden. Socialberedningen föreslog också olika insatser för att förstärka resurserna inom LVM-vården.

2.8 Regeringens proposition 1987/88:147

Regeringens proposition som antogs av riksdagen den 8 juni 1988 följde i väsentliga delar Socialberedningens förslag. Den förändrade lagstiftningen (SoL 11 §) skärpte kommunens ansvar för att missbrukare får erforderlig vård. Denna ändring innebär bl.a. att det ställs högre krav än tidigare på den uppsökande verksamheten och uppföljningen av vården. Socialtjänstens aktiva roll betonas nu mer än tidigare när det gäller missbruksarbetet. När det gällde behovet av specialisering anfördes i propositionen att det var nödvändigt att bibehålla och förstärka olika former av specialresurser för arbetet med missbrukare i den öppna socialtjänsten. Hit hör bl.a. alkoholpolikliniker, dagcentraler, stödverksamhet inom hemtjänsten m.m.

Beträffande utbildningsfrågorna framgår det i propositionen bl.a. att UHÄ skulle beakta dessa vid den översyn av socionomutbildningen som då pågick.

Beträffande psykiskt störda missbrukare samt insatser för missbrukarnas anpassning till arbetsmarknaden följdes i huvudsak socialberedningens förslag, liksom när det gällde förslagen till ändringar i LVM.

3 Utvecklingen efter år 1986

3.1 Missbrukets utbredning

Enligt CAN:s rapport år 1993 har den registrerade alkoholförsäljningen minskat något under de senaste åren. Även den alkoholrelaterade dödligheten har minskat, även om det skedde en viss ökning år 1988 och år 1990.

Socialstyrelsens patientinventeringar visar en minskad andel patienter med alkoholrelaterade diagnoser under åren 1979–1988 men när det gäller skadorna uppvisar de som regel en viss ökning under de senaste åren. Bakgrunden till den mindre ökningen av skadorna de senaste åren är att förändringarna i skadorna kommer med en viss tidsmässig eftersläpning. Konsumtionsutvecklingen, missbrukets utbredning och de missbruksrelaterade skadorna redovisas närmare i delbetänkandet SVENSK ALKOHOLPOLITIK – bakgrund och nuläge (SOU 1994:25).

Antalet alkoholmissbrukare i Sverige brukar uppskattas till ca 300 000, varav 50 000–100 000 är tunga missbrukare. Dessa personer använder alkohol på ett sådant sätt att det påverkar deras hälsa, sociala liv och arbete. Av dessa personer är bara en tredjedel kända av myndigheter och vårdinstanser. Det bedöms som ganska sannolikt att ca tio procent av de vuxna männen är storkonsumenter av alkohol och flera undersökningar pekar på att 20 procent av samtliga män någon gång under sitt liv kommer att få alkoholproblem. När det gäller kvinnor och deras missbruksproblem är beräkningarna osäkrare. Enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport år 1991 (SoS-rapport 1991:11) är andelen högkonsumenter bland kvinnorna mellan 1 och 4 procent. Enligt andra uppgifter är andelen högkonsumenter bland kvinnorna 3–6 procent.

De alkoholrelaterade dödsorsakerna sammantagna visade på en uppgång t.o.m. år 1979. Dödligheten i alkoholism nådde en topp år 1980 och därefter har en minskning skett. När det gäller levercirrhosdödligheten minskade den något efter år 1976 och var sedan relativt oförändrad fram till år 1980. Därefter har den i det närmaste halverats.

3.2 Reformer som berört socialtjänstens organisatoriska förutsättningar

Enligt socialtjänstlagens (1980:620) ursprungliga lydelse skulle huvudansvaret för socialtjänsten i kommunerna ligga på en nämnd. En social nämnd var obligatorisk. Det fanns dock möjlighet att inrätta distriktsnämnder. Socialnämnden skulle ha hand om ärenden rörande enskilda personer samt bedriva uppsökande och förebyggande verksamhet.

Inom socialtjänsten skulle socialarbetare (prop. 1979/80:1) i direkt klientkontakt arbeta med flera vårdområden samtidigt. En viss specialisering i fråga om ärendenas art, eller särskild kompetens hos vissa socialarbetare, kunde dock medföra att denna inriktning frångicks. Det framhölls som viktigt att den s.k. helhetssynen inte försummades och att den skulle återspegla sig i organisationen.

I samband med att en ny kommunallag (prop. 1990/91:117) infördes 1 januari 1992 gavs kommunerna möjlighet till en friare kommunal organisation, då socialnämnden inte längre skulle vara en obligatorisk nämnd. Bestämmelsen i den nuvarande 4 § SoL innebär således att socialnämnden numera är en fakultativ specialreglerad nämnd. En kommun kan inrätta t.ex. särskilda äldreomsorgsnämnder eller äldre- och handikappnämnder med kommunalt ansvar för såväl sociala som medicinska insatser. En kommun ges också möjlighet att tillsätta särskilda nämnder för kommundelar. Enligt en kartläggning som Socialtjänstkommittén genomförde år 1992 var det vanligast med en speciell nämnd för individ- och familjeomsorgen samt äldreomsorgen (38 procent av alla kommuner) och med en särskild nämnd för barnomsorgen. Den näst vanligaste modellen var en sammanhållen nämnd (32 procent av alla kommuner) för barn-, äldre- och individ- och familjeomsorgen.

Ändringen av 4 § SoL innebär dock inte några förändringar av de uppgifter som socialtjänsten har enligt lag. De sociala insatserna måste enligt förarbetena organiseras så att den sociala kompetensen och erfarenheten i kommunen inte utarmas. Socialtjänstens möjligheter att delta i samhällsplaneringen och att verka för en god samhällsmiljö för befolkningen skall heller inte försämras. Att de lokala organen får en starkare ställning får inte innebära att olika regler kan komma att gälla i olika delar av kommunen eller att enskilda eller grupper av kommunmedlemmar behandlas på ett olikformigt sätt.

Ett annat reformförslag av främst organisatorisk karaktär som berört socialtjänsten och dess individ- och familjeomsorg har varit det s.k. frikommunförsöket, som riksdagen fattade beslut om i juni 1984. Försöksverksamheten innebar att ordningen med en sammanhållen socialnämnd bröts upp i många kommuner. Frikommunförsöket avslutades den 31 december 1991. Erfarenheterna från detta har delvis legat till grund för den nya kommunallagen (SFS

1991:900).

I övrigt pågår en försöksverksamhet i ett fåtal kommuner med ett kommunalt huvudmannaskap för hela primärvården (prop. 1990/91:121). Försök skall bedrivas under perioden 1992–1996. I propositionen framhålls bl.a. att ett intensifierat samarbete mellan kommunala och landstingskommunala verksamheter är nödvändigt för att uppnå en önskad och ändamålsenlig utveckling. Genom ett förstärkt samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan effekten öka av insatta resurser samtidigt som det ges möjligheter till en bättre anpassad service för de enskilda. Detta gäller handikappade, äldre, psykiskt störda missbrukare och barn som far illa m.fl. Ett ökat samarbete kan medföra att onödigt dubbelarbete kan undvikas. Den kan vara ändamålsenligt att de kommuner som skall svara för primärvården samordnar den med socialtjänsten under en gemensam nämnd.

3.2.1 Utvecklingen av individ- och familjeomsorgens (IFO) organisation

I förarbetena till socialtjänstlagen betonades helhetssynen som en av de viktiga principerna för det sociala arbetet. Helhetssynen skulle också återspegla sig på det organisatoriska planet i och med att en nämnd fick ansvaret för hela socialtjänsten, även om det naturligtvis går att arbeta med helhetssynen som ledstjärna även i specialiserade organisationer.

I de mindre kommunerna gavs dock principen om helhetssyn ofta en direkt organisatorisk innebörd. Socialarbetarnas yrkesroll kom att präglas av stor bredd ("generalist") och de kom att arbeta med alla frågor i ett lagarbete med kollegorna. Redan i början av 1970-talet organiserades det sociala arbetet i många kommuner med helhetssynen som utgångspunkt och enligt den s.k. familjevårdsprincipen. I samband med socialtjänstreformen bröts (se avsnitt 2.4) utvecklingen delvis när det gällde det helt integrerade sociala arbetet inom individ- och familjeomsorgen. Den integrerade socialvården med helhetssynen som ledstjärna innebar bl.a. att socialbidragshanteringen och arbetet med barn tog överhanden till nackdel för missbrukarvården. Mot slutet av 1970-talet blev problemet uppmärksammat. Uppgifterna har också styrkts i senare uppföljningar och forskningsinsatser. I Ulla Petterssons artikel "Den öppna vården inom socialtjänsten" (Forskning om missbrukare och vården, särskilt tvångsvården. En rapport från LVM-gruppen. Delegationen för social forskning. Socialdepartementet, 1989) framgår att problemet uppmärksammades alltmer mot slutet av 1980-talet och att utvecklingen sedan gick mot specialiserade arbetsformer.

Specialiseringen har ofta varit kontroversiell, eftersom en del hävdar att den bryter mot helhetssynen. De som anser att en specialisering är att föredra betonar vikten av kompetensuppbyggnad samtidigt som de framhåller de risker som en decentralisering innebär. I socialtjänstprojektet (Socialtjänsten i prakti-

ken, 1986) har det dock visats att effekterna kan bli positiva om klientarbetet decentraliseras. I Eskilstuna, där socialbidragshanteringen och utredningar om tvångsvård centraliserats medan det övriga arbetet decentraliserats, visade det sig att klienterna var mer nöjda än på annat håll samtidigt som missbrukare jämförelsevis ofta frivilligt sökte upp socialtjänsten. Bakgrunden till denna utveckling antogs vara att socialsekreterarna verkligen hade tid för klienterna och deras problem samtidigt som tvångsfunktionerna var organiserade på annat håll i kommunen. Avslutningvis ställde sig Ulla Pettersson tre frågor i sin artikel:

1. Vad innebär en decentralisering, integrering respektive specialisering för missbruksarbetets effektivitet?
2. Vilka organisationsformer är bäst för att förmå missbrukare att frivilligt efterfråga socialtjänstens insatser?
3. Vad anser slutligen klienterna själva?

I en av Socialstyrelsens studier (SoS rapport 1989:39), redovisas en kartläggning av IFO-verksamheterna runt om i landet år 1988. I rapporten konstaterades att individ- och familjeomsorgen framträder som en ofta omorganiserad verksamhet, där principen för den nya organisationen byggt på att personalen skulle fungera som antingen "generalister" eller specialister. I rapporten framkom också att utvecklingen inom individ- och familjeomsorgen rörde sig mot en specialisering.

Framför allt socialbidragshanteringen hade brutits ut ur organisationen för att handläggas av speciella socialsekreterare eller andra. Parallellt med denna utveckling har s.k. behandlingsgrupper skapats. I sin tur kan dessa vara indelade i ungdomsgrupper, missbruksgrupper, familjegrupper osv. Framför allt i större kommuner tas förstagångsbesökare ofta omhand av s.k. mottagningsgrupper som klarar av enklare ärenden och vid behov slussar dem vidare till specialister. Av de tillfrågade IFO-enheterna i undersökningen visade det sig att antalet som ändrat sin organisation under åren 1980–1988 ökade oavbrutet. 54 procent av omorganisationerna syftade till specialisering medan endast 7 procent gått i motsatt riktning, dvs. mot att använda fler "generalister".

Jämsides med utvecklingen mot ökad specialisering inom förvaltningsorganisationen pågick en utveckling åt rakt motsatt håll i den politiska sfären i fråga om antalet nämnder för kommunens och socialtjänstens verksamhet. Här avses då i första hand införandet av kommundelsnämnder. Denna utveckling gick i praktiken i riktning från specaliseringen. I rapporten konstaterades att i kommuner med över 100 000 invånare märktes det att graden av specialisering sjönk. I de största städerna var dock fortfarande specialiseringen stark.

I en del kommuner hade genomförts eller planerades en decentralisering av verksamheten. En fråga var om och hur en sådan utveckling kan kombineras med en utveckling mot en specialisering av individ- och familjeomsorgens

verksamhet.

I studien från Socialstyrelsen (SoS rapport 1989:39), gjordes också en inventering av de olika öppenvårdsresurserna för bl.a. missbrukarvård. I kommunstorlekar mellan 15 000–20 000 invånare hade mellan hälften och tre fjärdedelar av svarsenheterna en alkoholpoliklinik. I storstadsområdena var de dock relativt få. Tillnyktringsenheterna fanns endast vid fyra procent av de tillfrågade enheterna. Stödsamariter, som i regel var vårdbiträden från hemtjänsten för att speciellt arbeta med missbrukare, förekom i 35 procent av svarsenheterna.

3.3 Resurser för missbrukarvården

3.3.1 Den öppna vården inom individ- och familjeomsorgen (IFO)

En betydande del av den öppna missbrukarvårdens arbete bedrivs på socialbyråerna. Som framgått ovan har kommunernas organisation genomgått stora förändringar de senaste åren och många av de större kommunerna har i dag en specialiserad organisation med bl.a. särskilda missbruks- eller vuxengrupper.

Det arbete med missbrukare som utförs inom individ- och familjeomsorgen avser utredningar med bedömning av vårdbehov, ekonomiskt bistånd, stödsamtal, motivationskapande insatser och remittering till vård och behandling hos andra vårdgivare samt uppföljning av de insatta åtgärderna.

Mot bakgrund av att det inte finns någon officiell statistik som belyser resurser m.m. inom den öppna missbrukarvården har uppgifter inhämtats från olika studier för att få en bild av utvecklingen.

Socialberedningen konstaterade att den sektor inom socialtjänsten som kallas individ- och familjeomsorgen har expanderat kraftigt. Antalet socialsekreterare inom individ- och familjeomsorgen hade under perioden 1982–1986 ökat från 4 100 till 5 200. Enligt rapporten från Socialstyrelsen (SoS-rapport 1989:39) var antalet socialsekreterare inom socialtjänsten, inklusive individ- och familjeomsorgen, 6 700 i mars 1988. Enligt uppgift från Svenska Kommunförbundet (juli 1993) uppgick antalet socialsekreterare till 5 800 i november 1992. Statistikrutinerna har ändrats under senare år, vilket medför att det är svårt att få en bild av resursutvecklingen under de senaste åren. En hel del talar för en fortsatt resursminskning.

Enligt en gemensam rapport från Socialstyrelsen och Statistiska Centralbyrån, Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige år 1993, används en femtedel av socialsekreterarnas arbetstid för insatser gällande vuxna missbrukare. Enligt en mycket grov skattning skulle ca 1 800 socialsekreterare inom socialbyråernas öppenvård ägna sig åt missbruksarbete. Denna siffra betyder att antalet socialsekreterare skulle vara ca 9 000 totalt, vilket således skiljer sig från den uppgift

som Svenska Kommunförbundet lämnade i juli 1993. Bakgrunden till skillnaden är att i gruppen 9 000 ingår även annan personal i direktkontakt med klienter såsom vissa kanslister, psykologer och kuratorer.

Variationerna mellan kommunernas satsningar på den öppna missbrukarvården är stor. I Socialstyrelsens och SCB:s rapport framgår att tio kommuner ägnar mer än 1/3 av personalgruppens arbetstid inom individ- och familjeomsorgen åt vuxna missbrukare. De större städerna och glesbygdskommuner ägnar större utrymme åt vuxna missbrukare än övriga kommuntyper.

Enligt samma rapport kan en tredjedel av samtliga klienter inom individ- och familjeomsorgen ha missbruksproblem. Vid landets socialkontor var år 1989 41 000 missbrukare aktuella för utredning och/eller olika insatser. Utöver insatser inom individ- och familjeomsorgen finns i många kommuner ett organiserat arbete som inte utgår ifrån individ- och familjeomsorgen men som riktar sig bl.a. till missbrukare. Här kan nämnas särskilda insatser inom hemtjänsten, stödsamaritverksamhet, dagcentraler med insatser för vuxna missbrukare, olika typer av kollektivboende m.m.

3.3.2 Alkoholrådgivningar

En betydande del av öppenvården av alkoholmissbrukare äger rum inom ramen för alkoholmottagningar, alkoholrådgivningar, alkoholpolikliniker, socialmedicinska mottagningar eller andra verksamheter inom socialbyråerna och/eller inom landstingens hälso- och sjukvård (i den fortsatta framställningen benämns de alkoholrådgivningar).

Landstingen har det primära ansvaret för avgiftning, att motivera för behandling i samband med avgiftning samt för att förebygga ohälsa enligt hälso- och sjukvårdslagen. När det gäller landstingens insatser inom framför allt primärvården hänvisas till delbetänkandet ATT FÖREBYGGA ALKOHOLPROBLEM (SOU 1994:26).

Kommunerna är huvudman för 162 alkoholrådgivningar medan landstingen svarar för 21. Kommuner och landsting driver tillsammans 22 verksamheter av detta slag i landet. Ett hundratal drivs i kyrkans regi, av frivilliga organisationer eller av privata vårdgivare. De landstingsdrivna verksamheterna finns framför allt i storstäderna men i några enstaka fall även på mindre orter. Det finns inte tillgång till någon alkoholrådgivning i alla kommuner utan endast i 167 av landets totalt 286 kommuner. Däremot finns det tillgång till dessa verksamheter inom samtliga av landets 24 län.

Enligt Socialstyrelsens och SCB:s rapport om Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige 1993, uppskattades antalet aktuella klienter år 1991 till ca 58 000 med sammanlagt 900 000 besök. Av dessa beräknades 22 procent vara kvinnor. Av de klienter som var aktuella vid alkoholrådgivningarna och liknande verksamheter hade 26 procent sökt vård för första gången. Detta kan enligt Socialstyrel-

sens rapport tolkas som om att dessa verksamheter når klienterna i ett tidigt skede i missbrukskarriären. Enligt Socialstyrelsens rapport beräknas ca 4 000 personer utnyttjat möjligheterna till anonymitet i samband med behandlingskontakten.

Socialstyrelsen och SCB har i sin rapport uppmärksammat krav från olika håll att alkoholrådgivningarna i större utsträckning än för närvarande skall ta emot socialt utslagna klienter. Mot bakgrund av att många av alkoholrådgivningarna tycks nå missbrukare i ett tidigt skede kan dessa krav diskuteras. Det kan föreligga en risk för att de socialt utslagna missbrukarna tränger ut övriga grupper som därmed kan komma att undvika att söka vård på ett tidigt stadium. En särskild rapport om alkoholrådgivningarna kommer att publiceras av Socialstyrelsen under år 1994.

3.3.3 Institutionsvård

Institutionsvården för vuxna missbrukare befinner sig i ett skede av stora förändringar. Den har byggts ut kraftigt under 1980-talet och det sammanlagda antalet platser i HVB-hem (hem för vård och boende) ökade från 5 594 platser år 1982 till 8 286 platser år 1991. Det var så gott som uteslutande den frivilliga vården som expanderade under perioden. Efter år 1991 har en reducering av antalet platser ägt rum och i februari 1993 var det sammanlagda antalet vårdplatser 7 881. Antalet HVB-hem ökade från 288 år 1987 till 438 år 1991, men därefter har en reducering ägt rum till 417 i februari 1993. Det totala antalet platser inom LVM-vården har inte förändrats nämnvärt under perioden 1987–1993. Däremot har fördelningen av antalet platser på § 22-hem respektive § 23-hem ändrats. I februari 1993 fanns det enligt Socialstyrelsens och SCB:s rapport, Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige 1993, 434 platser på § 22-hem och 888 platser på § 23-hem. År 1987 fanns det 1 041 platser på § 22-hem men bara 208 platser på § 23-hem. Denna utveckling tyder således på att behovet av platser på HVB-hem med låsbara avdelningar ökat kraftigt de senaste åren.

Klienterna i institutionsvården

Sedan år 1983 har det enligt SCB ständigt funnits ca 4 000–5 000 personer intagna på institution per den 31 december på grund av missbruk. Antalet personer som vårdats frivilligt eller med tvång har ökat stadigt sedan år 1982 då SoL och LVM ersatte den gamla nykterhetsvårdslagen. Under de senaste tre åren har det dock inträffat ett trendbrott och antalet institutionsvårdade personer har minskat. (Se vidare avsnitt 3.4). Alkoholmissbruk är den vanligaste orsaken till vård på institution. Enligt SCB har det antal som enbart missbrukar alkohol minskat sedan år 1983. Antalet klienter som missbrukar narkotika har däremot ökat i antal.

Det är framför allt män som tas in på institution, men kvinnornas andel har ökat under hela åttiotalet och denna utveckling har varit särskilt markant inom LVM-vården.

Kommunernas kostnader

I dag finns det ett överutbud av platser inom den institutionella missbrukarvården. Det finns åtminstone två orsaker till detta förhållande. För det första kan kommunerna ha minskat sin efterfrågan på institutionsvård. För det andra kan det vara så att "marknaden" inte erbjuder den institutionsvård som socialtjänsten efterfrågar. Det är troligt att båda dessa förklaringar är giltiga jämsides.

Tidigare har det knappast förekommit någon egentlig konkurrens mellan institutionerna och därmed förutsättningar för en fungerande marknad. (Se Socialstyrelsens och SCB:s rapport om Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige 1993). Institutionerna har budgeterat utifrån en låg beläggning och kostnaderna för de tomma platserna har tagits ut via de belagda. I den nyss nämnda rapporten från Socialstyrelsen och SCB framgår också att det funnits stora brister i kommunernas upphandlingskompetens. Det har heller inte funnits någon tradition när det gäller att systematiskt granska vårdens innehåll, kvalitet och resultat i förhållande till kostnaderna. De sammanlagda kommunala kostnaderna för missbrukarvården kan enligt samma rapport beräknas till mellan 2,0 och 2,3 miljarder kronor per år. Det föreligger stora skillnader mellan olika kommuner när det gäller kostnader per invånare för institutionell missbrukarvård. I ett urval kommuner hade Kiruna en kostnad på 110 kr per invånare i åldern 18–65 år för institutionell missbrukarvård medan Stockholms kostnader uppgick till 920 kr per invånare. Enligt samma rapport varierar kommunernas vårddygnskostnader för missbrukarvården högst avsevärt. I ett urval kommuner var det lägsta värdet 554 kr och den kommun som hade den högsta vårddygnskostnaden betalade 1 363 kr för ett vårddygn. Det föreligger också stora variationer i vårdtider mellan olika kommuner. Den genomsnittliga vårdtiden var i en kommun i urvalet 1,8 månader och i en annan 9,2 månader.

Privatiseringen av institutionsvården

Samtidigt med den snabba utbyggnaden av institutionsvården skedde en omfattande privatisering av vården. Utvecklingen har gått så snabbt att tillsynsmyndigheterna inte hunnit bygga upp en fungerande tillståndsgivning, tillsyn, kvalitetskontroll m.m. När det gäller tvångsvården (§12-hem, § 22- och § 23-hem) har numera Statens institutionsstyrelse tillsynsansvaret (prop. 1992/93:61).

År 1982 fanns det 4 857 platser i offentlig regi och 737 i enskild regi. I februari 1993 fanns det 3 430 platser i offentlig regi medan antalet platser i privat regi uppgick till 4 451. Mer än hälften av vårdplatserna inom missbru-

karvården är således privata. I boken Socialtjänst, Lagtexter med kommentarer i historisk belysning, Stockholm 1992, varnar Leif Holgersson för denna utveckling och påstår att vårdbehovet för de socialt utslagna missbrukarna kan komma att få stå tillbaka för de mer socialt väletablerade missbrukarnas. Han menar också att den s.k. närhetsprincipen kan sättas ur spel då marknadskrafterna ges ett friare spelrum.

3.3.4 Familjevård

Familjevården för vuxna missbrukare är i huvudsak en öppen och frivillig vårdform. Den innebär att en familj i sitt hem tar emot en vuxen person med missbruksproblem mot ersättning. Det finns inte några specifika krav på professionella kunskaper inom vårdområdet för dessa familjer. Styrkan i denna vårdform anses vara det icke-professionella, att den enskilde flyttar in i en miljö som i första hand inte är organiserad för att ta hand om hans problem. Enligt Socialstyrelsens och SCB:s rapport Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige 1993, saknas det statistik över hur många familjehem det finns för vuxna här i landet och hur många personer som varje år är placerade i sådana hem. Det finns inte heller några närmare studier av eller djupare kunskaper om hur dessa hem fungerar.

3.3.5 Frivilliga organisationer

Socialberedningen konstaterade i sitt betänkande att de frivilliga organisationerna spelade en mycket viktig roll i missbruksarbetet och att stödet till dessa organisationer borde fortsätta.

I en rapport av Socialtjänstkommittén, Frivilligt socialt arbete (SOU 1993:82), har det frivilliga sociala arbetet kartlagts. Där konstateras bl.a. att de frivilliga organisationernas beroende av de bidrag som nu utgår från den offentliga sektorn är mycket stort, medan de egna medlens andel av den totala verksamhetskostnaden är anmärkningsvärt liten, liksom andelen insamlade medel och bidragen från andra finansiärer.

Organisationernas beroende av stöd från den offentliga sektorn har ökat under senare år. Under 1990-talets tre första år har emellertid en klar majoritet av organisationerna fått mindre anslag från kommuner och landsting, samtidigt som den övervägande delen av organisationerna tagit emot ett ökat statligt stöd. Under år 1993 var tendensen att även de staliga bidragen började minska. Detta tyder på att även de frivilliga organisationernas verksamhet kan stå inför omfattande förändringar. Ett sätt att möta utvecklingen kan vara att det oavlönade och ideella arbetet ökar i omfattning inom de frivilliga organisationerna. En annan möjlig väg är att den frivilliga sektorn får ökad betydelse som utförare av offentliga uppdrag inom exempelvis missbrukarvården.

I rapporten ges inte någon prognos om den frivilliga sektorns framtid. Det är svårt att säga om den kommer att öka eller minska i omfattning eller om den kommer att ändra karaktär.

Även om de frivilliga organisationerna skulle få ökad betydelse som utförare av offentliga uppdrag är det inte säkert att oavlönade insatser ökar i volym. Den nya situationen för frivilligsektorn ställer organisationerna inför nya valsituationer och utvecklingslinjer som berör den egna identiteten.

3.4 Statistik

Nedan följer en statistisk redovisning av utvecklingen när det gäller den slutna missbrukarvården, främst LVM-vården. När det gäller uppgifter om vård på institution enligt SoL finns endast information om det totala antalet intagningar på ett kalenderår samt antalet intagna kring årsskiftet. Det saknas uppgifter i statistiken om hur många individer som vårdats frivilligt under ett år på institution.

År 1989 ändrades LVM och då fick även socialnämnden rätt att besluta om ett omdedelbart omhändertagande.

Tabell 6 Antalet anmälningar enligt LVM

År	Antal	Social-nämnd		Läkare		Polis		Övriga	
1987	2 962	1 629	55%	563	19%	622	21%	148	5%
1988	3 540	1 699	48%	814	23%	850	24%	212	6%
1989	3 669	1 871	51%	881	24%	587	16%	330	9%
1990	3 167	1 552	49%	823	26%	538	17%	253	8%
1991	3 159	1 453	46%	790	25%	632	20%	284	9%
1992	2 989	1 345	45%	867	29%	568	19%	239	8%

Källa: SCB.

Under perioden 1987–1992 varierade antalet anmälningar enligt LVM från ett lägsta värde år 1987 till ett högsta värde år 1989. Därefter har en reducering skett fram till år 1992 då antalet anmälningar i stort sett är tillbaka på 1987 års nivå.

Socialnämnden har under perioden minskat sin andel av anmälningarna med tio procentenheter, medan andelen anmälningar från läkare ökat med lika mycket.

Tabell 7 Antalet ansökningar om vård enligt LVM

År	Antal	Bifall %
1987	1 490	92 %
1988	1 724	92 %
1989	2 011	91 %
1990	1 552	91 %
1991	1 516	90 %
1992	1 375	90 %

Källa: SCB.

Under år 1989 kulminerar det totala antalet ansökningar om vård enligt LVM för att därefter minska med drygt 30 procent fram till år 1992.

Tabell 8 Antalet omedelbara omhändertaganden enligt LVM

År	Antal	Socialnämnd %	Polis %	Länsrätt %
1987	478	-	83 %	17 %
1988	661	-	83 %	17 %
1989	906	71 %	25 %	4 %
1990	806	78 %	20 %	2 %
1991	934	79 %	19 %	2 %
1992	819	82 %	16 %	2 %

Källa: SCB.

Antalet omedelbara omhändertaganden har nästan fördubblats under perioden 1987–1991. Sådana beslut har stadigt ökat sedan LVM trädde i kraft år 1982 med undantag för perioden 1989–1992.

Tabell 9 Antalet intagningar enligt SoL och LVM åren 1987–1992

År	LVM	SoL
1987	1 364	16 290
1988	1 555	15 609
1989	1 602	18 862
1990	1 437	16 055
1991	1 504	17 064
1992	1 321	14 681

Källa: SCB.

Tabellen visar antalet intagningstillfällen enligt respektive lagstiftning. Redovisningen avser således inte antalet personer. Sedan år 1990 sker en markant nedgång i antalet intagningstillfällen grundade på SoL respektive LVM.

Tabell 10 Antalet personer intagna i HVB-hem (hem för vård och boende) den 31 december åren 1987–1992

År	LVM	SoL	Totalt
1987	326	3 839	4 165
1988	337	3 660	3 997
1989	748	4 291	5 039
1990	708	3 794	4 502
1991	753	4 168	4 921
1992	651	3 403	4 054

Källa: SCB.

Även här kan man notera att antalet personer som vårdas kring årsskiftet reducerats från en hög nivå år 1989. Minskningen är ca 20 procent. Det förtjänar att påpekas att antalet intagna under ett helt år påverkas av det faktiska antalet intagningar och vårdtidernas längd. Vårdtiderna vid avslutad LVM-vård är i genomsnitt 5 månader. Enligt SCB har den genomsnittliga vårdtiden ökat med 8 dagar under år 1992 jämfört med år 1991. Ökningen sedan år 1983 har varit betydligt större. Några uppgifter om vårdtidernas längd inom den frivilliga vården föreligger inte.

Tabell 11 Antalet personer med insatser enligt LVM någon gång under åren 1987–1992

År	Antal personer
1987	1 318
1988	1 538
1989	1 803
1990	1 605
1991	1 615
1992	1 439

Källa: SCB.

Denna tabell redovisar det antal personer som varit föremål för någon insats enligt LVM någon gång under året. En sådan insats kan vara LVM-vård eller ett omedelbart omhändertagande. Den andel som blivit dömda till LVM-vård utan att dessförinnan ha blivit omedelbart omhändertagna har sjunkit från 60 procent under tidigare år till cirka 47 procent under år 1992. Detta betyder att behovet av omedelbara omhändertaganden tycks ha ökat för denna grupp tunga missbrukare.

Tabell 12 Antalet personer som beretts vård enligt LVM i HVB-hem någon gång under åren 1987–1992

År	Antalet personer
1987	1 187
1988	1 988
1989	1 536
1990	1 370
1991	1 307
1992	1 193

Källa: SCB.

Uppgifterna i denna tabell visar också på en nedgång i antalet vårdade personer enligt LVM. Det rör sig nästan om en halvering från ett högsta värde år 1988.

4 Samverkan med andra myndigheter och organisationer m.m.

Under de senaste decennierna har samverkan mellan olika vårdsystem, framför allt mellan social och medicinsk verksamhet förordats, och ansetts som betydelsefull i den vårdpolitiska planeringen. Genom samordning och samverkan kan man på ett bättre sätt nå grundläggande mål för vården. I socialtjänstlagens förarbeten förespråkas samverkan mellan olika yrkesgrupper mot bakgrund av att det sociala arbetet bör utgå från en helhetssyn på människan och hennes behov.

I socialtjänstlagens förarbeten används begreppen samverkan, samordning och samarbete ofta synonymt.

I Socialberedningens betänkande framkom det att samarbetet mellan olika vårdsektorer var bristfälligt. Detta beskrevs som ett av de största problemen inom missbrukarvården. Det bedömdes som viktigt att få kontinuitet i behandlingen för att nå goda resultat. Beredningen preciserade dock inte närmare målen, arbetsuppgifterna och formerna för samverkan mellan olika verksamheter. Dessa belyses i en artikel av Kerstin Söderholm-Carpelan (Forskning om missbrukare och vården, särskilt tvångsvården. Socialdepartementet, 1989). Det föreligger olika typer av samverkan såsom konsultation, koordination (samordning), kollaboration (samverkan) och integration (sammansmältning). När det gäller vilka resultat som uppnåtts av olika samverkansformer är resultaten motstridiga. I artikeln anges några faktorer som kan motverka en bättre missbrukarvård vid samverkan mellan exempelvis socialtjänst och sjukvård:

- Vaga målsättningar.
- Olika upptagningsområden.
- Skillnader i befattningsbeskrivningar.
- Etiska regler och sekretessbestämmelser.
- Interna organisatoriska hinder.

- Hög personalomsättning.
- Stor arbetsbörda.

För att uppnå bättre förutsättningar för samverkan måste stor uppmärksamhet ägnas åt precisering av mål och delmål för samverkan, vilka målgrupper och problemområden samverkan bör omfatta.

Det är ett faktum att de tyngre alkoholmissbrukarna i kommunerna är kända såväl inom individ- och familjeomsorgen som t.ex. inom sjukvården eller hos arbetsförmedlingen. Ofta har dessa varit föremål för omfattande vårdinsatser under flera år. Denna grupp har ett manifest och omfattande missbruk. Ett stort antal insatser och åtgärder har ofta vidtagits för denna grupp.

Det är även uppenbart att individ- och familjeomsorgen kommer i kontakt med personer som utvecklat en alkoholproblematik men som ännu inte slagits ut från exempelvis arbete, familj och nätverk. Dessa personer har ofta på ett eller annat sätt sökt hjälp hos olika instanser, men sällan på grund av alkoholproblemen utan i stället beroende på en dålig ekonomi, arbetslöshet, problem med hälsan m.m.

4.1 Socialtjänstens samverkan med arbetsförmedlingen

Under 1980-talet har ansträngningar gjorts för att förbättra samarbetet mellan socialtjänsten och arbetsförmedlingen. Ofta har det också inom kommunen/socialtjänsten ansetts motiverat att i egen regi eller tillsammans med arbetsförmedlingen inrätta kommunala beredskapsarbeten, särskild utbildning för arbetslösa eller någon form av praktik, som kan utgöra ett viktigt steg mot egen försörjning. (Se vidare avsnitt 4.4.)

Det har enligt vad som framkommit ovan förekommit stora brister i socialtjänstens samarbete med andra myndigheter. Från arbetsförmedlingarna har det ofta framförts kritik mot socialtjänsten för att man utan närmare överväganden skickat klienter till arbetsförmedlingen för utredning och insatser. Hos arbetsförmedlingen har då vissa klienter inte ansetts stå till arbetsmarknadens förfogande. Skälen till arbetsförmedlingens ställningstagande har varit att klienterna bl.a. haft en missbruksproblematik och därmed i första hand haft behov av socialtjänstens insatser. Dessa skillnader i synsätt har sannolikt orsakats av skilda bedömningar när det gäller klienternas behov. Det har således konstaterats att det hos arbetsförmedlingen funnits arbetssökande där arbetslösheten förmodligen varit ett sekundärt problem till en missbruksproblematik.

Socialsekreterarna har från sina utgångspunkter kritiserat arbetsförmedlingens sätt att avskriva klientärenden. Det har således många gånger saknats upparbetade samarbetskanaler och kunskaperna har varit bristfälliga på ömse håll om

de båda regelsystemen. Detta har inneburit att klienterna ibland skickats fram och tillbaka mellan myndigheterna. Ingen har tagit ansvar för att ge dem hjälp och stöd, även om socialtjänsten enligt lag har det yttersta ansvaret. Detta har medfört att klienterna i många fall blivit beroende av socialbidrag, eftersom socialtjänsten inte haft möjlighet att vidta några åtgärder på grund av samverkansproblemen med arbetsförmedlingen. På detta sätt har klienterna inte kommit bort från sitt socialbidragsberoende. Problemet har uppmärksammats i en gemensam rapport från Social- och Arbetsmarknadsdepartementen (Ds 1988:14). Där framgick bl.a. att omkring hälften av alla socialbidragstagare är i behov av insatser från såväl socialtjänst som arbetsförmedling. Därutöver är omkring en femtedel i behov av ett omfattande stöd från såväl socialtjänst som arbetsförmedling. I rapporten förordades samarbetsformer mellan socialtjänst och arbetsförmedling på såväl handläggarnivå som förvaltningsnivå och strukturell nivå. I en senare rapport (SoS-rapport 1990:37) ges en rad exempel på olika samarbetsformer mellan arbetsförmedlingen och socialtjänsten.

Exempel på sådana samarbetsformer har varit de s.k. REHA-grupperna. Där har även försäkringskassan och sjukvården varit representerad. Det riktades kritik mot REHA-grupperna, bl.a. för att ärendena togs upp alltför sent till behandling. När det gäller samarbetet med arbetsförmedlingen uppstår många gånger problem i och med att ansvarsförhållandena är olika och resurserna är knutna till de respektive enheterna. I en PM från Socialtjänstkommittén (PM 42, 1993-03-25) redovisas ett antal aktuella samverkansprojekt mellan socialtjänsten, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Utgångspunkten för samarbetet är bl.a. försäkringskassans rehabiliteringsansvar. Det konstateras att de "0-klassade" riskerar att falla utanför systemet. Bland dessa finns ofta missbrukare och psykiskt sjuka.

Det framgår vidare av promemorian att det är lätt att finna exempel på att samverkan mellan socialtjänsten och arbetsförmedlingen förbättrats. Däremot har samarbetet mellan försäkringskassan och socialtjänsten inte utecklats nämnvärt, vilket vore motiverat med tanke på de nya reglerna för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Även i samband med kommissionens tio kommunbesök (se avsnitt 10.4) har det visat sig att det på olika håll i kommunerna satsas särskilt på samverkan med arbetsförmedlingen i olika former men även på sådana arbets- och utbildningsinsatser som kommunen själv svarar för.

I en rapport från Socialdepartementet (Goda Exempel, 1993) redovisas flera exempel på ett väl fungerande utvecklat samarbete mellan socialtjänst, arbetsförmedling och försäkringskassa. Där konstateras att det inte alltid behövs så stora insatser för att få effekt. Genomtänkta arbetsmetoder och förhållningssätt är vägar till framgång.

Genom ett samarbete med arbetsförmedlingen/försäkringskassan, enskilt stöd till arbetslösa för att söka arbete och genom tidigare och aktiv rehabilitering kan bl.a. kommunens socialbidragskostnader minskas.

4.2 Socialtjänstens samverkan med försäkringskassan

Försäkringskassan kommer ofta i kontakt med missbrukare och de har då blivit föremål för olika utredningar och åtgärder. Ofta uppmärksammas inte alkoholproblematiken. Kortare och längre sjukskrivningsperioder och t.o.m. förtidspensioneringar är orsakade av alkoholproblem men en sådan diagnos finns inte angiven. Enligt en publicerad rapport Dolt missbruk – finns det? (Larsson, Uppmark, Försäkringskassan i Stockholms län, 1993) kan det finnas en alkoholrelaterad problematik hos åtminstone 30 procent av de nyblivna förtidspensionärerna i storstadsområdena. En missbruksdiagnos kan dölja sig bakom praktiskt taget vilken annan diagnos som helst.

Erfarenheterna av ett utvecklat samarbete mellan socialtjänsten och arbetsförmedlingen talar för att även en intensifierad samverkan med försäkringskassan är motiverad. Sådana försök har förekommit i bl.a. Göteborg och Örebro enligt SoS-rapporten 1990:6. Örebro kommun har tidigare beviljats medel av Socialdepartementet för en försöksverksamhet med att föra över administrationen av socialbidragen till försäkringskassan. En delvis annan form av utvecklingsarbete har genomförts i Göteborg, där personal från socialtjänsten arbetar inom försäkringskassan. Personer som behöver komplettering till bidrag eller annan ersättning från försäkringskassan (sjukpenning, föräldrapenning, utbildningsbidrag m.m.) skall kunna få sitt socialbidrag utbetalat på samma ställe och därmed slippa besöka två myndigheter. Vidare har socialsekreteraren haft som uppgift att utreda långvariga bidragsärenden tillsammans med den enskilde och i samverkan med försäkringskassan och sjukvården.

Sedan den 1 januari 1992 gäller nya regler för arbetslivsinriktad rehabilitering i lagen om allmän försäkring. Dessa innebär att den försäkrade fått lagstadgad rätt till rehabilitering (prop. 1990/91:141). Bestämmelserna innebär att socialtjänsten får ett ansvar för rehabiliterande åtgärder när någon annan inte är skyldig att ta ett sådant ansvar. Detta medför att socialtjänsten måste finna nya samverkansformer med försäkringskassan. Alternativet är att förstärka de egna rehabiliteringsinsatserna för t.ex. "0-klassade" missbrukare.

4.3 Socialtjänstens samverkan med sjukvården

Under 1980-talet har det betonats att sjukvården och framför allt primärvården borde ta ett större ansvar för människor med alkoholproblem, något som ligger i linje med intentionerna bakom hälso- och sjukvårdslagen. Ansvaret för det förebyggande arbetet finns i första hand hos primärvården, där den bästa kännedomen finns om befolkningens hälsa. Socialtjänsten och primärvården bör för att uppnå de vårdpolitiska målen utveckla en samverkan.

Enligt vad som framkommit i socialtjänstprojektet (Socialtjänsten i praktiken, 1986) har socialtjänsten ett omfattande kontaktnät med andra myndigheter i kommunen. Kontakterna med arbetsförmedlingen och försäkringskassan är de mest intensiva. När det gäller missbrukare är det dock sjukvården som är den viktiga samarbetspartnern.

I samband med kommissionens kommunbesök (se avsnitt 10.4) påtalades en del problem i samarbetet med sjukvården. Det kunde förekomma svårigheter att få en missbrukare avgiftad inom landstingets ansvarsområde innan planerad/beslutad vård och behandling kunde påbörjas på en institution eller i öppen vård i kommunen.

Samverkan med primärvården

I vilken utsträckning medverkar socialtjänsten i primärvårdens arbete? På de flesta håll finns varken kuratorer eller socialsekreterare inom primärvården. När socialsekretetare medverkar inom primärvården äger det vanligtvis rum på barnavårdscentralen eller mödravårdscentralen. (Se SoS rapport 1991:17.) Såväl företrädare för socialtjänsten som primärvården var eniga om att samverkan mellan de sociala och medicinska organisationerna fungerade dåligt. I rapporten lämnades förslag till förbättrad samverkan. De gick i korthet ut på följande:

- Samlokalisering av socialtjänst och primärvård.
- Gemensam områdesindelning.
- Gemensam personalutbildning för socialtjänstens och primärvårdens personal.

I rapporten konstaterades att primärvården inte har tillräcklig kompetens att ta hand om sociala och allmänmänskliga problem, samt att samverkan mellan socialtjänst och primärvård fungerade otillfredställande på de flesta håll. Flera olika samarbetsprojekt redovisades i rapporten. I en storstadskommun kunde man se en förskjutning mot öppnare vårdformer och ett förebyggande socialt arbete inom ramen för ett lokalt missbruksprogram. Där hade man byggt upp

en "social primärvård" med rådgivningsbyråer inom ramen för ett lokalt missbruksprogram i anslutning till vårdcentralerna. I samma kommun fanns också en organisation med socialsekreterare på barnavårds- och mödravårdscentralerna.

En betydelsefull roll för socialtjänsten i det förebyggande arbetet kan bli att göra människors naturliga kontaktpersoner inom vårdorganisationerna medvetna och kunniga så att de själva kan arbeta med människors problem.

Samverkan med den öppna psykiatriska vården

Bland de personer som länge varit beroende av socialbidrag finns personer med psykiska störningar av olika slag. Sådana problem medför ofta svårigheter att söka, erhålla och behålla arbete. Genom ett fungerande samarbete mellan psykiatrin och socialtjänsten för dessa personer skulle ett bättre resursutnyttjande åstadkommas. Socialsekreterare skulle kunna ges handledning i hur man hjälper denna grupp klienter och därmed på sikt stärker deras möjligheter till någon form av sysselsättning och social rehabilitering.

Utvecklingen inom socialtjänsten med kommundelsnämnder har ofta medfört att det inte funnits förutsättningar för specialisering och upprättande av särskilda expertfunktioner när det gäller t.ex. stödet till personer med psykiska störningar eller psykiskt störda missbrukare. Socialtjänsten har ofta saknat egen kompetens inom detta område och det har funnits och finns fortfarande oklarheter när det gäller vem som skall svara för denna vård.

Utvecklingen i allmänhet har enligt Psykiatriutredningen (SOU 1992:73) medfört att socialtjänsten haft svårt att klara de psykiskt stördas behov av insatser och då kanske framför allt de med en missbruksproblematik.

De stora krav som ställs på socialsekreterarna överstiger deras möjligheter att leva upp till förväntningarna. Dessutom har socialtjänstlagens ramlagskaraktär enligt Psykiatriutredningens betänkande (SOU 1992:73) medfört att människor med psykiska störningar haft svårt att få sina behov tillgodosedda enligt socialtjänstlagens intentioner och bestämmelser. En viktig fråga är vem som egentligen har ansvaret för de psykiskt störda som bor i kommunen. Gränsdragningen mellan psykiatrisk vård och social omsorg är svår. Vilken myndighet tar ansvar för de människor som finns i gränslandet mellan psykisk sjukdom och en missbruksproblematik eller andra sociala problem? Om kommunernas socialtjänst skall klara av sitt ansvar när det gäller sociala insatser för de psykiskt störda så krävs det att samverkansformerna mellan socialtjänsten och psykiatrin utvecklas. (Se vidare avsnitten 6.2 och 6.3.)

Det kan nämnas att Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Svenska Kommunalarbetarförbundet, Svenska Kommunaltjänstemannaförbundet, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) samt Intresseföreningen för

schizofreni (Riks-IFS) m.fl. har startat ett samarbete för att få fram en "arbetsbok" om stöd och omsorg i arbetet med psykiskt långtidssjuka.

4.4 Kommunernas egna arbetsmarknadsinsatser

Bakgrunden till kommunernas engagemang när det gäller att ordna arbete/sysselsättning och liknande har bl.a. varit kunskaperna om de allvarliga konsekvenser för individen som arbetslösheten kan medföra. Däremot kan olika verksamheter (arbete, utbildning eller praktik) medföra positiva konsekvenser för individen i form av social gemenskap, ökade kunskaper m.m. Kommunerna har erbjudit arbets-, utbildnings- eller praktikplatser främst till personer med ett omfattande stödbehov. De har ofta varit arbetslösa långa tider eller haft svårt att behålla ett arbete. Dessa insatser från kommunerna har varit betydelsefulla för missbrukare som ett led i behandlingen och som en mycket viktig del i en social rehabilitering.

Erfarenheterna av kommunala beredskapsarbeten är relativt goda. Tidigare, i en positiv arbetsmarknadssituation, har sådana insatser inneburit att en betydande andel av deltagarna fått arbete på den öppna arbetsmarknaden eller anställning med lönebidrag eller skyddat arbete (SoS rapport 1990:6). Deltagarna har enligt rapporten fått en stärkt självtillit och tilltron till de egna möjligheterna på arbetsmarknaden ökade. Finansieringen av dessa kommunala insatser har ordnats genom såväl kommunala som statliga medel eller genom samfinansiering. Kommunalekonomiskt har verksamheten varit mycket fördelaktig och bl.a. lett till minskade socialbidragskostnader.

5 Det förebyggande arbetet

5.1 Det strukturella arbetet

I socialtjänstlagens 7 § anges att socialnämnden skall medverka i samhällsplaneringen och arbeta förebyggande på en strukturell nivå. Härigenom ges socialtjänsten möjlighet att förebygga sociala svårigheter på ett mer aktivt sätt än tidigare. De strukturella förhållandena har naturligtvis betydelse för uppkomsten av missbruksproblem. Ett näraliggande exempel på strukturella förhållanden som kan påverka missbrukssituationen i en kommun är i vilken utsträckning det förekommer restauranger med serveringstillstånd för alkoholdrycker. Beslut i sådana frågor fattas av länsstyrelserna men med möjlighet för kommunen att lägga in sitt veto. Enligt betänkandet Kommunernas roll på alkoholområdet och inom missbrukarvården (SOU 1993:31) föreslås att kommunen ges det fulla ansvaret för tillståndsgivning, tillsyn och administrativa ingripanden. Därmed ges kommunerna ett direkt inflytande över etableringsfrågorna när det gäller restauranger.

Socialtjänstens roll i samhällsplaneringen redovisas i en rapport av Socialtjänstkommittén (SOU 1993:91). I den föreslås bl.a. en övergång från formaliserade samhällsplaneringsinsatser till ett samhälls- och folkhälsoarbete. Inom socialtjänsten ser man tidigt tecken på när de sociala förhållandena i ett område försämras. Socialtjänsten får genom socialnämnden ett ansvar att bevaka och till kommunledningen och andra planerande organ lämna information om tecken på ogynnsam utveckling i den lokala miljön som kan föranleda åtgärder. Socialnämnden föreslås i rapporten få ett ansvar för att initiera och stödja lokalt självorganiserat samhällsarbete eventuellt i samverkan med andra myndigheter, frivilliga organisationer och enskilda.

5.2 Det allmänt och individuellt förebyggande arbetet

När det gäller det allmänt förebyggande arbetet understryker socialtjänstlagen i 12 § särskilt omsorgen om barn och ungdom. Nämnden skall arbeta förebyggade och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Det förebyggande arbetet har lyfts fram som en viktig del av socialtjänsten. I propositionen (1979/80:1) om socialtjänsten sägs följande:

"Inom socialvården har man huvudsakligen arbetat med individuellt inriktade insatser. Ökad vikt skall nu läggas vid strukturinriktade insatser som medverkan i samhällsplanering, fält- och grannskapsarbete och uppsökande verksamhet samt åt allmänt inriktade insatser som information och åtgärder som verkar för den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning".

Socialarbetarna förväntades lämna skrivborden för att medverka i samhällsplaneringen, utveckla fältarbetet och samarbetet med andra myndigheter, organisationer och människor i bostadsområden.

I socialtjänstlagens 11 § anges socialtjänstens uppdrag när det gäller åtgärder mot missbruk. Dessa åtgärder karaktäriseras vanligen som strukturella, allmänna och individuella. Socialnämnden skall således inte bara ge erforderlig vård utan även förebygga missbruksproblem. Framför allt det förebyggande arbetet men även de individuella insatserna skall ske i samverkan med andra myndigheter och organisationer.

Som en följd av den nya kommunallagstiftningen och möjligheterna till en friare kommunal organisation finns fr.o.m. den 1 januari 1992 inte någon skyldighet för kommunerna att ha en särskild socialnämnd. Detta betyder att ansvaret för det förebyggande arbetet för barn och ungdom enligt socialtjänstlagen kan finnas hos exempelvis en barn- och ungdomsnämnd. Detta kan medföra en risk för att man inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg förlorar överblicken över det förebyggande arbetet. Utvecklingen kan komma att innebära att det lättare än tidigare kan uppstå brister i samordningen av det socialt förebyggande arbetet när ansvaret ligger på olika nämnder.

I det s.k. socialtjänstprojektet (Socialtjänsten i praktiken, 1986) framkom att såväl politiker som tjänstemän ansåg att de strukturinriktade insatserna var de mest angelägna. Därnäst kom de allmänt inriktade. En betydligt mindre andel politiker och tjänstemän ansåg att de individuella insatserna var de viktigaste. Trots detta utgjordes socialnämndens åtgärder så gott som uteslutande av individinriktade insatser.

5.2.1 Några exempel

I samband med Alkoholpolitiska kommissionens och Socialtjänstkommitténs gemensamma kommunbesök (se avsnitt 10.4) framkom att såväl förekomsten av ett förebyggande arbete som organiseringen av detsamma var synnerligen varierande. I några kommuner angav man att det inte förekom något förebyggande arbete alls, dvs. att sådana insatser helt enkelt prioriterats bort. I en kommun uppgav man från individ- och familjeomsorgens sida att strategin var att överlåta det förebyggande arbetet till andra verksamheter i kommunen, exempelvis barn- och ungdomsnämnden, utbildningsnämnden, fritidsnämnden, kulturnämnden osv.

Å andra sidan fanns det kommuner där man medvetet satsat på det förebyggande arbetet, där individ- och familjeomsorgen intog en ledande och samordnande roll. Det fanns exempel på lokala alkohol- eller hälsopolitiska program, där man angav en tydlig målsättning för verksamheten och anvisade vägarna att nå dit. Organisatoriskt avspeglade sig detta förhållande i olika samverkans- eller samarbetsformer med andra nämnder, myndigheter eller enskilda organisationer.

Enligt olika undersökningar är det viktigt att så tidigt som möjligt fånga upp och åtgärda en missbruksproblematik. Ett sätt att nå kontakt med människor med missbruksproblem är genom att socialtjänsten samarbetar med polisen och utnyttjar dess rapportering angående ingripanden enligt lagen (1976:511) om omhändertaganden av berusade personer m.m. (LOB) och trafikonykterhetsbrott. I de kommuner som kommissionen besökte varierade strategierna stort för hur man agerade efter en inkommen rapport om ingripanden enligt LOB eller trafikonykterhetsbrott. I vissa kommuner hade man utarbetat en metod med flera kallelser till den berörde och även personliga besök i bostaden. I andra kommuner bedrevs verksamheten mindre målinriktat.

6 De psykiskt störda missbrukarna

I Socialberedningens betänkande (SOU 1987:22) konstaterades att de psykiskt svårt störda missbrukarna ofta faller mellan socialtjänstens och psykiatrins ansvarsområden. I betänkandet framhålls att det inte får råda någon tvekan om att psykiatrin har ett självklart vårdansvar för missbrukare där missbruket är en del av en tyngre psykiatrisk problematik. Där krävs bl.a. att sjukvårdshuvudmännen utvecklar vårdresurser för långsiktig rehabilitering av missbrukare med svåra psykiska störningar. Vidare framhölls behovet av en nära samverkan mellan socialtjänsten och psykiatrin liksom socialtjänstens behov av psykiatriska konsultinsatser inom missbrukarvården.

Mot denna bakgrund föreslogs att Socialstyrelsen skulle ges i uppdrag att i samråd med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet utarbeta en plan för hur vården av psykiskt störda missbrukare skulle kunna förbättras, bl.a. genom ett förstärkt samarbete.

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen ingick att analysera problemets omfattning och karaktär. Analysen skulle mynna ut i en bedömning av vilka vårdbehov som skulle kunna tillgodoses. Ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och psykiatrin skulle också klarläggas. Särskild uppmärksamhet skulle ägnas åt de problem som tvångsvården hade i arbetet med de psykiskt störda missbrukarna.

6.1 Socialstyrelsens rapport år 1989

I rapporten från Socialstyrelsen – Psykiskt svårt störda missbrukare – redovisad år 1989, föreslogs att det skulle utarbetas allmänna råd inom området med rapporten som underlag.

De synpunkter som diskuterades i rapporten borde spridas till den psykiatriska vårdorganisationen och socialtjänsten. Ett sätt är att göra detta i form av

allmänna råd.

I de allmänna råden borde framhållas att alla psykiatriska sektorer skall definiera personer eller grupper med ansvar för missbrukarfrågor och med skyldighet att samverka med den personal inom socialtjänsten som har motsvarande uppgift. Där borde också samverkansfrågorna och sekretessproblemen belysas och diskuteras. I rapporten föreslogs vidare:

- Projektmedel för att stödja olika projekt.
- Konferensmedel för att samla personal från behandlingshem inom socialtjänsten och psykiatrin.
- Särskilda medel för framtagande av utbildningsmaterial.
- Medel för forskning och utvärdering av behandlingsmetoder.
- Medel för utbyggd missbrukarvård inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Några allmänna råd från Socialstyrelsen utarbetades dock inte och frågan om ansvaret för vården av de psykiskt störda missbrukarna behandlades återigen av Psykiatriutredningen.

6.2 Psykiatriutredningen

I Psykiatriutredningens slutbetänkande Välfärd och valfrihet (SOU 1992:73) behandlades bl.a. frågan om de psykiskt störda missbrukarna. Där hänvisades till den av riksdagen antagna propositionen Tvångsvård av vuxna missbrukare m.m. (1987/88:147) där det betonades att det inte får råda någon tvekan om att psykiatrin har ett självklart vårdansvar för missbrukare där missbruket är en del av en tyngre psykiatrisk problematik. Det betonades att sjukvårdshuvudmännen borde utveckla vårdresurser för långsiktig rehabilitering av missbrukare med svåra psykiska störningar.

Psykiatriutredningen presenterade en problembeskrivning där det bl.a. framgår att det föreligger en genomgående kritik från socialtjänsten mot att psykiatrin inte ger tillräckligt stöd när det gäller bedömning och behandling av psykiskt störda missbrukare eller de som finns i gränslandet mellan psykisk störning och missbruk. Företrädare för den psykiatriska vården har å sin sida påtalat problem i samarbetet med socialtjänsten.

Det framgår också av betänkandet att gränslandet mellan psykiatrisk vård och missbrukarvård är betydande. År 1989 utgjorde exempelvis antalet avslutade vårdtillfällen i sluten psykiatrisk vård 107 500. 25 procent av dessa gällde alkoholmissbrukare och 4 procent gällde narkomaner. Vid en inventering i mars 1991 av alla i sluten psykiatrisk vård inneliggande patienter utgjorde de med en missbruksdiagnos 8 procent eller 1 200 patienter. Inom socialtjänsten finns ett behov av psykiatrisk hjälp avseende en grupp alkohol- och blandmissbrukare.

I betänkandet (SOU 1992:73) anges att sannolikt behöver minst 50 alkohol- och blandmissbrukare per 100 000 invånare olika typer av psykiatriska insatser.

Frågan om de psykiskt störda missbrukarna och LVM-vården har också belysts i Spri-rapport nr. 321, Samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar. Personalen på LVM-hemmen är ytterst kritisk mot psykiatrins bristande intresse och förmåga att svara för vården av missbrukare med svår psykisk störning. Där efterlyses att den psykiatriska vårdorganisationen tar ett långsiktigt ansvar för vissa klienter, som man på LVM-hemmen upplever som psykiskt sjuka.

Det framgår vidare i betänkandet (SOU 1992:73) att man inom socialtjänsten anser att psykiatrin ger ett dåligt stöd i det akuta omhändertagandet av psykiskt sjuka alkohol- och blandmissbrukare. Från socialtjänstens sida anser man att det akuta omhändertagandet inte görs tillfredställande och man anser vidare att psykiatrin inte tillräckligt hjälper de missbrukare som behöver långvarig vård och behandling på grund av svår psykisk störning.

6.3 Psykiatriutredningens förslag

I Psykiatriutredningens slutbetänkande konstateras att det är viktigt att psykiatrins och socialtjänstens attityder mot varandra förändras. Detta kan bl.a. ske genom konferenser och gemensam utbildning. Socialtjänsten har ansvaret för den uppsökande verksamheten och för den långsiktiga rehabiliteringen av bl.a. alkoholmissbrukare. Hälso- och sjukvården har ansvaret för akutsjukvård och avgiftning (abstinensbehandling, psykiatrisk och somatisk utredning samt motivationsarbete) liksom för psykiatrisk vård.

Den psykiatriska vården har ett särskilt ansvar för missbrukare med allvarlig psykisk störning i synnerhet då missbrukare är i behov av sluten psykiatrisk vård. I sådana fall skall den psykiatriska vården ta sitt ansvar och inte hänvisa till LVM-hem eller annan form av vård i socialtjänstens regi. Å andra sidan skall självklart inte socialtjänsten eller LVM-hemmen hänvisa missbrukare till psykiatrisk vård om sådan inte är föreslagen efter diagnostisering. Primärvården skall ge socialtjänsten allmänmedicinsk service när det gäller missbrukare som inte företer svår psykisk störning.

För vissa klienter exempelvis med psykiska personlighetsstörningar, vilka inte passar på socialtjänstens behandlingshem men som inte heller behöver psykiatrisk vård, kan det vara nödvändigt med stöd från såväl socialtjänsten som den psykiatriska vårdorganisationen. Vissa klienter kan också under den tid de vistas i HVB-hem vara i behov av psykiatriska konsultinsatser.

Det finns således en rad exempel på beröringspunkter mellan socialtjänst och psykiatri. För att klara ut samordningsproblemen mellan landstinget och primärkommunerna föreslår Psykiatriutredningen en lagstadgad frivillig möjlighet till överenskommelse mellan parterna. Denna kan avse en ekonomisk reglering

genom s.k. skatteväxling från kommun till landsting, eventuellt kombinerad med ett betalningsansvar för ett landsting för missbrukare med allvarlig psykisk störning som vårdas på LVM-hem. Tillämpningen av denna regel bör avgöras lokalt. Socialtjänsten bör i samarbete med psykiatrin göra en inventering av antalet personer med kombinationen svår psykisk störning och missbruk. Med en sådan inventering som grund kan kommuner och landsting inom ett län göra en gemensam bedömning av vilka resurser som behövs.

I en sammanställning (Ds 1993:88) av remissvaren över Psykiatriutredningens slutbetänkande framgår att remissinstanserna är tveksamma till utredningens förslag i denna del. Flera instanser anser att en lagreglering för ett förtydligande av ansvaret måste till och Svenska Kommunförbundet liksom flera kommuner anser att frågan endast kan lösas med en huvudman för den psykiatriska vården. Landstingen liksom Landstingsförbundet har tillstyrkt förslaget om kommunernas huvudansvar för att initiera, planera och samordna de sociala insatser som långvarigt psykiskt störda behöver. Vidare konstateras att ansvaret för en god och tillgänglig psykiatrisk vård fortfarande finns i landstingen.

Många instanser anser att frågan om vården för denna grupp psykiskt störda är mycket viktig och behöver belysas genom ytterligare utredning. I några remissvar föreslogs en länsvis organisering och samordning i ett särskilt organ som samordnar specialistpsykiatri, primärvård och socialtjänst.

Efter det att staten tagit över huvudmannaskapet för LVM-vården enligt beslut med anledning av regeringens proposition 1992/93:61 finns det bättre förutsättningar än tidigare att differentiera denna vårdform till gagn för de psykiskt störda missbrukarna.

6.4 Andra rapporter

I en RRV-rapport från år 1993 kallad Narkomanvården beslyses bl.a. vården av de psykiskt störda missbrukarna. Där konstateras att Psykiatriutredningen föreslog "lokala ädellösningar" avseende relationen mellan socialtjänst och psykiatri. RRV gjorde dock den bedömningen att det utan omfattande strukturella förändringar i den offentliga verksamheten torde vara svårt att mera generellt tillämpa "ädellösningar" inom missbrukarvården. RRV har dock erfarit att det finns en rad lokala samarbetsprojekt mellan psykiatri och socialtjänst och att sjukvårdshuvudmännen agerar för att förbättra situationen för de psykiskt störda missbrukarna. Vidare ansåg RRV det angeläget att de sociala enheterna på länsstyrelserna systematiskt etablerar samarbete med Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter för att följa upp att de psykiskt störda missbrukarna får sina behov tillgodosedda.

I en nyligen utkommen rapport från Nordiska kontaktmannaorganet för narkotikafrågor (En psykiskt störd vårdapparat? Vården av narkotikamissbrukare med

allvarliga psykiska störningar, Nordnark 1993:3), behandlas frågor som berör de psykiskt störda missbrukarna. Skriften har publicerats av Nordiska kontaktmannaorganet för narkotikafrågor, som är ett permanent samarbetsorgan under Nordiska Ministerrådet. Rapporten inriktar sig i första hand på vården av narkotikamissbrukare men har även betydelse för synen på hur vården av alkoholmissbrukare bör organiseras. En arbetsgrupp inom det nordiska kontaktmannaorganet konstaterar att ansvaret för vård och behandling av psykiskt störda missbrukare delas av psykiatrin och narkomanvården. Samverkan mellan psykiatrin och missbrukarvården måste ske på olika nivåer.

I rapporten föreslås bl.a. att missbrukarvården måste avdela personal som enbart arbetar med psykiskt störda missbrukare. Det rör sig således om en specialisering med särskilda vårdteam, som ges ansvar att hålla kontakt med och slussa psykiskt störda missbrukare till den befintliga vårdapparaten. Missbrukarens kontaktperson i teamet skall fungera som en personlig länk till samhällets vårdutbud och samtidigt vara en samordnande resurs. Ansvaret för missbrukare med psykiska störningar skulle därmed bli ett särskilt ansvarsområde. De vårdteam som föreslås skall ha ett nära samarbete med en psykiatrisk konsult eller en psykiatrisk klinik. Narkomanvårdens specialistteam bör bistå psykiatrin under den tid som en missbrukare är inlagd på sjukhus. På motsvarande sätt måste enheter inom psykiatrin samarbeta med narkomanvården. I rapporten föreslås att specialiserade behandlingshem byggs upp inom ramen för psykiatrin. Även om psykiatrin har huvudansvaret kommer dessa personer under lång tid ha behov av sociala insatser i form av service, vård och stöd.

7 Statsbidragen till missbrukarvården

Efter överföringen av ansvaret för de statliga institutionerna för ungdomar och missbrukare till kommuner och landsting år 1983, har den ordningen gällt att staten träffat överenskommelse med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om statsbidragssystemet till ungdoms- och missbrukarvården. Statsbidraget fördelades då dels till kommunerna enligt en schablon för att fritt disponeras till missbrukarvård och ungdomsvård, dels till institutionerna i form av platsbidrag. Vid ett antal tillfällen beslutades om vissa justeringar av dessa principer i syfte att påverka utvecklingen av vårdstrukturen eller vårdresurserna.

Åren 1983–1985 fördelades statsbidraget utifrån antal placeringar vid olika kategorier av institutioner. Inom varje kategori fördelades 75 procent av statsbidraget till huvudmännen för institutionerna medan 25 procent fördelades till de kommuner som haft kostnader för vård på dessa institutioner. Detta system kom tidigt att kritiseras bl.a. för att det ansågs permanenta gamla vårdformer och för att det ställde nya institutioner utanför systemet. Utbudet av kvalificerad öppenvård var otillräckligt och statsbidraget ansågs alltför ensidigt gynna institutionsplaceringar.

I Socialberedningens betänkande (SOU 1987:22) framgick att statsbidragsbestämmelserna medfört kraftiga minskningar av platsantalet vid behandlingshemmen för missbrukare. Mycket tydde på att utvecklingen inneburit en nedrustning av vårdmöjligheterna för i första hand de tyngsta missbrukargrupperna. Dessutom hade kvalificerade öppenvårdsalternativ inte tillkommit i samma takt som institutionsresurserna minskat.

7.1 Nytt statsbidragssystem år 1986

Efter en överenskommelse mellan staten och de båda kommunförbunden infördes fr.o.m. år 1986 ett nytt statsbidragssystem, som skulle eliminera de oönska-

de styreffekter, som det tidigare systemet ansågs ha haft, samt ge de nya huvudmännen större ekonomisk trygghet i sina åtaganden.

Under åren 1986–1989 fördelades statsbidraget dels i form av platsbidrag till huvudmän, som drev institutioner för tvångsvård men också som ett omstruktureringsbidrag till de huvudmän, som avvecklade platser vid någon av dessa institutionstyper. Dessutom förekom ett utvecklingsbidrag för såväl missbrukar- som ungdomsvården samt slutligen ett schablonberäknat kommunbidrag, som huvudsakligen grundades på kommunernas utnyttjande av institutionsplatser åren 1983 och 1984.

I samband med att det nya statsbidragssystemet infördes år 1986 fick Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen inom området. Uppföljningen skulle sedan ligga till grund för fortsatta ställningstaganden ifråga om statsbidraget.

I en rapport från Socialstyrelsen – Förändringar inom missbrukar- och ungdomsvården 1986–1989 med anledning av ett nytt statsbidrag till missbrukarvården m.m. – framkom att relativt få kommuner utvecklat alternativ till institutionsvård. Beträffande resurserna inom öppenvården kunde man visserligen märka en viss utbyggnad, men den berörde i huvudsak narkomanvården. Avslutningsvis konstaterades att vården inte kunde karaktäriseras av en utveckling mot öppnare vårdformer. Därmed hade intentionerna bakom det statsbidragssystem som gällde under perioden 1986–1989 inte infriats. När det gällde den institutionella vården pågick det en kraftig nyetablering inom vuxenvården under den undersökta perioden, och för den svarade stiftelser och andra privata huvudmän.

7.2 Förändrat statsbidragssystem år 1990

År 1990 skedde återigen förändringar i statsbidragsystemet för att stimulera utbyggnaden av platser vid särskilda ungdomshem och LVM-hem. Sedan år 1990 har statsbidraget totalt uppgått till 950 miljoner kronor per år. Det har dels fördelats som platsbidrag för slutna platser på s.k. § 23-hem och för öppna platser. För § 22-hemmen har inget statsbidrag utgått. Därutöver har ett utvecklingbidrag utgått med 30 mkr per år för ungdoms- och missbrukarvården i sin helhet. Bidraget har disponerats av Socialstyrelsen.

Ett särskilt anordningsbidrag har dessutom utgått med totalt 75 mkr per år fördelat till de huvudmän som inrättat nya platser vid § 12-hem eller § 23-hem. Bidragen har omfattat högst hälften av de faktiska anordningskostnaderna. Slutligen har kommunbidrag utgått med det belopp, som sedan återstått upp till den statliga totalramen på 950 mkr. Bidraget har huvudsakligen fördelats i förhållande till antalet utnyttjade vårddygn på samtliga hem för vård och boende under åren 1986–1987. Från år 1991 har bidraget beräknats utifrån ett genomsnittligt antal vårddagar för år 1990 och åren 1986–1987. Kommunerna har fritt fått

disponera detta bidrag, som förutsatts användas för insatser inom ungdoms-och missbrukarvården.

7.3 Budgetpropositionen 1992/93

I budgetpropositionen 1992/93:100 föreslogs att 480 mkr skulle utgå som bidrag till missbrukarvården för budgetåret 1993/94 som ett reservationsanslag. Dessutom hade 470 mkr överförts till anslaget för Statens institutionsstyrelse, som fr.o.m. den 1 juli år 1993 avsågs ta över ansvaret för de institutioner som bedriver tvångsvård på grundval av beslut jämlikt LVU och LVM. Riksdagen beslutade den 16 april 1993 i enlighet med propositionen. Socialstyrelsen disponerar enligt regleringsbrevet för budgetåret 1993/94 medlen i enlighet med de bestämmelser som regeringen meddelar.

7.4 Övriga utredningar m.m.

Kommunalekonomiska kommittén föreslog i sitt betänkande (SOU 1991:98) att de specialdestinerade statsbidragen till kommunerna skulle avvecklas och ingå i den s.k. påsen.

I 1992 års kompletteringsproposition (1991/92:150) föreslog regeringen därefter ett nytt statsbidragsystem för kommunerna. Förslaget överenstämde i stort med Kommunalekonomiska kommitténs förslag. I kompletteringspropositionen föreslogs en avveckling av 10 av 17 specialdestinerade statsbidragen. Riksdagen godkände förslaget (1991/92:FiU29, rskr. 345).

Ett av de statsbidrag som inte ingick i det generella statsbidraget, den s.k. påsen, var statsbidraget till missbrukar- och ungdomsvård. Detta föreslogs således i budgetpropositionen 1992/93:100 även fortsättningsvis kvarstå som ett specialdestinerat bidrag. I samband med att nya fördelningstal för det generella statsbidraget införs skall frågan om statsbidrag prövas på nytt. Den s.k. Strukturkostnadsutredningen har i sitt betänkande (SOU 1993:53) föreslagit en helt ny modell för fördelningen av statsbidrag, som avsågs träda i kraft år 1995. Det nuvarande statsbidraget för missbrukar- och ungdomsvård bör, enligt förslaget, läggas in i det generella statsbidraget till kommunerna. Utredningsbetänkandet har remissbehandlats under hösten 1993. Enligt vad som inhämtats kommer dock inte någon proposition att föreläggas riksdagen under våren 1994.

För att samordna förändringarna för kommuner och landsting och för att ytterligare överväga och utreda presenterade förslag har en parlamentarisk beredning tillkallats (dir. 1993:137). Beredningen skall föreslå hur statsbidrags- och utjämningssystemen för kommuner och landsting bör vara utformade från och med år 1996.

Statskontoret fick i uppdrag, genom ett regeringsbeslut den 4 mars 1993, att utreda och lämna förslag till hur ett riktat statsbidrag till kommunernas missbrukar- och ungdomsvård bör fördelas under budgetåret 1993/94. I Statskontorets promemoria konstateras att fördelningen av statsbidragen bör ske utifrån kommunernas behov till skillnad från dagens system som bygger på fördelningen efter insatser. På lokal nivå bör ett nytt system leda till en bättre balans vad gäller kommunernas satsningar på institutionsvård respektive öppenvårdsinsatser, förebyggande insatser o.d. I promemorian redovisas flera olika modeller sammansatta av sociala variabler. I den studie som Statskontoret genomförde användes delvis samma kostnader och variabler som Strukturkostnadsutredningen och samråd förekom också med den.

Strukturkostnadsutredningen har haft till uppgift att konstruera ett index för att utjämna kostnadsskillnader mellan kommunerna. Statskontorets studie har delvis haft ett annat syfte, nämligen att beskriva ett behov. De modeller som Statskontoret föreslog har en utjämnande effekt mellan kommunerna, som bl.a. innebär att de kommuner som tidigare erhållit en högre andel av statsbidraget förlorar, medan kommuner med en mindre andel ofta får något högre bidrag. Totalt sett är det fråga om relativt kraftiga omfördelningseffekter. Statskontoret föreslog också att en viss del av statsbidraget, 30–50 mkr, avsätts för metod- och utvecklingsinsatser.

RRV konstaterade i sin rapport Narkomanvården (F 1993:2) att statsbidragsstyrningen inte bidragit till att stimulera öppna vårdinsatser i den omfattning som önskats. Den nuvarande ordningen kan till och med ha bidragit till att konservera en vårdstruktur med ett stort inslag av institutionsvård.

Regeringens beslut den 7 oktober 1993

Regeringen beslutade den 7 oktober 1993 att bidrag till missbrukarvård och ungdomsvård skall utbetalas. 430 mkr skall fördelas mellan kommunerna. I avvaktan på att riksdagen beslutar i frågan om fördelningen av statsbidraget till kommunerna skall detsamma fördelas enligt de kriterier som gällde under budgetåret 1992/93. Då fördelades det utifrån ett genomsnitt av antalet vårddagar för åren 1986–1987 och år 1990. Regeringsbeslutet innebär också att 50 mkr i särskilda utvecklingsmedel skall utgå för att stimulera framväxten av adekvata öppenvårdsinsatser inom ungdomsvården och missbrukarvården. Dessa medel skall utbetalas till länsstyrelserna. Av detta belopp får Socialstyrelsen disponera 2 mkr för uppföljningsarbete.

Syftet med särskilda utvecklingsmedel är att stimulera framväxten av adekvata öppenvårdsinsatser på kommunal nivå och därigenom på sikt minska kommunernas vårdkostnader. Den tendens till reducering av antalet institutionsplaceringar som idag kan skönjas ställer krav på att vårdbehoven kan tillgodoses inom öppenvården. I en bilaga till regeringsbeslutet framhålls att det är särskilt

viktigt att utveckla olika typer av mellanvårdsformer som kan fylla ut det tomrum som finns mellan institutionernas vårdprogram och socialbyråernas traditionella vård- och stödinsatser. De tunga missbrukarnas behov av olika former av omvårdnad, social träning och kontroll bör uppmärksammas särskilt. När staten nu tar över tvångsvården finns det också ett starkt intresse att säkerställa att det råder balans mellan den tunga institutionsvården å ena sidan och tidigt förebyggande insatser, öppenvård eller andra frivilliga insatser å andra sidan. Det konstaterades också i bilagan till regeringsbelutet att den tunga missbrukarvården och ungdomsvården påverkas av vilka tidiga insatser som kommunerna gör.

I regeringens budgetproposition (1993/94:100) föreslås att statsbidraget under budgetåret 1994/95 behålls som ett riktat statsbidrag till kommunernas missbruks- och ungdomsarbete.

Särskilda utvecklingsmedel bör avsättas för att stimulera kommunerna att utveckla öppenvårdsinsatser.

Regeringen föreslår att riksdagen till bidrag till ungdoms- och missbrukarvård för budgetåret 1994/95 anvisar ett reservationsanslag på 480 mkr.

8 Socionomutbildningen

I Socialberedningens betänkande (SOU 1987:22) behandlades frågan om den bristfälliga utbildningen om missbruk och missbrukarvård. Den bristen avsåg såväl socionomutbildningen som den gymnasiala vård- och omsorgsutbildningen. Insatserna för fort- och vidareutbildning bedömdes som otillräckliga inom socionomutbildningen, som då ofta kritiserades för att den i alltför liten utsträckning var anpassad till den verklighet som mötte yrkesverksamma socionomer.

8.1 UHÄ:s översyn av socionomutbildningen

Genom ett beslut den 29 juni 1987 av Universitets- och högskoleämbetet tillkallades Björn von Sydow att göra en översyn av socionomutbildningen. I UHÄ-rapporten Utbildning för Socialt arbete (UHÄ-rapport 1988:1) sammanfattade utredaren kritiken mot socionomutbildningen:

"Från avnämarna har det riktats kritik mot socionomutbildningen. Man menar t.ex. ofta från socialtjänsten att de examinerade har för lite kunskap om de metoder som måste kunna användas inom socialtjänstens huvudfunktioner, t.ex. beträffande hushållsekonomi, missbruk och barn-föräldrarelationer. Det saknas förmåga att möta och kommunicera med människor. Detta borde tränas under utbildningen, som därför måste omfatta mer av metoder för intervjuer, stöd- och behandlingssamtal. Detsamma gäller förmåga att hantera grupprocesser. Man det behövs också mer av att kunna ta fram och både muntligt och skriftligt strukturera fakta. De examinerade saknar alltså alltför mycket av träning och förmåga för socialt arbete.

Man menar också att de examinerade ofta inte har kunskaper om äldreomsorgen och barnomsorgen som ingår i den kommunala socialtjänsten. Detsamma gäller gäller om hälso- och sjukvårdens inriktning, men även om andra delar av den offentliga sociala verksamheten.

Socionomerna behöver också mer av kunskaper om hur ett icke individinriktat socialt arbete skall kunna utformas. Samma önskemål kan ställas på de socionomer som ska arbeta inom hälso- och sjukvården; avsikten med socialt arbete

bör, menar många på fältet, vara att bidra till att bygga upp och stärka positiva sociala nätverk som gör att klienter och patienter inte hamnar i svårigheter.

Det är viktigt att socialarbetarna kan arbeta med människor i akuta kriser och samtidigt förmå dem att känna sig motiverade till att själva arbeta sig ur sina problem och ge dem tillräckligt stöd för att detta blir möjligt.

Från fackliga och professionella sammanslutningar har man också uttalat sig i liknande riktning och framhållit att utbildningen på den sociala linjen måste få en klar karaktär av att vara en högstående professionell utbildning i socialt arbete. Däremot kan man notera olika uppfattningar om i vilken utsträckning yrke, arbete och utbildning ska vara gemensam för betydande delar av socialtjänstens personal."

I rapporten föreslogs bl.a. en förstärkning av den lärarledda utbildningen, en ökad integration mellan studiepraktik och teoretiska studier genom fältförlagda studier. Vidare framhölls att sociala linjens utbildning skall innehålla teorier och kunskaper om åtgärder kring bl.a. bruk av beroendeframkallande medel. Det föreslogs också en påbyggnadsutbildning i socialt arbete på 40 poäng.

8.2 Socialstyrelsens rapport år 1990 m.m.

I Socialstyrelsens SoS-rapport 1990:15 (Socialtjänst i förändring. Kompetenskrav och utbildningsbehov) ges en bred översikt av de kunskaper som behövs för att kunna förverkliga socialtjänstlagens intentioner. Genomgången visar att nuvarande utbildning för socialtjänstens olika verksamhetsområden är otillräcklig och mindre väl anpassad till de behov som finns. Det konstaterades vidare att "helhetssynen – egentligen ett omöjligt begrepp – förutsätter en kunskap om omvärlden och kringliggande resurser som t.ex. socialförsäkringar, arbetsmarknad, skola samt hälso- och sjukvård. Även om socialtjänstlagen – i viss mening – är mer struktur- än individinriktad, så kvarstår ett behov av kvalificerad kunskap i vård- och behandlingsarbete." Det framhölls vidare att socialtjänstlagens intentioner är att så långt som möjligt försöka undvika tvångsåtgärder och mot denna bakgrund är det förebyggande arbetet viktigt.

I rapporten konstaterades vidare att socialtjänsten har brustit såväl när det gäller de strukturella insatserna som de allmänt inriktade, vilket enligt rapporten beror på att dessa områden är eftersatta i utbildningen. När det gäller de individuellt inriktade insatserna är detta område också försummat, framför allt när det gäller metodutvecklingen. Det faktum att personer med sociala problem inte i första hand vänder sig till socialbyrån kan tolkas som att den brustit i brukarinflytande.

När det gäller utvecklingen på missbruksområdet har den lett till ökade krav på vårdpersonalen. Enligt rapporten finns det små möjligheter att vidareutbilda sig på detta område samtidigt som utvecklingen av metoderna inte skett kontinuerligt. Problemet har utryckts på ett annat sätt av Anders Bergmark och Lars

Oscarsson i en artikel "Om etik, ideologi och professionalism i missbrukarvården – en diskussion utifrån LVM" publicerad i en rapport från Socialdepartementet år 1989 (Forskning om missbrukare och vården, särskilt tvångsvården). Författarna hävdade att stora delar av personalen inom missbrukarvården inte har vad som traditionellt kallas professionella utgångspunkter för sitt arbete. Det innebär att det t.ex. inte är vetenskap och beprövad erfarenhet som ligger till grund för insatserna. "Genom denna professionella instabilitet, som öppnar upp missbrukarvården för såväl moraliska entreprenörer som terapeutiskt kvacksalveri, så riskerar den hjälpsökande att hamna i en vårdideologisk roulette".

Liknande slutsatser har även framkommit inom andra näraliggande vårdområden. Gunvor Andersson (Socialt arbete med små barn, Studentlitteratur, Lund, 1991) har visat att denna företeelse även gör sig gällande när det gäller vården av barn och ungdom. Nyligen har Eric Olson (Naiv teori i socialt behandlingsarbete, Nordiskt Socialt arbeid 2/1993) redovisat resultaten från ett eget forskningsprojekt av vad som är styrande i det sociala arbetet. Det visar sig återigen att det inte är forskning och beprövad erfarenhet som styr agerandet utan i stället föreställningar och värderingar hos socialarbetarna. Deras kunskaper har inte en lika avgörande roll i arbetet med klienterna. Allt detta sammantaget medför att intresset måste inriktas på att såväl förbättra utbildningen som villkoren för det praktiska arbetet ute i de sociala verksamheterna.

Andra viktiga förändringar som belyses i Socialstyrelsens rapport (1990:15) och som kommer att medföra behov av ny eller förändrad kompetens i framtiden är:

- Utvecklingen från institutionsvård till öppenvård.
- Samverkan, samarbete eller integration över huvudmannaskapsgränserna.
- Privatisering av vården m.m.

8.3 Socialtjänstkommittén

Till de frågor som Socialtjänstkommittén skall behandla hör bl.a. kompetens- och utbildningsfrågor med tonvikt lagd vid socialsekreterarnas och hemtjänstassistenternas yrkesroller. Dessutom har utbildningsfrågorna behandlats på de fem regionala seminarier som Socialtjänstkommittén och Alkoholpolitiska kommissionen arrangerat under hösten 1993. (Se vidare avsnitt 10.1 och Socialtjänstkommitténs promemoria nr 60, 1993-11-24.)

De synpunkter som fördes fram vid de regionala seminarierna bekräftade delvis de brister som påtalats i UHÄ-rapporten. Socionomutbildningen uppfattades allmänt som en utbildning för "generalister" varför de är dåligt förberedda för den verklighet de möter. Om behovet av och formerna för en specialisering fanns dock olika uppfattningar. Många ansåg att utbildningen måste förlängas

om man vill ha en specialisering inom ramen för grundutbildningen. Här hänvisades till läkarutbildningen som en modell, där utbildningen varvas med praktik innan specialiseringen äger rum. De nyutexaminerade socionomerna ansågs i allmänhet vara dåligt förberedda för den verklighet de möter. Att de nyutexaminerade socionomerna har svårt att klara sina jobb ansågs delvis bero på kommunerna, som inte satsar tillräckligt på introduktion, inskolning och handledning. Detta kan medföra att unga oerfarna socionomer tvingas handlägga komplicerade ärenden som de inte är mogna för. Från olika håll föreslogs också att det gamla kravet på förpraktik skulle återinföras för att pröva individens lämplighet och fallenhet för yrket.

Sedan direktiven till Socialtjänstkommittén skrevs har högskolereformen år 1993 i grunden förändrat statens inflytande över socionomutbildningen. Reformen innebär en övergång till mer mål- och resultatorienterade styrformer och en ökad decentralisering. De centralt fastställda utbildningslinjerna har försvunnit. Nu avgör varje högskola hur grundutbildningen skall organiseras och därmed ökar utrymmet och möjligheten för en profilering. Högskoleutredningen (SOU 1992:1) pekade på att studenterna alltmer betonat vikten av baskunskaper och allmän bildning. Detta medför att en "generalistutbildning" prioriteras framför en yrkesinriktad specialisering. Genom fortbildning skall specialistutbildningen byggas upp från den generella kompetensen.

Utvecklingen mot fria universitet och högskolor har således inneburit att de lokala studieplanerna har fått ökad betydelse och att det har blivit svårare att på central nivå överblicka utbildningens innehåll och uppläggning. Därför finns det i dag ingen sammanhållen bild av hur situationen ser ut vid de olika högskolorna och hur utvecklingen blivit sedan Socialberedningen lämnade sitt betänkande år 1987 och UHÄ presenterade sin rapport år 1988.

I samband med utarbetandet av delbetänkandet BARN – FÖRÄLDRAR – ALKOHOL (SOU 1993:29) har kommissionen varit i kontakt med ett stort antal högskole-och universitetsutbildningar för skola, vård och omsorg och tagit del av lokala utbildningsplaner för bl.a. socionomutbildningen. Det har då framkommit att socionomutbildningen endast erbjuder missbrukskunskap som tillval och det händer inte så sällan att sådana kurser ställs in på grund av för få intresserade studenter. Vidare har det framkommit att blivande socionomer väljer bort missbrukskunskap och missbrukarvård för andra mer lockande tillvalskurser trots att inslaget av alkoholproblematik är stort i det sociala arbetet.

För att få en mer sammanhållen och total bild av socionomutbildningen har Socialtjänstkommittén under hösten 1993 sänt ut en enkät till samtliga socialhögskolor och resultatet och kommitténs ställningstagande redovisas i slutbetänkandet.

8.4 Institutet för kunskapsutveckling inom missbrukarvården (IKM)

I september år 1988 uppdrog regeringen åt Socialstyrelsen att, i samråd med Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Kriminalvårdsstyrelsen, utarbeta ett underlag för huvudmännens insatser vad avser fortbildning och handledning av personal inom narkomanvården. Bakgrunden var att det konstaterats, bl.a. av Socialberedningen, att det fanns ett stort utbildningsbehov bland personal verksam inom missbrukarvården. Under år 1989 utarbetade Socialstyrelsen en plan för fortbildnings-, handlednings- och evalueringsinsatser inom missbrukarvården. IKM startade sin verksamhet den 1 januari 1991. Syftet med verksamheten är att verka för att personal inom missbrukarvården erbjuds möjligheter att få god fortbildning, handledning och stöd i arbetet med att utvärdera egna insatser.

Institutet ger möjlighet till fort- och vidareutbildning i samarbete med vårdhögskolor för personal inom missbrukarvården. Utbildningar ges regionalt vid vårdhögskolorna i Växjö, Lund/Helsingborg, Eskilstuna och Sundsvall. Totalt är åtta vårdhögskolor knutna till verksamheten, som drivs genom distansutbildning. Deltagarna erhåller högskolepoäng (20–60 poäng). IKM ger också riktade utbildningar på uppdrag från arbetsplatser eller målgrupper. Dessutom producerar institutet studiematerial och har också handledningsuppdrag på olika institutioner och erbjuder kurser i handledningsmetodik.

I regleringsbrevet för budgetåret 1993/94 har Socialstyrelsen fått i uppdrag att redovisa mål, huvuduppgifter, organisatorisk tillhörighet, beslutsfunktioner samt resurstilldelning för IKM. Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse (SiS) haft överläggningar om hur IKM skulle kunna knytas till SiS. På försök har IKM knutits till Statens institutionsstyrelse fr.o.m. den 1 januari 1994. Efter en utvärdering av försöksverksamheten kan ett beslut därefter fattas om en permanent övergång av IKM till Statens institutionsstyrelse. Vårdhögskolornas utbildning i vård och behandling av drogmissbrukare kan genomföras som uppdragsutbildning oavsett hur IKM organiseras i framtiden.

9 Hur fungerar vården?

9.1 Kritiken mot individ- och familjeomsorgen (IFO) och missbrukarvården

I socialbyråprojektets slutrapport SoS 1990:27 (Behövs socialbyrån?) gjordes en omfattande och bred analys av socialbyråns uppdrag och praktik. Slutsatserna bygger på ett eget inhämtat material, tidigare utredningar och forskningsrapporter. Det allmänna intrycket av denna rapport men även av några andra rapporter från Socialstyrelsen (SoS rapport 1990:3, SoS rapport 1990:6) är att det behövs omfattande och djupgående förändringar i socialtjänstens verksamhet. Sådana förändringar förutsätter kanske lagändringar, nya organisationsformer samt förbättrad utbildning. Den kanske viktigaste frågan är varför inga förändringar ägt rum mot bakgrund av de många utredningar och rapporter som sedan länge visat att förhållandena inom socialtjänsten och individ- och familjeomsorgen varit otillfredställande. I SoS-rapporten 1990:27 (Behövs socialbyrån?) presenteras några viktiga iakttagelser om individ- och familjeomsorgen:

- En orimligt omfattande uppgift.
- En oprioriterad gränslöshet.
- Gap mellan behov och resurser.
- En hindrande kontorstradition/administration som medför icke önskvärda konsekvenser för klienter och personal.
- Ingen prioritering utifrån de mest utsattas behov.

Dessa slutsatser om individ- och familjeomsorgen berör också den missbrukarvård som bedrivs inom socialtjänsten.

Det har i olika sammanhang riktats kritik mot socialtjänstens och individ- och familjeomsorgens organisation. En av de viktigaste har presenterats i en avhandling, Organisationens mänskliga insida. Om det sociala arbetets utvecklingsmöjligheter, Umeå 1988. Avhandlingen visar att individ- och familjeom-

sorgens organisation är sådan att den inte skapar förutsättningar för att förändra människors livsvillkor, dvs. det som är ett av individ- och familjeomsorgens viktigaste uppdrag. Till en liknande slutsats kom Ulla Pettersson i sin rapport, (Socialtjänsten i praktiken, 1986) där hon hävdade att nästan inte någon får den hjälp han/hon behöver på socialbyrån.

I en antologi, Socialt arbete i utveckling (red. Hans Berglind, Per-Olof Kristenson, 1991) redovisar forskarna Anders Bergmark och Lars Oscarsson en översikt av missbrukarvården i en artikel med rubriken "Kunskapens gränser inom missbrukarvården". Där konstateras bl.a. att om man vill uppnå stadigvarande förbättring av missbrukarnas livssituation (och inte bara en s.k. kapseleffekt), eller i varje fall "att missbrukaren på grund av olika insatser under en begränsad period förbättrar, eller åtminstone inte försämrar, sin socioekonomiska och medicinska status – så kan vi i de flesta fall konstatera en icke ringa lucka i steget mellan syfte/ambition och faktiska behandlingsresultat. Detta gäller i huvudsak oberoende av missbruk och behandlingsformer eller metoder." I sin artikel redovisar författarna olika förhållanden som bidrar till de kliniska och kunskapsmässiga bristerna på området.

I en artikel, kallad Den öppna vården inom socialtjänsten, av Ulla Pettersson (i rapporten Forskning om missbrukare och vården, särskilt LVM-vården. Socialdepartementet, 1989) belyses förhållandena inom den öppna vården inom socialtjänsten. I den konstateras bl.a. att samhällets missbrukarvård till största delen drivs i öppna och frivilliga former. LVM är en undantagslag som endast skall tillämpas om frivilliga insatser bedömts otillräckliga. Enligt Ulla Pettersson finns det anledning att tro att en väl fungerande öppenvård kan medföra ett minskat behov av tvångsinsatser. I artikeln redovisas också de olika formerna för öppenvården och det konstateras att det är inom socialtjänsten "som den samlade bedömningen görs av missbrukarens situation samt möjligheterna till och rimligheten av fortsatta öppenvårdsinsatser". Dessutom tillkommer det faktum att socialtjänsten enligt SoL har ett övergripande ansvar för att förebygga och motverka olika former av missbruk.

I sin artikel redovisade Ulla Pettersson också resultaten från det s.k. socialtjänstprojektet, där det framkom att det fanns missbruk med i bilden hos en dryg tredjedel av de klienter som besökte socialbyrån under en viss tidsperiod. Hon ansåg dock att det fanns en betydande osäkerhet i dessa resultat, som innebar att andelen missbrukare kan ha såväl överskattats som underskattats. Andelen kan ha underskattats eftersom missbrukare ofta döljer sina missbruksproblem, men andelen kan också ha överskattats eftersom sådana klienter som har missbruksproblem sannolikt är överrepresenterade vid den urvalsmetodik som användes. Ulla Pettersson anförde i sin artikel att det är ett generellt problem inom socialtjänsten att det saknas systematiska utvärderingar. Det finns angelägna forskningsbehov som avser inventeringar och kartläggningar som inte minst belyser frågan hur de berörda klienterna själva formulerar sina behov.

När det gällde LVM-vården konstaterades i samma artikel att det redan då fanns ett stort behov av forskningsinsatser kring vårdens faktiska innehåll särskilt vad gällde LVM-vården.

9.2 Utvecklingstendenser

Socialberedningen fann på sin tid att mycket tydde på att kvalificerade öppenvårdsalternativ inte vuxit fram i tillräcklig omfattning. Bakgrunden till den svaga utvecklingen var bl.a. att intresset hade förskjutits mot tidiga och förebyggande insatser, kamratstödjande insatser, uppsökande arbete m.m. Det fanns en tendens att glömma bort de tyngre missbrukarna.

I en rapport från Socialstyrelsen (Socialstyrelsen redovisar 1986:18) fanns en redogörelse för arbetet med tunga missbrukare från sex olika kommuner. Det rörde sig om ett framgångsrikt arbete bland de tunga missbrukarna. Metodiken vilade på olika öppenvårdsalternativ på hemmaplan i syfte att på detta sätt skapa ett anständigt liv för klienterna. Denna utvecklingslinje skulle inte bara ge humanitära vinster utan även ekonomiska. Av Socialstyrelsens rapport framgår att arbetet med alternativ till institutionsvården gav goda resultat och kunde ge intressanta perspektiv för framtiden. Resultaten visade sig i form av minskad alkoholkonsumtion, ökade möjligheter att klara av ett självständigt boende, ökad vilja och förmåga till eget ansvarstagande. Den projektgrupp som följde insatserna i kommunerna fann att de var både enkla att utföra och administrera.

I den tidigare nämnda rapporten från Socialstyrelsen – Förändringar inom missbrukar- och ungdomsvården 1986–1989 med anledning av ett nytt statsbidrag till missbrukarvården m.m. – konstaterades bl.a. att relativt få kommuner utvecklat alternativ till institutionsvård. Visserligen kunde man på öppenvårdssidan märka en viss utbyggnad, men den berörde till stor del narkomanvården. Utvecklingen av vården kunde under den period som uppföljningen avsåg inte karaktäriseras av en förändring mot öppnare vårdformer. Flera olika öppenvårdsenheter såsom alkoholpolikliniker, tillnyktringsenheter, hemservice för missbrukare inventerades. Hemservice var den vanligaste formen av öppenvårdsinsats för missbrukare medan tillnyktringsenhet var den minst vanliga. Generellt gällde att ju större en kommun var, desto vanligare var det med egna specialresurser av olika slag utom när det gällde hemservice för missbrukare. Denna typ av verksamhet hade fått ett mycket stort genomslag i så gott som hela landet.

Mellan åren 1986 och 1989 har inga större förändringar redovisats för egna verksamheter som t.ex. tillnyktring, alkoholpolikliniker m.m. Det var enligt rapporten relativt få kommuner som utnyttjat något alternativ till institutionsvård. Oftast används sådana i samband med "utslussning" av klienter. Exempel på några vanliga "mellanvårdsformer" som redovisas i rapportens enkät var dag-

vård, boendestöd och gruppboende. Familjehemmen hade också ökat i betydelse som ett alternativ för vuxenvården.

I rapporten Goda Exempel (Socialdepartementet 1993) finns också en redovisning av ett öppenvårdsprojekt från Upplands-Väsby. I den konstateras att behandlingen på institutioner tidigare varit både dyrbar och gett dåliga resultat. Kommunen ändrade senare strategi och erbjuder numera i stället missbrukare sex veckors utbildning i en öppenvårdsform. Deltagarna bor kvar i den egna bostaden. Lokala resurser tas i anspråk under olika moment i behandlingsarbetet. Sedan år 1990 har dubbelt så många missbrukare fått behandling till halva kostnaden. Kommunens socialtjänst har gjort en uppföljning av insatserna och bedömt att resultaten av denna öppna verksamhet varit avsevärt bättre än institutionsvård.

Inom ramen för LHD/LVM-utredningen, Kommunernas roll på alkoholområdet och inom missbrukarvården (SOU 1993:31), genomfördes en utfrågning med företrädare för 12 kommuner i landet. Olika kommunstorlekar fanns representerade. I åtta av dessa kommuner hade man genomfört stora satsningar på olika öppenvårdsformer på "hemmaplan". Detta hade fått till följd att såväl LVM-vården som den frivilliga institutionsvården minskat. Bakgrunden till utvecklingen var i många fall de besparingskrav som riktats mot missbrukarvården. LHD/LVM-utredningen genomförde också en enkät år 1992 till samtliga 24 länsstyrelser i landet. Enkäten berörde missbrukarvården i allmänhet och särskilt LVM-vården. Det framkom tydliga tecken på skillnader mellan olika kommuner beträffande missbrukarvårdens inriktning, organisation och kvalitet. Sådana variationer kunde t.o.m. förekomma mellan olika stadsdelar och distrikt inom samma kommun. Enkäten visade att vissa kommuner reducerat institutionsvården för missbrukare av ekonomiska skäl. Det fanns exempel på kommuner som aldrig gjorde en anmälan enligt LVM trots att förutsättningarna för LVM-vård var uppfyllda.

Socialstyrelsens rapport år 1993

I Socialstyrelsens och SCB:s rapport – Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige 1993 – behandlas frågan om de strukturella förändringarna av missbrukarvården. Där konstateras att kommunerna utnyttjar behandlingshem i mycket olika utsträckning. En förklaring till detta kan vara att antalet missbrukare är olika i kommunerna och att deras vårdbehov varierar. Men den troliga förklaringen är enligt rapporten att det handlar mer om arbetssätt och vårdpolicy. I vissa kommuner görs relativt många institutionsplaceringar medan man i andra kommuner gör få. Skillnaderna är mycket stora. En kommun med en låg andel placerar 33 individer per 100 000 invånare medan en, som har den högsta andelen, gör 439 placeringar per 100 000 invånare. Av Socialstyrelsens och SCB:s rapport framgår också att det inte finns något entydigt samband mellan antalet

institutionsplaceringar och missbrukets omfattning. I stället handlar det till stor del eller huvudsakligen om vilka prioriteringar som görs i kommunerna. En annan förklaring kan vara av strukturell karaktär. Eftersom storstäderna ofta drar till sig missbrukare blir följden att storstadsregionerna har många fler missbrukare som behöver vård och behandling jämfört med andra kommuner. Det finns även andra typer av förklaringar av mer subjektiv karaktär. Traditioner, vårdideologiska upfattningar, politiska prioriteringar i kommunerna kan spela en betydelsefull roll i vilken utsträckning man använder sig av institutionsvård. Utbudet av institutionsvård spelar också roll liksom vårddygnskostnader. Den ökade ekonomiska medvetenheten hos socialsekreterarna och de ekonomiska begränsningarna kan många gånger leda till ökad restriktivitet när det gäller institutionsvård.

9.3 Om LVM-vården

Länsstyrelsen i Gävleborgs län (Rapport 1993:7) har undersökt tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) i hela landet. Resultaten styrker den bild av utvecklingen som framkommit ovan. Den minskning av antalet anmälningar enligt LVM som redovisats ovan (se avsnitt 3.4) kan enligt rapporten bero på kommunernas försämrade ekonomi och/eller att kommunerna istället erbjuder vård i öppna former. Antalet anmälningar om LVM-vård från kommunerna minskar medan sjukvården och polisen ökar sin andel.

Från framför allt storstadslänen har det rapporterats en klar försämrimg av missbrukarvården. En ökad andel av anmälningarna inleds med ett omedelbart omhändertagande. Denna tendens är tydlig över hela landet och den varierarar i styrka mellan länen. Tänkbara orsaker kan vara att öppenvårdsinsatser erbjuds i större utsträckning än tidigare och att satsningar i stället sker på förebyggande insatser. Detta kan medföra att sådan öppenvård får fortsätta även i de fall där missbruket trots stödinsatser inte upphör. Missbrukarna får vänta alltför länge på adekvat vård och de befinner sig i så dåligt skick att ett omedelbart omhändertagande blir nödvändigt. I uppföljningsrapporten framgår avslutningsvis att det finns en uttalad oro bland länsstyrelserna att missbrukarna blir en ännu mer utsatt grupp än tidigare.

9.4 Det sociala arbetets organisation

Tidigare har det sociala arbetets organisation behandlats (se avsnitt 3.2). I första hand berördes utvecklingen mot en specialisering av det sociala arbetet och konsekvenser av denna. Det är en fråga om hur socialtjänsten väljer att använda

sina resurser i det sociala arbetet och utgångspunkten är att det sociala arbetet skall organiseras efter behov. Det finns emellertid ytterligare en viktig aspekt som berör det sociala arbetets organisation och på vilket sätt det sociala biståndet erbjuds. Den grundläggande filosofin i lagen är att ge socialtjänsten och individ-och familjeomsorgen sådana organisatoriska förutsättningar att det sociala arbetet kan bistå människor i social nöd. Detta skall ske på ett sådant sätt att människornas integritet och självbestämmande inte kränks. Det sociala arbetet skall utformas av en kompetent socialarbetare som endast i undantagsfall skall behöva hamna i läget att handla som en myndighetsperson "emot" klientens vilja.

I en artikel i tidskriften Socionomen (nr 5-93) "Det är en myt att sociala problem kan behandlas på kontor och kontorstid" har denna frågeställning belysts av chefen för barnbyn Skå, Lars Lorentzon. Basen för det sociala arbetet är enligt artikeln socialbyrån och dess individ- och familjeomsorg, som håller öppet under dagtid. Dit skall människor vända sig som kommit i nöd. Där skall de redogöra för sina sociala problem för att få hjälp och stöd. Många tunga sociala problem såsom missbruk, våld inom familjen, barn som far illa m.m. kan sällan beskrivas på ett begripligt sätt eller behandlas med samtal eller rådgivning. Medan fysiska sjukdomar som vi bär med oss kan bli behandlade i passande lokaler, dvs. inom primärvården och liknande, kan de sociala problemen inte "transporteras till ett kontor". Dessa problem är knutna till människorna i sina miljöer, områden och bostäder, dvs. därhemma. Det typiska är också att problemen ofta uppenbarar sig tillfälligt och oförutsägbart. Plötsligt inträffar krisen och det är då som hjälpen behövs, men i den sitiuationen är ofta socialtjänsten inte tillgänglig. I stället blir det polisen och akutsjukvården som får avvärja de värsta konsekvenserna av det inträffade. Trots den enorma utbyggnaden av socialtjänsten kan den inte bistå de mest nödlidande i de akuta situationerna. Visserligen finns det social jourverksamhet i många kommuner, men den är endast dimensionerad för mycket kortvariga och akuta insatser och inte avsedd som en del i en långsiktig behandlingsstrategi.

Om det finns en hjälp av mer långsiktig och permanent karaktär att tillgå när den behövs så kommer de som behöver hjälp också att söka den och använda den väl. Problemet nu är att man inte får den hjälp man behöver. På kontorstid får man samtal, råd och förmaningar som blir alltmer hotfulla ju värre problemen är. Den typ av organisation som nu föreligger kan försätta socialarbetaren i en besvärlig situation. Denne känner väl till att problemen föreligger ute i samhället, men kommer inte åt att arbeta med dem.

I artikeln förordas att det sociala arbetet organiseras så att socialtjänstens individ- och familjeomsorg är tillgänglig i mycket större utsträckning under jourtid för att därmed förbättra det sociala arbetets förutsättningar. Genom en sådan modell skulle socialtjänstens individ- och familjeomsorg, i likhet med polis och sjukvårdspersonal, kunna medverka till att avhjälpa den sociala nöden,

i stället för att bara utreda den.

Det har förekommit några försök att utveckla individ- och familjeomsorgens organisation i den riktning som beskrivits ovan. Dessa har visat att det inte räcker med att ändra öppetider utan att det också gäller att ändra människornas attityder till socialtjänsten. Det är mycket som talar för att socialtjänsten och dess individ- och familjeomsorg har en sådan myndighetsstämpel på sig, som hindrar människor att söka den hjälp de behöver. Frågan är komplicerad och det återstår ett omfattande utvecklingsarbete innan en ny och bättre verksamhet funnit sin form.

9.5 Effekter och resultat av behandling

I en skrift från CUS (Centrum för utvärdering av socialt arbete vid Socialstyrelsen) kallad "Behandling av alkoholproblem – en kunskapsöversikt" (Mats Berglund m.fl., 1994) redovisas en omfattande och aktuell genomgång och analys av svensk och – framför allt – internationell forskning om behandlingseffekter vid alkoholproblem (se bilaga 3). I ett avsnitt av Lars Lindström – Är behandling nödvändig? – framgår bl.a. att många, sannolikt de flesta personer med alkoholproblem som slutar missbruka gör det utan hjälp av behandling, men att behandling i en del fall tycks ha avgörande betydelse. Formella behandlingsinsatser utgör dessutom ofta en ringa del av det stöd och den påverkan som möter alkoholproblematiker i deras betydelsefulla kontakter med andra. Detta medför svårigheter att urskilja effekter av just behandlingsinsatserna.

I samma avsnitt diskuteras en nyansering av behandlingsbegreppet. Man kan fråga sig om inte långsiktiga insatser för personer som är gravt beroende av alkohol hellre borde betecknas som omsorg och social kontroll. En sådan målsättning motsvarar bättre vad exempelvis socialtjänsten faktiskt har möjlighet att uppnå i arbetet med de tunga missbrukarna.

I ett annat avsnitt i CUS-skriften som heter "Om behandlingsbegreppet inom alkoholvården" av Anders Bergmark och Lars Oscarsson analyseras fenomenet behandling ytterligare och där föreslås en precisering och definition av vad som egentligen skall kunna kallas behandling inom missbrukarvården. Med hjälp av de två grundläggande kriterierna "primär terapeutisk intention" och "primär terapeutisk kontext" kan behandlingsverksamhet inom alkoholvården avgränsas från andra liknande insatser.

I kapitlet "Har behandling effekt?" analyserar Lars Lindström behandlingsforskningens metodik och resultat. Det vetenskapliga underlaget består till stor del av utvärderingar av nordamerikanska behandlingsprogram. Studierna gäller huvudsakligen effekten på alkoholvanorna av enstaka, mer eller mindre långvariga behandlingsinsatser. Relativt höga vetenskapliga krav har ställts på studiernas kvalitet för att inkludera dem i underlaget för analysen. Studier av

behandling jämfört med ingen eller minimal behandling har visat att behandling har positiva effekter som kvarstår under en tid, men ingen behandlingsform har visat sig leda till bestående resultat. Jämförande studier av olika behandlingsformer har inte kunnat påvisa att någon behandlingsform är att föredra för alla alkoholister. Bl.a. gäller detta jämförelser mellan sluten och öppen vård. Däremot kan konstateras att tidiga riktade insatser till personer som inte utvecklat ett svårare alkoholberoende ofta leder till goda resultat, bestående och överlägsna dem som rapporterats i samband med åtgärder som satts in i ett senare skede.

Mot bakgrund av det sistnämnda börjar man nu överge förhoppningarna, som funnits såväl inom behandlingspraktiken som bland behandlingsforskare, om att finna en överlägsen behandlingsform, som är användbar för alla personer med alkoholproblem. I stället inriktar man sig på frågor som: vilken typ av alkoholproblem, i vilket utvecklingsstadium, för vilka klienter och med vilka personliga förhållanden i övrigt. Denna utvecklingslinje, som bedöms som löftesrik i termer av förbättrade behandlingseffekter, innebär i korthet en anpassning mellan behandling och klient, på individnivå och gruppnivå. Kunskapsläget redovisas i CUS-skriften, främst i kapitlet "Matchning – rätt behandling till rätt klient" av Agneta Öjehagen. En förutsättning för att detta arbetssätt skall kunna tillämpas i praktiken är bl.a. att bedömning och uppföljning av klienter med alkoholproblem genomförs mer systematisk och med hänsynstagande till de faktorer hos klienten och i hans sociala situation, som bör påverka val av behandlingsinsatser.

I ett kapitel i CUS-skriften kallad "Några huvuddrag i den svenska alkoholvården" av Gunnar Ågren konstateras bl.a. att resursutnyttjandet inom vården är ofullständigt kartlagt. Det saknas också ett enhetligt system för dokumentation av de insatser som görs. Merparten av resurserna används för slutenvårdsinsatser inom sjukvård och socialtjänst. Därmed får öppenvården och de tidiga insatserna stå för en liten del av det totala vårdutbudet. Detta kan bidra till att skapa en brist på balans i vårdsystemet, vilket kan medföra en låg beställarkompetens och svårigheter att balansera en aktiv marknadsföring från olika vårdprogram. Vidare framhålls att avsaknaden av dokumentation gör det svårt att bedöma hur förändringarna i vårdsystemet påverkat missbrukarnas situation. Studier av överdödligheten bland missbrukare som genomgått sjukhusvård och annan institutionsvård tyder inte på att prognosen förbättrats. Överdödligheten bland de tyngsta missbrukarna är i dag betydligt högre jämfört med situationen på 1960-talet. När det gäller tvångsvården framhålls att LVM-lagstiftningen utvidgats och utbyggnaden av denna vårdform snarast skett i strid mot tillgänglig dokumentation om denna vårdforms bristande effektivitet. I en promemoria redovisad år 1993 från Stockholms socialförvaltning kallad "Hur effektiv är missbrukarvården" berörs LVM-vården. I promemorian konstateras bl.a. att

man i tvångsvården inte uppnått målsättningen att bryta ett destruktivt missbruk. Den höga överdödligheten tyder på ett intensivt missbruk den närmaste tiden efter utskrivningen från LVM-vård.

10 En lägesbeskrivning år 1993

10.1 Inledning

Alkoholpolitiska kommissionen och Socialtjänstkommittén har i sina respektive direktiv att utreda områden som är gemensamma. De förslag som respektive utredningar skall lägga fram avseende bl.a. barna- och ungdomsvården samt missbrukarvården bör så långt som möjligt ha sin grund i en aktuell lägesbeskrivning och en bild av utvecklingstendenser inom individ- och familjeomsorgens verksamheter. Behovet av gemensam kunskap avser såväl det allmänt inriktade arbetet som det individinriktade. I detta betänkande utgörs det gemensamma området av individ- och familjeomsorgens arbete med vuxna missbrukare.

Mot denna bakgrund beslutade de båda kommittéerna om en gemensam kartläggning. I ett första steg valdes tio kommuner ut i samverkan med Svenska Kommunförbundet, där intervjuer genomfördes med arbetsledare och handläggare inom individ- och familjeomsorgen. Faktauppgifter om bl.a. missbrukarvården samlades in med hjälp av en öppen strukturerad intervju. Några av kommunerna valdes ut för att de var kända för särskilda satsningar inom barna- och ungdomsvården och/eller missbrukarvården. Övriga kommuner valdes ut slumpmässigt men mot bakgrund av att de skulle representera olika kommuntyper och regioner i landet. Erfarenheterna från kommunbesöken har utgjort underlag för en promemoria "Om socialtjänstens individ- och familjeomsorg och missbrukarvården" som redovisats till Socialtjänstkommittén och Alkoholpolitiska kommissionen.

Bl.a. med utgångspunkt från vad som framkom vid kommunbesöken utarbetades ett diskussionsunderlag med ett antal frågeställningar, som i början av september 1993 sändes ut till ca 75 kommuner samt till länsförbund och länsstyrelser, som inbjöds att delta i regionala seminarier. De frågor som behandlades vid de regionala seminarierna var individ- och familjeomsorgens arbete

med barn och ungdom och dess insatser för vuxna missbrukare, kommunens ansvar för sysselsättnings- och rehabiliteringsfrågor, organisations- och samverkansfrågor, socionomutbildningen samt tillsyn, uppföljning och utvärdering.

Var och en av de inbjudna kommunerna representerades av en politiker och en tjänsteman, vanligtvis ansvariga för individ- och familjeomsorgen. Totalt deltog ca 250 personer i de fem seminarierna, som ägde rum under september och oktober månad år 1993. Resultaten av seminarierna har redovisats i en promemoria till Socialtjänstkommittén "De regionala seminarierna hösten 1993 med tonvikt på IFO-frågor – sammanfattning av synpunkter." Ur denna promemoria redovisas här det avsnitt som berör individ- och familjeomsorgens insatser för vuxna missbrukare.

10.2 De regionala seminarierna och missbrukarvården

10.2.1 Det allmänt förebyggande arbetet

Vid de regionala seminarierna framkom att det finns en stor variation när det gäller det kommunala engagemanget i det allmänt förebyggande arbetet. I diskussionen om strukturella förhållanden betonades från en del håll vikten av att den svenska restriktiva alkoholpolitiken består i framtiden samtidigt som det förordades en ansvarsfull och återhållsam inställning när det gäller att bevilja serveringstillstånd för restauranger i kommunen. Vikten av lokala ungdomsprogram eller hälso- och alkoholpolitiska program betonades också. Från andra håll framhölls den betydelse de kommunala bidragen till ideella föreningar kan ha i ett förebyggande arbete. Bidragsgivaren bör då kunna ställa krav på att föreningarnas verksamhet präglas av drogfrihet t.ex. i samband med fester, konserter, dans m.m.

10.2.2 Socialtjänstens individ- och familjeomsorg (IFO)

Många kommuner har omorganiserat bl.a. individ- och familjeomsorgen, skolan, barnomsorgen, äldreomsorgen och fritidsverksamheten. Nya nämndorganisationer har skapats under de senaste åren som medfört att de organisatoriska förutsättningarna för det allmänt förebyggande arbetet förändrats.I samband med en sådan utveckling finns det en betydande risk att det allmänt förebyggande arbetet åsidosätts. Enligt vad som framkom vid seminarierna har socialtjänsten och dess individ- och familjeomsorg i en del kommuner mer eller mindre övergett det allmänt förebyggande arbetet när det gäller missbruk. Orsakerna till denna utveckling har inte enbart varit organisatoriska utan även

ekonomiska. Svårigheter att finna bra arbetsmodeller och negativa erfarenheter av gjorda satsningar har också bidragit till utvecklingen. I många kommuner har ansvaret för barnomsorg och fritidsverksamhet flyttats till andra nämnder än socialnämnden. Därmed har också det direkta inflytandet och delar av ansvaret för det förebyggande arbetet flyttats till verksamheter utanför socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Det framfördes vid seminarierna att ansvaret i framtiden för det allmänt förebyggande arbetet bör ligga på kommunens ledning och inte på socialnämnden, eftersom socialnämnden numera inte är en obligatorisk nämnd. Det bör i en kommande lagstiftning finnas inskrivet ett ansvar för skolan och barnomsorgen att arbeta förebyggande. Socialtjänstens individ- och familjeomsorg kan i en framtid komma att ha en samordnande roll i det förebyggande arbetet.

Det finns ett särskilt problem i dag som aktualiseras i samband med att en del kommuner inför ett köp- och säljsystem inom skola och barnomsorg, och där man använder skolpeng respektive barnomsorgspeng. En sådan organisatorisk lösning kan medföra att det allmänt förebyggandet arbetet inte prioriteras. Förklaringarna kan vara flera. De kan höra samman med oklarheter eller prioriteringar hos köparen. De kan också ha samband med att endast konkreta och avgränsade prestationer ersätts. Dit hör knappast förebyggande insatser.

I vissa kommuner tar individ- och familjeomsorgen ett stort ansvar för det allmänt förebyggande arbetet, som t.ex. när socialsekreterare arbetar förebyggande i skolan och inom barnomsorgen.

En viktig del i det förebyggande arbetet är fritidsverksamheten, där man kommer i kontakt med många ungdomar. I några kommuner är fritidsverksamheten en del av socialtjänsten och individ- och familjeomsorgen och där får fritidsledarna på ett tidigt stadium kännedom om vilka ungdomar som uppvisar en begynnande missbruksproblematik. Inom ramen för en sådan organisation kan individ- och familjeomsorgen snabbt ta i anspråk sina möjligheter till stödinsatser. Även fältarbetare och ungdomssekreterare som organisatoriskt tillhör individ- och familjeomsorgen kan här ha en liknande roll.

10.2.3 Samarbete med verksamheter utanför kommunen

Det har tidigare framkommit i flera utredningar att betydande resurser ägnas åt vård och stöd till missbrukare men att dessa resurser är splittrade på olika huvudmän som t.ex. landstinget, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och kommunen. Ideella föreningar har också en viktig roll.

I flera kommuner har man som ovan nämnts antagit lokala hälso- eller alkoholpolitiska program som bygger på samspel mellan olika lokala aktörer. Socialtjänstens individ- och familjeomsorg har här ofta en stödjande och samordnande roll gentemot dessa olika aktörer och bistår med kunskap och handledning.

Den betydelse primärvården bör kunna ha i det förebyggande arbetet och när det gäller tidiga insatser har framhållits. Kommunernas företrädare var dock tveksamma till såväl primärvårdens som de kommande husläkarnas förmåga och ambition att medverka i ett förebyggande arbete.

Det pågår nu försök med en kommunal primärvård i flera kommuner och där har en process inletts som kan leda till att det förebyggande arbetet effektiviseras. I en kommun planeras också ett försök till sammanslagning av resurserna för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och försäkringskassan. Det utrycktes dock tveksamhet från några håll till en sådan organisatorisk modell. Om en sådan sammanslagning kommer till stånd, kan en ny och effektivare modell skapas för det förebyggande arbetet. Tidig upptäckt och tidiga insatser sker då med hjälp av de gemensamma resurserna i en och samma organisation.

10.2.4 Utvecklingen av missbrukarvården

Seminarierna gav en splittrad bild av missbrukarvården ute i landet. Utvecklingen i vissa kommuner gav hopp för framtiden. En väl planerad vårdkedja med ett strukturerat allmänt förebyggande arbete, tidig upptäckt, tidiga insatser och en differentierad och effektiv vård på hemmaplan hade medfört att institutionsvården reducerats och antalet LVM-vårdade personer minskat. Andra missbruksrelaterade problem förekom i mindre omfattning jämfört med tidigare, såsom antalet ingripanden enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB).

Förhållandena har närmast varit de motsatta i andra kommuner, där det enligt uppgift från tillsynsmyndigheterna finns fog för en kraftig kritik mot vissa kommuners sätt att sköta missbrukarvården. Dessa förhållanden har t.ex. medfört att den psykiatriska vården belastats mer än tidigare, att antalet LVM-anmälningar ökat från sjukvård och polis, att antalet omedelbara omhändertaganden enligt LVM ökat samt att klienterna varit i sämre skick än tidigare när LVM-vården väl påbörjats.

10.2.5 Tidig upptäckt och tidiga insatser inom ramen för individ- och familjeomsorgen (IFO)

Det framkom från flera kommuner att individ- och familjeomsorgen under nuvarande omständigheter knappast spelar någon betydelsefull roll när det gäller tidig upptäckt och tidiga insatser avseende personer med en missbruksproblematik. Andra och mer påtagliga problem tränger sig ofta före på socialbyrån. Många missbrukare i kommunen är inte alls kända inom individ- och familjeomsorgen. Enligt uppgift från en kommun var 2/3 av besökarna vid alkoholrådgivningen helt okända inom individ- och familjeomsorgen och det var en

utbredd uppfattning vid seminarierna att individ- och familjeomsorgen inte under nuvarande förhållanden klarar att upptäcka det dolda missbruket.

Några kommuner hade utvecklat en strategi för tidig upptäckt och tidiga insatser. En modell är att individ- och familjeomsorgen tar kontakt med alla som omhändertagits enligt LOB. De kommuner som särskilt använder sig av denna strategi försöker genomföra hembesök hos alla som omhändertagits och på detta sätt har man på ett tidigt stadium kommit i kontakt med missbrukare.

I en annan kommun var man inom individ- och familjeomsorgen mycket observant på eventuell alkoholproblematik hos de som sökte ekonomiskt bistånd. Om en klient på något sätt visade tecken på en sådan problematik togs frågan upp ganska omgående. Ett sådant tecken kunde vara att en arbetssökande inte tagit de kontakter för att skaffa arbete, beredskapsarbete, utbildning m.m. som man vid tidigare besök på socialbyrån kommit överens om.

Från olika kommuner betonades vikten av samverkan med andra verksamhetsgrenar när det gäller arbetet med tidig upptäckt och tidiga insatser. Framför allt framhölls primärvårdens viktiga roll. Här påtalades dock återigen från flera håll svårigheter att få med primärvården i ett sådant arbete. Det finns också en rad positiva exempel på olika samverkansgrupper mellan kommunen, landstinget, försäkringskassan och arbetsförmedlingen inom detta område. Såväl en adminstrativ som en mer direkt verksamhetsmässig samordning av resurserna förekommer ute i kommunerna.

10.2.6 Alkoholrådgivningens roll

I de kommuner där det satsats målmedvetet på ett allmänt förebyggande arbete med tidig upptäckt och tidiga insatser, har kommunens alkoholrådgivningsbyrå ofta spelat en betydelsefull roll. När man kunnat nå missbrukare på ett tidigt stadium har man också kunnat se betydelsefulla framgångar i arbetet. Det finns enstaka exempel på kommuner som reducerat den institutionella vården med 70-80 procent utan att några negativa konsekvenser hittills visat sig vare sig för klienterna eller socialtjänsten.

Den vård och omsorg på hemmaplan som erbjudits missbrukare är förutom alkoholrådgivningsbyrån, särskilda sysselsättningsformer i kommunal regi eller tillsammans med arbetsförmedlingen samt varierande boendeformer med olika typer av stödinsatser m.m. Alkoholrådgivningens viktiga roll har således framhållits från många håll. Det anses viktigt att det finns möjlighet att erbjuda människor stöd och hjälp i en verksamhet som är lättillgänglig och inte präglad av en myndighetskultur. Det är också viktigt att missbrukare kan vända sig till en rådgivning med sina missbruksproblem utan att behöva känna sig som ett "ärende" och bli antecknad och registrerad. En missbruksproblematik är oftast så pass skuldbelastad för de flesta människor att den roll som en alkoholrådgivning kan spela med sitt anonymitetskydd och sekretess mot andra delar av

socialtjänsten måste anses som utomordentligt viktig.

Det finns en rad goda exempel där alkolholrådgivningarna samarbetar med lokala föreningar såsom AA (Anonyma Alkoholister), länkarna och med den lokala företagshälsovården m.fl. Under de senaste åren har alkoholrådgivningens framtid ifrågasatts i allt fler kommuner mot bakgrund av de besparingskrav som förekommer. Vid seminarierna utryckte man stora farhågor för att missbruksarbetet skulle påverkas allvarligt i kommunen om alkoholrådgivningen avvecklades. Några egentliga alternativ till denna verksamhet finns oftast inte att tillgå.

10.2.7 Missbrukarvårdens organisation

När det gäller organiseringen av missbrukarvården går utvecklingen mot en specialisering i de flesta kommuner. Inom individ- och familjeomsorgen har man på många håll skapat särskilda missbruksenheter eller vårdbaser – en specialisering – där det genomförts en satsning på "vård på hemmaplan". Den kan omfatta allt från individualterapi, verksamheter vid dagcentraler, till olika skyddade boende- och sysselsättningsformer med särskilda stödinsatser eller speciella stödinsatser genom utsedda kontaktpersoner. Från individ- och familjeomsorgens sida satsar man också på uppföljning och eftervård i samband med den institutionsvård som förekommer. Denna utveckling har också inneburit att socialsekreterarnas arbetsinnehåll sakta förändras. Tidigare betonades utredningskompetensen i större utsträckning medan utvecklingen nu går mot större krav på högre kompetens i själva behandlingsarbetet.

I flera kommuner differentierar man också medvetet vården så att man exempelvis när det gäller de tyngre missbrukarna som alternativ till dyrbara institutionsvistelser nöjer sig med enklare boende- och vårdformer med stödsamariter på "hemmaplan".

Att nå framgång med en väl utvecklad strategi för "vård på hemmaplan" förutsätter bl.a. en väl utvecklad dialog med klienten, individuella arbetsplaner, metodutveckling, arbete med missbrukare i grupp och en väl utvecklad handledning av personalen. En sådan strategi har i en kommun där institutionsvården minskat bl.a. medfört att man kunnat undvika besvär till länsrätten över avslag på av klienten begärd institutionsvård.

Det framkom vid seminarierna att det finns en utbredd misstro i många kommuner när det gäller institutionsvårdens effektivitet och dess höga vårdkostnader. Vid seminarierna framhöll man från flera håll att den institutionella vården knappast givit några vårdresultat alls, trots att kommunerna haft utomordentligt höga kostnader för denna vårdform. En företrädare från en större kommun uppgav att 80 av kommunens missbrukare medfört vårdkostnader på olika institutioner motsvarande ca 30 miljoner kronor under de senaste tre åren. Detta har medfört att man istället ordnat olika vårdformer på hemmaplan till avsevärt lägre kostnader.

Nu pågår en effektivisering och omorganisation av formerna för upphandling av institutionsvård i många kommuner. På detta sätt skall institutionsvården göras mer effektiv från vård- och kostnadssynpunkt.

10.2.8 Särskilda frågor

Från många kommuner framhölls att det föreligger gränsdragningsproblem med landstinget inom framför allt två områden. Det första avser psykiskt störda missbrukare, där det saknas adekvata vårdformer och där företrädare för kommunerna upplever att landstinget inte tar sitt sjukvårdsansvar utan skjuter över problemen på kommunerna. Det andra området är avgiftning och tillnyktring, där flera kommuner anför samarbetsproblem med landstingen. Några kommunföreträdare uppgav att samordningen med landstinget var särskilt bristfällig på det senare området och kommunen tvingades bl.a. att betala landstinget för avgiftning och tillnyktring av de klienter som var aktuella för olika vårdinsatser. Företrädare för flera kommuner uppgav att man hade problem med att klienter anfört besvär hos länsrätterna över beslut om institutionsvård. Klientens önskemål om behandling vid en viss institution hade inte tillgodosetts av kommunen. Trots det hade länsrätten i sitt beslut ändå tillgodosett klientens önskemål. Kommunföreträdarna ansåg att besvärsrätten bör begränsas eftersom kommunen skall svara för vårdkostnaderna och även anser sig ha kompetensen att bedöma var klienten kan få den bästa och effektivaste vården till en rimlig kostnad.

10.3 Sammanfattning av de regionala seminarierna

Inom socialtjänsten och dess individ- och familjeomsorg pågår en omfattande omstrukturering av det allmänt förebyggande arbetet samt de individuella insatserna inom den öppna och slutna missbrukarvården.

Det allmänt förebyggande arbetet sker ofta i samverkan mellan socialtjänsten, landstinget, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, polisen och de frivilliga organisationerna. I vissa kommuner har dock socialtjänsten och individ- och familjeomsorgen helt eller delvis överlåtit de allmänt förebyggande arbetsuppgifterna till andra kommunala verksamhetsgrenar.

Det förebyggande arbetet riktar sig till alla åldersgrupper och omfattar ett stort område från information och upplysning på mödravårdscentraler, barnavårdscentraler, daghem, förskolor och skolor till ett allmänt förebyggande arbete ute på de olika arbetsplatserna i samverkan med företag och fackförening. Lokala hälso- eller alkoholpolitiska program, där socialtjänsten medverkar utgör ock-

så ett exempel på ett allmänt förebyggande och strukturellt arbete.

När det gäller missbrukarvården i kommunerna sker jämsides en ökad satsning och en inriktning mot vård på "hemmaplan", som förutom olika öppenvårdsformer även kan avse varierande boendeformer med särskilda stödinsatser. Det finns åtminstone tre olika skäl till denna utveckling:

- En ökad tilltro till de öppna vårdformernas effektivitet.
- Tvivel på den institutionella vårdens resultat.
- Lägre kostnader i den öppna vården, vilket utgjort ett viktigt motiv i besparingstider för en omstrukturering av vården.

10.4 Redovisning av kommunbesök

Kommunbesök 1

Allmänt

Kommunen har ca 20 000 invånare och ligger i västra Sverige. I kommunen finns ett löpande sparbeting sedan år 1989. Dessutom har kostnaderna för socialbidrag samt vårdkostnaderna för barn och ungdom ökat starkt. I och med ädelreformen har vissa rationaliseringar och omstruktureringar av verksamheten kunnat genomföras. Det nya ansvaret för hemsjukvården och vården av utvecklingsstörda har medfört att man kunnat jämka ihop bidrag och stöd från olika huvudmän. De två senaste åren har resurser därmed kunnat föras över till individ- och familjeomsorgen (IFO). När nu kostnaderna för socialbidraget skenar iväg kommer ett kommunövergripande ansvar för dessa kostnader att införas, vilket troligen betyder att några större nedskärningar inom socialtjänstens övriga verksamheter inte behöver göras det närmaste året.

IFO:s verksamhet m.m.

IFO har en mottagningsgrupp som tar emot alla nya klienter och där handläggningstiderna är korta. Det finns därutöver en socialsekreterargrupp som gör alla kvalificerade utredningar och föreslår insatser i enskilda ärenden. En behandlingsgrupp arbetar med vuxna missbrukare och en familjegrupp ansvarar för insatser i familjer. Ungdomsfrågorna ligger delvis utanför IFO:s organisation vid en särskild tonårsenhet, som fritidsnämnden ansvarar för. Fritidsnämnden svarar således för de allmänt förebyggande insatserna men även för individuella insatser i samverkan med socialförvaltningen. I kommunen finns också en ungdomsmottagning som drivs tillsammans med landstinget.

Socialtjänsten har haft mycket svårt att upprätthålla nivån på det strukturella och allmänna arbetet. En del sådana uppgifter har tagits över av andra nämn-

der. Det är en klart medveten strategi inom socialtjänsten att prioritera bort dessa uppgifter. Inom behandlingsgruppen finns ett etablerat samarbete med det kommunala bostadsbolaget kring vuxna missbrukare. Behandlingsgruppen har sin huvudsakliga verksamhet i det kommunalägda bostadsområdet, där det också finns en störningsjour, som fungerar som en länk mellan socialtjänsten och det kommunala bostadsföretaget. Kommunens socialtjänst har också ett särskilt samverkansprojekt med försäkringskassan och sjukvården, där man diskuterar orsakerna till klienternas arbetsoförmåga och utreder förslag till rehabiliterande åtgärder. Slutligen finns ytterligare ett samverkansprojekt mellan försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten när det gäller unga ensamstående kvinnor med barn vilka saknar anknytning till arbetsmarknaden.

Planerad verksamhetsförändring

Ett allvarligt problem som tidigare och alltjämt uppmärksammas är att resurserna inom socialtjänsten, primärvården och försäkringskassan inte samordnas. De olika huvudmännen har skilda ansvarsområden och det finns bristande motivation till samarbete. Det föreligger också professionella hinder mot bakgrund av att de olika yrkeskategorierna har skilda utgångspunkter och synsätt för sitt arbete beroende på yrkestillhörighet, utbildning m.m. Däremot finns det dock många exempel på fungerande samverkan ute i verksamheterna på basplanet.

Det finns nu långt framskridna planer på att starta ett projekt med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst i en gemensam nämnd. Denna nämnd skall ha det övergripande och lagstadgade ansvaret för att människor får den vård och den omsorg de behöver. Nämnden skall utgöra en egen juridisk person och kommer att ges funktionen av en beställarnämnd med eget kansli.

Kommunbesök 2

Allmänt

Kommunen har ca 25 000 invånare och ligger i västra Sverige. Den har en starkt decentraliserad förvaltning, med kommundelsnämnder som omfattar verksamheterna grundskola, barnomsorg, äldreomsorg, IFO, fritid, kultur, teknisk närservice och viss administration. (Enligt uppgift har de flesta kommunerna i landet gått ifrån en decentraliserad kommundelsorganisation.) Inom kommunledningen finns det en stab med serviceenheter för ekonomi, personal m.m. Som en central resurs för kommundelarnas socialtjänst finns en socialchef med familjerättssamordnare, familjehemssekreterare, joursekreterare och en kanslistfunktion.

IFO:s verksamhet m.m.

I de olika kommundelarna finns således en decentraliserad IFO-verksamhet. En viss specialisering förekommer efter det lokala behovet. Det har inte inom socialtjänsten funnits några tankar på ett beställar/utförarkoncept. Det är helhetsprincipen som är vägledande och det lokala nätverksarbetet är framträdande. Socialsekreterare fungerar som handledare för fritidsledare och skolpersonal. Fritidsledarna har närmast blivit fältarbetare och de handleder också barnomsorgspersonalen. De fungerar också som kontaktpersoner och nätverk kring ungdomar – en slags stödinsats – men de är också "remissorgan" i samband med planering av framtida insatser.

I kommunen satsar man särskilt på arbetslinjen. Det finns en särskild arbetsmarknadsenhet med fyra handläggare som administrerar såväl de statligt finansierade arbetsmarknadsåtgärderna som de kommunala. Kommunen satsar ett betydande belopp (2,5 miljoner kronor) på beredskapsarbeten. Biståndet ges mot bakgrund av bestämmelserna i 6 och 7 §§ SoL, som bl.a. innebär att kommunen skall verka för den enskildes rätt till arbete.

Samverkan med primärvården

I kommunen är primärvården integrerad i den kommunala förvaltningen under en särskild hälsonämnd. Det rör sig om ett försök med särskilt lagstöd, som skall pågå under åren 1992–1996. Syftet är att nå de mål som samhället ställt upp för stöd, omhändertagande och vård. Ute i kommundelarna finns en omfattande samverkan mellan primärvården och IFO. I kommunen finns ett särskilt samverkansprojekt, som innebär en stor satsning på det förebyggande arbetet och ett lokalt folkhälsoarbete. Ute i kommundelarna finns en samverkansgrupp, där de ansvariga cheferna inom barnomsorg, IFO, skola, fritid, barnavårdscentral, mödravårdscentral och vårdcentral ingår. Inom respektive verksamhetsområden har sedan bildats arbetsgrupper. Inom exempelvis barn- och ungdomsgruppen finns företrädare för IFO, barnomsorg, skola m.fl. Rent allmänt gäller att det förebyggande arbetet tenderar att gå över till fritid, skola, kultur, eftersom belastningen på IFO:s verksamhet ofta är hög.

Kommunbesök 3

Allmänt

Denna redovisning avser en distriktsförlagd verksamhet inom socialtjänsten i en storstad. Utvecklingen av organisationen började egentligen i samband med integrationen av socialnämnden, nykterhetsnämnden, barnavårdsnämnden och

hemhjälpsnämnden. Då fanns det tre lokala distrikt i stadsdelen, där socialsekreterarna sysslade med alla frågor som ekonomi, barn och familj, missbruk, myndighetsutövning, tvång m.m.

IFO:s verksamhet m.m.

Nu är verksamheten helt omorganiserad. Centralt placerad i distriktet finns en socialbyråchef med viss administration och dessutom en ekonomigrupp som handlägger alla socialbidrag, en informationsgrupp som tar emot nya ärenden samt en socialrättslig grupp som handlägger alla juridiska ärenden inkl. tvångsåtgärder enligt LVU och LVM. Inom samma grupp finns också tre familjehemsinspektörer som svarar för alla kontakter med familjehem m.m. Den övriga verksamheten är nu decentraliserad till fem områdesgrupper som i respektive områdeslokaler inrymmer personal från IFO, hemservice och barnomsorg men även från den öppna psykiatriska vården i en särskild samverkan (se vidare nedan).

Orsaken till organisationsförändringen var att man ansåg att det traditionella socialbyråarbetet var ritualiserat och administrativt till sin karaktär. Klienterna pressades in i en speciell roll i den traditionella organisationen ofta med utgångspunkt från modellen: Utredning – Bedömning – Åtgärd. Detta arbetssätt ville man komma ifrån och istället bygga på kontakt och relation utifrån ett mer förutsättningslöst synsätt. Arbetet skulle göras tillsammans med människorna i deras bostadsmiljö, något som förutsatte att en förtroendeskapande process fanns i området.

Förändringen av organisationen och arbetssättet bygger på de ideologiska intentionerna i socialtjänstlagen. Liknande tankegångar som ledde fram till organisationsförändringen i detta distrikt genomsyrar även den forskningsrapport (Förändringens gestalt, 1992) som Stefan Morén presenterade år 1992. Det empiriska underlaget till denna rapport är tre alternativa verksamheter, som ansetts framgångsrika inom socialtjänsten.

Det traditionella sociala arbetet har inneburit mycket administration och lite stöd och hjälp samtidigt som människor blivit "ärenden" i den sociala administrationen. All mänsklig utveckling bygger enligt företrädarna för verksamheten vid detta socialdisktrikt på att det finns en kontakt mellan människor och sådan kommer till stånd där människor känner att de är accepterade. Inom denna organisation vill man komma bort ifrån psykologiserandet i det sociala arbetet och man har samtidigt ifrågasatt hela behandlingsbegreppet. Framför allt arbetar man med att ta tillvara det nätverk som finns runt människor och utnyttja den kraft som finns hos dem och som uppstår i mötet med andra, som man kan känna som sina "allierade". Arbetet utgår ifrån de olika områdeslokalerna, där det finns olika typer av boendestöd. Alla typer av bistånd ges lokalt i samarbete med individerna. Även dokumentation och det som kallas myndighetsutövning

äger rum lokalt. Om man inte kan komma överens med individen tar den centrala socialrättsliga gruppen över.

Det förebyggande arbetet utgår från områdeslokalerna ofta i samverkan med barnomsorgen, fritidsverksamheten, skolan, polisen och bostadsbolagen. Detta sker ibland i form av stadsdelsträffar. Det har varit en strävan att ta bort programgränserna i områdesverksamheterna, där det bör finnas tillgång till en stor "repertoar" av kompetens m.m., vilket medfört att socialsekreterarens yrkesroll blivit en annan.

Samverkan med den öppna psykiatriska vården

I början av 1980-talet ville personalen inom socialtjänsten pröva olika former av samarbete med den öppna psykiatriska vården. De ville vända sig till ensamma och isolerade människor oberoende av vilken vårdorganisation de eventuellt var klienter hos. Med utgångspunkt från en särskild lokal i distriktet utvecklades verksamheten. Man konstaterade att varken socialtjänsten eller psykiatrin tidigare ställt frågan – Vad behöver människan? Man började välja målgrupp utifrån behov istället för att utgå från symptom. På detta sätt blev insatserna oberoende av vårdsamhällets indelning efter symptom och den där till hörande begreppsapparaten. I organisationen arbetar nu hemvårdassistenter, arbetsterapeuter, socialsekreterare, sjuksköterskor, mentalskötare och vårdbiträden. I områdeslokalen förekommer verksamheter av olika slag med utgångspunkt från gästernas (klienternas) behov. Numera fungerar verksamheten som en länk mellan psykiatrin och socialtjänsten. Gäster och personal har också kontakt med den övriga psykiatriska vården i stadsdelen och informerar om sin verksamhet.

Kommunbesök 4

Allmänt

Kommunen ligger i södra Sverige och har ca 70 000 invånare. I maj 1992 genomfördes en stor organisationsförändring, som innebar att följande tre nämnder fick ansvaret för hela den sociala verksamheten:

- Barn- och ungdomsnämnden ansvarar för utbildning och barnomsorgen.
- Omsorgsnämnden ansvarar för äldre- och handikappomsorgen.
- Socialnämnden ansvarar för individ- och familjeomsorgen.

För Barn- och ungdomsnämnden och Omsorgsnämnden innebar organisationsförändringen att ett större antal resultatenheter infördes och att påtagliga besparingskrav riktades mot dessa verksamheter.

Före den stora organisationsförändringen i maj 1992 var IFO förlagd till tre olika distrikt, vilket ansågs innebära en splittring av resurserna, planeringssvårigheter och en svag organisationsstruktur. Detta gjorde sig framför allt

gällande avseende missbrukarvården. Socialnämndens nya organisation omfattar följande enheter:

- Staben, där socialchefen handlägger alla övergripande frågor,löner, utbildning m.m.
- Mottagningsenheten, där alla ärenden handläggs i inledningsskedet, för att sedan i förekommande fall remitteras vidare till behandlingsenheten eller vuxenenheten.
- Behandlingsenheten som handlägger de familjerättsliga ärendena, det generella ungdomsarbetet och behandlingsarbetet avseende barn och ungdom. Där bedrivs också behandlingsarbetet i familjer genom s.k. familjeassistenter och där genomförs missbruksutredningarna.
- Vuxenvårdsenheten som ansvarar för den öppna och slutna vården avseende vuxna missbrukare och där finns också ansvaret för den uppsökande verksamheten. I huvudsak är det fråga om öppenvård. LVM-ärenden handläggs däremot vid behandlingsenheten, där även den myndighetsutövande funktionen finns för vuxna.

Motiven för organisationsförändringen var i första hand ekonomiska. I kommunen ville man ha resultatenheter inom barn- och äldreomsorgen för att få ett fastare ekonomiskt grepp över verksamheten. Kommunledningen har ansett att myndighetsutövningen m.m. inom IFO måste ha tillräckliga resurser och därför har inga besparingskrav riktats mot den verksamheten. När det gällde missbrukarvården fanns det också vårdmässiga motiv. Inom den tidigare decentraliserade organisationen utgjorde missbrukarvården ett stort problem med bl.a. återkommande institutionsplaceringar. Den nuvarande organisationen med en koncentrerad vuxenvårdsenhet, innebär att vården blir mer sammanhållen och effektivare och den organisatoriska strukturen har samtidigt blivit fastare.

Arbetet med barn och ungdom

Barn- och ungdomsarbetet utförs således vid behandlingsenheten. Den är i sin tur uppdelad i olika funktioner:

- 9 socialsekreterare utför alla utredningar och svarar för myndighetsutövningen även för vuxna.
- 8 personer svarar för familjerättsliga ärenden samt för rekrytering, handledning och utbildning av familjehemspersonal. Här finns också ansvaret för kontaktpersoner och kontaktfamiljer.
- 2 personer arbetar som ungdomsassistenter och håller kontakten med de åtta ungdomar som bor i de lägenheter som förvaltningen hyr ut.
- 8 familjeassistenter ansvarar för kontakten med barnfamiljer, vilka är i behov av särskilt stöd.

- 4 fältsekreterare ansvarar för det uppsökande arbetet – en insats som främst är strukturellt inriktad. Här finns också ansvaret för föräldravandringar och för arbetet med olika ungdomsgrupper. Här finns också ansvaret för samarbetet med andra förvaltningar.

När det gäller samverkan och samarbete med andra myndigheter finns följande:

- Fältassistenterna träffar regelbundet ungdomsutredarna vid polisen.
- En samrådsgrupp bestående av BUP (Barn- och ungomspsykiatrin), polisen, barnavårdscentralen och socialtjänsten för att diskutera frågor kring barn och ungdomar som utsatts för sexuella övergrepp.
- Fältassistenterna träffar regelbundet skolpersonal för diskussioner i gemensamma frågor.
- Personal vid socialförvaltningen överlägger med mödra- och barnavårdscentralen några gånger per år.
- En samrådsgrupp planeras till hösten 1993 med polisen och frivården avseende kriminella ungdomar med missbruksproblem. Man diskuterar också ett samarbete med narkotikapolisen.
- Ett visst samarbete med den vuxenpsykiatriska kliniken.

De ovan redovisade samarbetsformerna med andra myndigheter har främst ett strukturellt syfte. I kommunen finns inget barn- och ungdomspolitiskt program. Någon egentlig förskjutning av resurser från sluten till öppen vård har inte ägt rum, men i kommunen finns en diskussion om att ta resurser från anslaget för HVB-insatser till olika öppenvårdsalternativ.

Det allmänt förebyggande arbetet i alkoholfrågor består av information ute i skolorna. Dessutom finns viss uppsökande verksamhet i sådana miljöer där ungdomsfylleri förekommer. Utskänkningstillstånden kontrolleras bättre idag jämfört med tidigare. När det gäller att upptäcka ungdomar vars alkoholkonsumtion är för hög, uppgavs att kommunen är så pass liten att sådan information alltid kommer fram till socialtjänsten på något sätt. Den form av insats som kan bli aktuell för ungdomar i riskzonen är i första hand stödsamtal. När det gäller åtgärder i samband med ingripanden enligt LOB fanns ingen utarbetad strategi.

Från socialtjänstens sida ansåg man att det finns svårigheter att tidigt upptäcka ungdomar i riskzonen och därmed kunna ingripa med adekvata insatser. Det saknas utredningsresurser och det finns brister när det gäller arbetsformer för arbete med ungdomsgrupper ute i samhället. Dessutom, menar man, vore det bättre om kommunen fick ett helhetsansvar för hela vården, istället för den ordning som nu gäller med delat ansvar med landstinget. Det är ganska ofta tvister om huvudmannaskapsgränserna.

Arbetet med vuxna missbrukare

Frågan om behandling av vuxna missbrukare hanteras av vuxenvårdsenheten. Utredningar görs dock inom behandlingsenheten. Arbetet syftar till att ta ett helhetsansvar för klienten. Inriktningen på arbetet är att erbjuda vård på hemmaplan i stället för på institution. Erfarenheterna av de tidigare institutionsplaceringarna var mycket negativa. De hade varit planlösa, dyra och resultatlösa. Några generella riktlinjer finns inte för missbruksarbetet, bortsett från ett uttalande om att vård på hemmaplan skall prioriteras. Vuxenvårdsenheten har följande resurser:

- Två fältarbetare som inriktar sig på uppsökande arbete bland missbrukare. De vänder sig till en grupp där behovet av motivationsarbete är stort.
- Vid ett särskilt boende med 14 platser finns det tillgång till särskilda stödinsatser. Inom verksamheten disponerar man jourlägenheter och andra speciella boendeformer.
- I en generell verksamhet ges samtalsterapi och där arbetar 4 personer.
- En personalkonsulent ansvarar för kontakten med AF och har också ansvaret för kommunala beredskapsarbeten.
- Vid en behandlingsenhet ger man "lösningsfokuserad korttidsterapi" samtidigt som man arbetar med klienternas nätverk.

Samverkan sker regelbundet med den öppna psykiatriska vården i enskilda ärenden. När det gäller de förebyggande insatserna inom missbrukarvården saknas resurser och några speciella åtgärder förekommer egentligen inte. Några speciella insatsformer i samband med ingripanden enligt LOB eller trafikonykterhetsbrott förekommer inte utan ärendena bedöms från fall till fall.

Kommunbesök 5

Allmänt

Kommunen har ca 25 000 invånare och ligger i mellersta Norrland. Strategin när det gäller förändringen av socialtjänstens organisation har varit en utveckling mot en decentralisering och målstyrning av organisationen. Förvaltningsledningen skall svara för ledning och service. Fritidsverksamheten och deltidsförskolor överfördes till skolans ansvarsområde under år 1992. Nu diskuteras också en överflyttning av barnomsorgen till skolan. I kommunen har man tagit avstånd från en beställar/utförarorganisation.

Fram till år 1990 fanns en decentraliserad organisation med tre distrikt, där handläggarna svarade för alla typer av ärenden. För tre år sedan återgick man till en avdelningsorganisation, som innebar en specialisering av verksamheten.

Socialtjänsten består nu av tre avdelningar:

- Individ- och familjeomsorgen (IFO).

- Äldre- och handikappomsorgen.
- Barnomsorgen.

IFO består nu av tre vårdgrupper:

- Ekonomigrupp.
- Barn- och familjegrupp.
- Behandlingsgrupp.

Till hösten 1993 planeras en differentiering av barn- och familjegruppen i tre enheter:

- Flyktingmottagning.
- Barn- och familjegrupp.
- Ungdomsgrupp.

Det finns ett kommunalt sparkrav som under år 1993 uppgår till 2,5 procent av budgeten och under år 1994 skall det sparas ytterligare 2,7 procent. Efter ädelreformen överfördes en del uppgifter och resurser till kommunen vilket gav möjlighet till rationaliseringar. När det gäller kommunens ekonomi i stort kan man säga att den är stark och att skulderna är relativt små. När det gäller IFO:s verksamhet som helhet så har resurserna stärkts under senare år.

Barn och ungdom

Enligt vad som framkommit kommer verksamheten vid barn- och familjegruppen att differentieras under år 1993. I kommunen finns också en ungdomsmottagning som landstinget svarar för. Vid skolan finns en skolkurator. Den barnpsykiatriska kliniken har en kurator och en psykolog, men den verksamheten finns på en annan ort. Socialtjänsten har ett gott samarbete med polisen på orten. Det finns vidare en samrådsgrupp som avser sexuella övergrepp mot barn. Där ingår företrädare för den barnpsykiatriska kliniken, åklagarmyndigheten, polismyndigheten och socialförvaltningen. Barn- och ungdomsarbetet skall nu således specialiseras och verksamheten skall inriktas mer mot ungdomar i riskzonen. Det kan gälla ungdomar som skolkar och där man konstaterat drogmissbruk och kriminalitet. Ungdomsarbetet skall också utvecklas i samarbete med arbetsförmedlingen. Inom IFO skall man arbeta med ungdomar individuellt och med ungdomar i grupp och utnyttja ungdomarnas nätverk och samtidigt utveckla samarbetet med andra myndigheter.

I kommunen har man också antagit ett ungdomsprogram samt ett lokalt hälso- och alkoholpolitiskt program.

Inom barn- och ungdomsverksamheten har det inte skett någon överföring av resurser till vård på hemmaplan. Däremot kan det tänkas att insatser på hemmaplan i större utsträckning kommer att användas i framtiden.

Det finns en samverkansgrupp i ungdomsfrågor med företrädare för social-

tjänst, skola, polis samt Hem och skola. Den svarar för det allmänna och individuellt förebyggande arbetet. När det gäller exempelvis åtgärder i samband med ingripanden enligt LOB och trafikonykterhetsbrott finns en utecklad strategi för utredning och åtgärd. Distriktssköterskan arbetar förebyggande inom barnomsorgen med information till personalen om barns uppväxtförhållanden. Dessutom bedrivs information i skolan genom s.k. drogundervisning. I kommunens alkohol- och hälsopolitiska program ingår att man skall öka antalet drogfria miljöer för ungdomar i kommunen. Arbetet sker i samarbete med nöjesarrangörerna. Genom arbetet i samverkansgruppen får kommunen tidigt information om riskabla alkoholvanor bland ungdomar. Företrädare för IFO träffar polisen varje vecka och utbyter information. Det stöd som ungdomar erbjuds avser i första hand samtal i grupp eller enskilt. Även polisen medverkar i detta arbete.

Inom socialtjänsten har man den uppfattningen att ungdomsfylleriet minskat de senaste åren delvis beroende på att polisen arbetar mycket ute bland ungdomar och därmed är det svårt för dem att dölja sitt missbruk.

Vuxna missbrukare

I behandlingsgruppen finns 6 socialsekretare. Målgruppen för verksamheten är missbrukare över 20 år. Socialbidragshanteringen ligger helt utanför enhetens ansvar, men däremot svarar man för all myndighetsutövning inklusive LVM-ärenden. Det finns ett organiserat samarbete med Samhall, där missbrukare kan få sysselsättning som ett led i rehabiliteringen. Dessutom har IFO ett samarbete med en förening som sysselsätter 10 personer i beredskapsarbete. Det finns också ett etablerat samarbete med arbetsförmedlingen och en folkhögskola. Folkhögskolan ger en basutbildning och arbetsförmedlingen beviljar utbildningsbidrag till denna. Det är ett exempel på ett förebyggande arbete och ett alternativ till socialbidrag.

Det finns problem i samarbetet med arbetsförmedlingen när det gäller missbrukarna. Man tvistar om ansvaret för gruppens rehablilitering och återanpassning.

Inom IFO fanns tidigare en alkoholrådgivning men den lades ner eftersom samma personer som besökte den också var aktuella inom socialtjänstens IFO-verksamhet. Socialtjänsten nådde således inte gruppen dolda missbrukare.

IFO har ett samarbete med AA (Anonyma Alkoholister) och länkarna som bl.a. avser viss öppenvårdsverksamhet enligt den s.k. Minnesotamodellen. Detta samarbete kommer att utvecklas mot en ökad satsning på öppenvården. Däremot finns det inget regelbundet samarbete med vårdcentralen utan endast i enskilda fall (efter klientens medgivande).

I kommunen finns, enligt vad som angivits ovan, ett alkoholpolitiskt program och där ingår att alla företag med över 25 anställda också skall ha ett eget

alkoholpolitiskt program. Här bidrar socialtjänsten med utbildnings- och informationsinsatser. I det alkoholpolitiska programmet ingår också att kommunen intar en restriktiv inställning när det gäller att tillstyrka nya serveringstillstånd.

Kommunbesök 6

Allmänt

Kommunen ligger i en glesbygd i Norrlands inland och har drygt 4 000 invånare. Socialnämnden kallas numera omsorgsnämnd och förvaltningen leds av en socialchef, som ansvarar för IFO och äldreomsorgen. Barnomsorgen har förts över till utbildningsnämnden liksom fritidsverksamheten. Det finns planer i kommunen på att sammanföra försäkringskassan och socialtjänsten till en verksamhet. Primärvården planeras inte vara med i den omorganisationen. Vid socialtjänsten finns 2,5 socialsekreterare. Några större budgetförändringar har inte ägt rum på senare år. Ibland kan institutionsplaceringar påverka budgeten i stor omfattning.

Barn och ungdom

Socialtjänsten har som framgått ovan 2,5 socialsekreterare och en behandlingsassistent. Den senare går hem till barnfamiljer vid behov och ger särskilda stödinsatser. Socialsekreterarna ansvarar för såväl myndighetsutövning som stödinsatser. Det förekommer ingen specialisering av barn- och ungdomsarbetet. Det finns en samverkansgrupp mellan skolan, polisen, Hem och skola, kyrkan och fritidsverksamheten. Den utgör basen för det förebyggande arbetet, och i denna grupp beslutar man om olika allmänna insatser. Det finns också en s.k. vuxengrupp, som utför ett förebyggande arbete i samband med olika nöjesarrangemang. I skolan talar man också mycket om missbruk och missbruksproblem och för den insatsen svarar socialsekreterarna. När det gäller att tidigt upptäcka riskabla alkoholvanor utgör kontakten mellan skolan och föräldrarna och den ovan nämnda samverkansgruppen en viktig bas. På en liten ort är den sociala kontrollen stark, något som underlättar det sociala arbetet. En värdefull samverkanspartner är distriktssköterskan, som efter många års anställning har en värdefull personkännedom och kunskaper om invånarnas förhållanden. Om någon person omhändertas enligt LOB finns en strategi för olika åtgärder. Det stöd som i första hand erbjuds är samtal med socialsekeretare. I kommunen skulle man vilja satsa mer på uppsökande verksamhet och s.k. "hemmahosare".

I kommunen finns en barn- och ungdomsplan som avser hela kommunens barn- och ungdomsverksamhet. Vad gäller institutionsvården så överväger man

inom kommunen numera mycket noggrant om någon annan insats kan göras på hemmaplan i stället.

Vuxna missbrukare

Socialsekreterarna svarar för myndighetsutövningen och stödinsatserna. I kommunen finns också ett samarbete med AA och länkarna när det gäller stöd till missbrukare. Socialsekreteraren kan ge Antabus efter ordination från läkare. Andra insatser svarar hemtjänsten för, t.ex. social omvårdnad för äldre missbrukare. Socialtjänsten samarbetar i viss utsträckning med vårdcentralen och med frivården. När det gäller avgiftning måste man anlita sjukvården på en annan ort. Detta kan ibland medföra problem.

I det förebyggande arbetet och när det gäller tidiga insatser samarbetar kommunen också med AA och länkarna som man även stöder ekonomiskt. Om socialtjänsten får kännedom om någon som dricker för mycket kallas denne till samtal. Om samma sak upptäcks på vårdcentralen kontaktar man socialtjänsten därifrån.

11 Kommissionens överväganden och förslag

11.1 Inledning

Vårdens framtida roll

I en nära framtid kommer delar av den svenska alkohollagstiftningen delvis att förändras. De monopol som finns för import, export, tillverkning och partihandel av alkoholdrycker kommer att ersättas av en marknad med konkurrens inom ramen för regler om tillstånd, tillsyn och sanktioner. Sett i ett längre tidsperspektiv kan det finnas risk för att våra höga svenska alkoholpriser på grund av marknadsanpassning och ändrade bestämmelser om gränshandel kommer att påverkas nedåt. Därmed finns det risk för att den svenska restriktionspolitiken försvagas och förutsättningarna ändras för det generellt förebyggande arbetet. Även om vissa restriktioner då skärps och det förebyggande arbetet intensifieras finns det risk för att konsumtionen ökar vilket åtminstone på sikt innebär att vården utsätts för stora påfrestningar liksom de individuellt förebyggande och de tidiga insatserna. Kraven kommer att öka på de individuellt förebyggande åtgärderna, de tidiga insatserna samt på vården.

Hittills har höga alkoholpriser och begränsningar av tillgängligheten på alkoholdrycker utgjort de mest effektiva sätten att hålla tillbaka alkoholproblemen i vårt samhälle men även i andra länder.

Av forskningen framgår att omfattande alkoholproblem bland befolkningen inte kan "vårdas bort". Trots detta satsar samhället avsevärda resurser på främst institutionell missbrukarvård. Enbart kommunernas kostnader beräknas uppgå till drygt 2 miljarder kronor för sådan vård. Därtill kommer statsbidrag på 950 miljoner kronor.

En expertgrupp inom Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) vid

Socialstyrelsen har i skriften "Behandling av alkoholproblem – en kunskapsöversikt" belyst vård och behandling av missbruk. Av expertgruppens sammanfattande bedömning framgår att effekterna av den hittillsvarande institutionella missbrukarvården sannolikt är mycket begränsade. Med effekt avses att klienter varaktigt befrias från alkoholproblem.

I rapporten från CUS (se avsnitt 9.5 och bilaga 3) konstateras sammanfattningsvis att "studier av behandling jämfört med ingen eller minimal behandling har påvisat positiva effekter, som kvarstår under en tid efter behandlingen". I ett särskilt avsnitt om behandlingseffekter konstaterar Lars Lindström dessutom att "ingen behandling av alkoholberoende personer har hittills visat sig leda till bestående resultat". I stället är varaktigt förbättrade alkoholvanor ofta beroende av andra omständigheter. Däremot konstaterar han att jämförande studier kunnat belägga att tidiga insatser riktade till missbrukare som ännu inte utvecklat ett svårt alkoholberoende leder till goda resultat. Dessa effekter har i många fall visat sig vara bestående. Satsningar på tidiga individuella insatser är alltså motiverade. I skriften konstateras också att det aktuella forskningsläget inte motiverar uppgivenhet eller resignation utan att det snarare bör stimulera till omprövning och nytänkande. Det är troligt att vissa program, vårdformer och inslag kommer att visa sig effektiva för vissa klienter under vissa villkor. En annan väg är att uppmärksamma de miljöfaktorer som bidrar till att underlätta "naturliga" läkeprocesser.

De förändrade förutsättningarna för generella åtgärder, kunskaperna om tidiga förebyggande insatser och om vården, dess effekter och inte minst dess kostnader ger enligt kommissionens bedömning underlag för att föreslå en omfördelning av vårdresurserna mot en ökad öppenvård och tidiga insatser. Ett nytt synsätt när det gäller vårdens roll i samhället för att motverka alkoholproblemen i befolkningen är motiverad. Tyngdpunkten i vårdinsatserna bör med stor försiktighet förskjutas från den institutionella vården mot öppnare vårdformer. Institutionsvård bör bara ges till personer som inte kan tillgodogöra sig behandling i öppna former. Därmed kan också möjligheterna öka att ge fler människor hjälp och stöd på ett effektivare sätt. Det finns knappast någon anledning att satsa jämförelsevis stora resurser på en institutionsvård i de fall bättre eller samma resultat går att uppnå med billigare och effektivare vårdformer. Detta måste samtidigt sammanvägas med de humanitärt grundade behoven att i vart fall för en tid bereda missbrukare och deras anhöriga en period utan ett destruktivt drickande.

Det är mot denna bakgrund som kommissionens olika förslag skall ses. Här avses främst förslagen om ändrade statsbidragsbestämmelser och alkoholrådgivningens betydelsefulla roll. En förstärkt socionomutbildning inom missbruksområdet där forskningsanknytningen stärks kan också verka i samma rikning. Organisatoriska förändringar inom kommunernas socialtjänst, främst individ-

och familjeomsorgen, är ett annat område där förbättringar kan uppnås avseende de individuellt förebyggande och de tidiga insatserna.

Det statliga ansvaret

Det statliga ansvaret och inflytandet över missbrukarvården har varierat under de senaste decennierna. Före socialtjänstreformen hade staten ett betydande och direkt ansvar för den institutionella vården, främst tvångsvården. Fram till år 1983 var staten huvudman för ett stort antal institutioner för alkoholmissbrukare. Därutöver utgick statsbidrag till såväl anordnande som drift av ett stort antal behandlings- och inackorderingshem för missbrukarvård.

Socialutredningens analys år 1974 ledde till slutsatsen att olika typer av ansvar såsom kostnadsansvar, vårdansvar, behandlingsansvar och resursansvar inte behövde vara knutna till en och samma huvudman. De krav på närhet, kontinuitet och flexibilitet som Socialutredningen ställde skulle emellertid vara svåra att förena med ett statligt huvudmannaskap. I socialtjänstpropositionen (prop. 1979/80:1) gjordes den bedömningen att ett kommunalt huvudmannaskap borde kunna medverka till en anpassning av socialtjänstens institutioner till de krav som utredningen ställt på verksamheten.

I den av riksdagen år 1980 antagna socialtjänstlagen gavs kommunerna och landstingen ett gemensamt ansvar för de institutionella resurserna. Kommunerna övertog också rättigheter och skyldigheter avseende erkända och enskilda nykterhetsvårdsanstalter samt inackorderings- och behandlingshem.

I och med att staten under år 1994 återigen tar över huvudmannaskapet för en betydande del av institutionsvården ökar det direkta statliga ansvaret för en del av missbrukarvården. Därigenom skall staten bl.a. garantera en tillfredställande kvalitet på vården jämte en differentiering av vårdutbudet.

En annan betydelsefull del av det statliga ansvarstagandet för missbrukarvården är bestämmelserna om statsbidrag till missbrukarvården. Dessa har ändrats flera gånger bl.a. för att stimulera en utveckling av de öppna vårdformerna i kommunerna. Erfarenheterna tyder dock på att utformningen av statsbidragen hittills inte haft den avsedda effekten. Med nuvarande utformning kan också sägas att dessa bestämmelser har en konserverande effekt på strukturen av missbrukarvården.

Utvecklingen av de statliga bidragen till kommunerna har under 1980- och 1990-talen gått mot en reducerad detaljstyrning och reglering. Kommunalekonomiska kommittén och Strukturkostnadsutredningen har föreslagit en avveckling av de specialdestinerade statsbidragen utifrån olika modeller. Förslagen kan ses som ett led i utvecklingen mot en minskad statlig styrning av den kommunala verksamheten. En riktlinje är att staten inte skall bestämma hur uppgifter bäst sköts utan nöja sig med att inom speciallagstiftningens områden ange vad som skall göras och målsättningarna för arbetet.

Fortfarande kvarstår emellertid flera specialdestinerade statsbidrag, bl.a. bidraget till ungdoms- och missbrukarvården. 1992 års riksdagsbeslut som innebar att staten tar över huvudmannaskapet för den institutionella tvångsvården och bibehåller de specialdestinerade statsbidragen för ungdoms- och missbrukarvården tyder på att utvecklingen här går mot ett fortsatt statligt inflytande över missbrukarvården genom statsbidragsbestämmelserna. Att staten tar över huvudmannaskapet för tvångsvården är ett skäl för att bibehålla det statliga inflytandet över den övriga missbrukarvården, eftersom vårdsystemet utgör en helhet. Förändringar av olika slag inom den frivilliga vården kan påverka tvångsvården och omvänt. De båda delarna är till en del ömsesidigt beroende av varandra.

Erfarenheterna från fältet och av den nu pågående omstruktureringen av vården och konsekvenserna av den, tyder på att det statliga inflytandet genom statsbidragsbestämmelserna nu inte bör reduceras. Den statliga tillsynen bör också bibehållas i nuvarande omfattning, inte minst mot bakgrund av att kommunerna antagligen kommer att ta över ansvaret från länsstyrelserna när det gäller utredning och ansökan om LVM-vård. Regeringens proposition (1993/94:97) om denna fråga kommer att behandlas av riksdagen under våren 1994.

Om det blir så att alkoholkonsumtionen ökar i framtiden och sannolikt därmed även missbruksproblemen kommer denna förändring att utsätta vårdsystemet för stora prövningar. Tillsammans med en ekonomisk åtstramning kan en sådan utveckling motivera att det specialdestinerade statsbidraget till ungdoms- och missbrukarvården bibehålls.

Om man å andra sidan inte önskar detaljreglera kommunernas missbrukarvård och mot denna bakgrund skulle vilja överföra det specialdestinerade statsbidraget för ungdoms- och missbrukarvården till den s.k. statsbidragspåsen, måste man godta större variationer mellan kommunerna när det gäller satsningar på den frivilliga vården i olika former. Detta skulle i sin förlängning kunna leda till att eventuella brister i den kommunala frivilliga vården kan komma att återverka på förhållandena inom den tvångsmässiga missbrukarvården. Ytterst skulle risken vara att missbrukarna kan få en sämre vård och omvårdnad.

Utvecklingen

Förändringarna inom missbrukarvården berör såväl det allmänt förebyggande arbetet som den öppna och slutna missbrukarvården. Det allmänt förebyggande arbetet sker alltmer i samverkan mellan socialtjänsten och andra kommunala organ respektive med försäkringskassan, landstinget, polisen och frivilliga organisationer. I en del kommuner har socialtjänsten helt eller delvis överlåtit de allmänt förebyggande arbetsuppgifterna till andra kommunala verksamhetsgrenar.

När det gäller den individuellt inriktade missbrukarvården sker jämsides i många kommuner en ökad satsning där en rad olika öppenvårdsformer prövas, bl.a. boende med särskilda stödinsatser. Intentionerna bakom fördelningen av statsbidragen till kommunernas missbrukarvård för budgetåret 1993/94 går i samma riktning.

Det finns flera olika orsaker till utvecklingen. En ökad restriktivitet när det gäller att ge vård på behandlingshem beror sannolikt på kommunernas kärva ekonomiska läge, men kan även bero på att effektiviteten inom institutionsvården ifrågasätts. Lägre kostnader i den öppna vården har utgjort ett viktigt motiv i besparingstider till en omstrukturering av vården. Andra typer av förklaringar kan vara av mer subjektiv karaktär. Ideologi, synsätt och tradition i kommunen påverkar huruvida missbrukarvården sker på institution eller inom öppenvården. På vissa håll ser man behandlingshemsvistelser som viktigare och mer oundvikliga än i andra kommuner. I en del kommuner har tilltron till den öppna vården ökat och det har också vuxit fram en misstro mot den institutionella vårdens effekter. Hur många missbrukare man placerar på institution och vårdtidens längd påverkas också av hur utbudet inom öppenvården ser ut. Det är av betydelse hur öppenvården är anpassad till den enskilde klientens önskemål och behov.

Uppföljning av Socialberedningens förslag

Flera av de förslag som Socialberedningen lämnade i sitt slutbetänkande Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget (SOU 1987:22) har följts upp i detta betänkande. Det finns problem i vården av alkoholmissbrukare, som Socialberedningen pekade på och som ännu inte fått någon tillfredställande lösning. Problem finns till exempel vid utvecklingen och differentieringen av öppenvården, när det gäller att möta behovet av vård av psykiskt störda missbrukare, samverkan mellan olika vårdgivare, villkoren för statsbidrag, den nuvarande socionomutbildningen m.m. Socialberedningen pekade också på värdet av en specialisering av arbetet med de tyngre missbrukarna. I detta avseende tycks emellertid utvecklingen i en del kommuner ha motsvarat de krav på specialiserade vårdresurser, som Socialberedningen förde fram. Frågan om alkoholrådgivningarna behandlas under avsnitt 11.3 i den fortsatta framställningen.

Det är Socialtjänstkommittén som har regeringens uppdrag att se över socialtjänstlagen och att utreda socialtjänstens framtida organisation och inriktning. Den tvångsmässiga ungdoms- och vuxenvården har nyligen varit föremål för en översyn och huvudmannaskapet för dess institutioner tas nu över av Statens institutionsstyrelse, som har ett brett uppdrag vad avser uppföljning, utveckling, utbildning och utvärdering inom detta vårdområde. Kommissionen har valt att koncentrera sina förslag till några områden där problemen bedömts som mest påtagliga och möjliga att avgränsa till just socialtjänstens missbrukarvård.

11.2 Statsbidragsbestämmelserna

Allt sedan socialtjänstreformen trädde i kraft år 1982 har statsbidragsbestämmelserna för ungdoms- och missbrukarvården kritiserats. Den genomgående kritiken har varit att bestämmelserna inte haft en tillräckligt styrande effekt. Gång efter annan har bristen på olika öppenvårdsalternativ i kommunerna påverkats. Flera tecken tyder nu på att en del kommuner utvecklat framgångsrika öppenvårdsalternativ eller "mellanvårdsformer". Denna utveckling kan ha ekonomiska orsaker i besparingstider och/eller bero på att den institutionella missbrukarvårdens effektivitet alltmer kommit att ifrågasättas. Förändringarna kan även vara vårdideologiskt motiverade.

Mycket tyder på att det finns kommuner som inte alls eller bara delvis utvecklat några effektiva öppenvårdsalternativ, samtidigt som det ägt rum en reducering av såväl den tvångsmässiga som den frivilliga institutionsvården. Det kan därför förekomma att missbrukare inte får den vård de är berättigade till. Sådana uppgifter har lämnats bl.a. i samband med kommissionens och Socialtjänstkommitténs gemensamma regionala seminarier. Det är därför av stor vikt att utvecklingen av olika öppenvårdsalternativ blir bestående i de kommuner där sådana redan förekommer men framför allt att ett utvecklingsarbete inleds i sådana kommuner där det i dag föreligger brister. Slutligen är det också väsentligt att förändringen får en långsiktig karaktär. Framtida statsbidragsbestämmelser bör utformas mot den bakgrunden.

Å andra sidan är det också väsentligt att det finns tillgång till institutionsvård i de fall där den bedöms som nödvändig utifrån vårdsynpunkt. Den kritik som riktats mot den institutionella vården har många gånger varit berättigad, eftersom den visat sig både ineffektiv och dyrbar i en del fall. Denna kritiska attityd till institutionsvården får dock inte gå ut över klienternas rätt till sådan vård.

När det gäller den tvångsmässiga vården tar Statens institutionsstyrelse under år 1994 över ansvaret för att tillhandahålla sådan vård. Finansieringen sker delvis via ett särskilt anslag över statsbudgeten (470 mkr för budgetåret 1993/94). Kostnader för vården, utbildnings- och utvecklingsinsatser samt administrationen skall också finansieras genom kommunala vårdavgifter. I uppgifterna för Institutionsstyrelsen ingår att anpassa vårdutbudet till behov och efterfrågan.

Regeringens beslut den 7 oktober 1993

Genom ett beslut den 7 oktober 1993 fördelade regeringen det riktade statsbidraget till ungdoms- och missbrukarvård för budgetåret 1993/94. I en bilaga till regeringsbeslutet konstateras att ungdoms- och missbrukarvården hittills inte fungerat tillfredställande, vilket bl.a. ligger bakom riksdagens beslut om ett statligt huvudmannaskap för tvångsvården. Statens bidrag till ungdoms- och

missbrukarvården bör ses som en helhet med ett övergripande syfte att garantera att resurserna inom såväl institutionsvården som öppenvården överenstämmer med behov och efterfrågan. Det finns ett starkt intresse av att det råder balans mellan å ena sidan den tunga institutionsvården och tidiga förebyggande insatser, öppenvård eller andra frivilliga insatser å den andra. Hela vården skall således, framhålls det, ses som en helhet.

Enligt regeringsbeslutet skall ett kommunbidrag på sammanlagt 430 mkr betalas ut under budgetåret 1993/94 och dessutom 50 mkr i s.k. särskilda utvecklingsmedel, för att stimulera framväxten av olika förebyggande- och öppenvårdsinsatser för att därigenom på sikt reducera kommunernas sammantagna vårdkostnader. Den totala ramen för denna del av statsbidragen till ungdoms- och missbrukarvården är således 480 mkr. Därutöver har 470 mkr överförts till Statens institutionsstyrelse för driften m.m. av tvångstinstitutionerna.

Kommunbidraget på 430 mkr fördelas till varje kommun utifrån ett genomsnitt av det antal vårddagar på institution som kommunen utnyttjat under åren 1986–1987 och år 1990. Den här fördelningsgrunden motverkar en dynamisk utveckling mot olika alternativa öppenvårdsformer, eftersom fördelningen bygger på den institutionsvård som tidigare förekommit. Det är fråga om ett driftsbidrag till kommunal öppen och sluten vård som fördelas via ett prestationsmått knutet till enbart institutionell vård. Det finns exempel på kommuner där man ersatt institutionsvård med ambitiösa och långtgående satsningar på en kvalificerad öppenvård på hemmaplan trots att man i kommunen haft förhållandevis många människor med allvarliga missbruksproblem. Dessa kommuner har direkt missgynnats av de hittillsvarande statsbidragsbestämmelserna och det finns en påtaglig risk att ambitionerna minskar att fortsätta öppenvårdssatningarna i framtiden om inte en förändring kommer till stånd.

RRV konstaterade i en rapport om narkomanvården år 1993 att statsbidragsstyrningen hittills haft en konserverande effekt på vårdstrukturen. Den kritiken kan också sägas gälla betydande delar av de statsbidrag som här behandlas.

RRV förordade i stället att huvuddelen av statsbidraget till den kommunala missbrukarvården skulle inordnas i det generella statsbidragssystemet till kommunerna. Därutöver föreslogs att en mindre del av de nuvarande statsbidragen skulle avsättas i syfte att stimulera samordning av olika vårdinsatser.

I bilagan till regeringsbeslutet den 7 oktober 1993 framhålls att länsstyrelserna genom sitt tillsynsarbete har en god kännedom om kommunernas missbruka- och ungdomsvård och även känner till vilka brister och behov av särskilda insatser som föreligger. Beslutet innebär att länsstyrelserna skall fördela de särskilda utvecklingsmedlen till kommunerna.

Socialstyrelsen har ansvaret för den övergripande tillsynen i landet och därmed kunskap om vilka utvecklingsbehov som finns. Enligt regeringsbeslutet skall därför Socialstyrelsen samråda med länsstyrelserna för att precisera inriktningen av hur utvecklingsmedlen på 50 mkr skall användas. Av detta belopp

skall Socialstyrelsen själv disponera 2 mkr för uppföljningsarbete. I arbetet med fördelningen av utvecklingsmedlen är även Statens institutionsstyrelse och Svenska Kommunförbundet viktiga intressenter.

Eftersom staten nu övertar huvudmannaskapet för tvångsvården har Socialstyrelsen i uppdrag att följa hur tvångsvård, frivillig institutionsvård och öppna kommunala vårdinsatser utvecklas. Enligt bilagan till regeringsbeslutet den 7 oktober 1993 bör Socialstyrelsen i samarbete med Statens institutionsstyrelse utvärdera och analysera effekterna av kommunernas användning av statsbidraget. Det är viktigt att samverkan kommer till stånd mellan berörda intressenter. Syftet bör vara att planera och styra den allmänna inriktningen av utvecklingsarbetet, såväl när det gäller uppföljning som utvärdering av de verksamheter som kommer till stånd. Denna samverkan bör ske inom ramen för en beredningsgrupp som Socialstyrelsen tillkallar. Den skall varje år, med början den 1 oktober 1994, redovisa till Socialdepartementet vilka effekter utvecklingsarbetet gett. (Se vidare avsnitt 11.6.)

Sammanfattningvis har det tidigare vid ett flertal tillfällen, exempelvis i samband med det nämnda regeringsbeslutet, bedömts som viktigt att olika öppenvårdsformer utvecklas i kommunerna, såväl på ungdomssidan som på vuxensidan. Erfarenheterna visar dock att en sådan utveckling, trots en rad försök, inte ägt rum i en tillräcklig utsträckning. Samtidigt har antalet frivilliga intagningar för institutionsvård enligt SoL inte varit så lågt sedan år 1983 som det är för närvarande. Även den tvångsmässiga vården har reducerats sedan cirka tre år tillbaka. Det skall framhållas att variationerna har varit relativt stora när det gäller antalet insatser enligt LVM och SoL under de senaste tio åren. Den nedåtgående trenden har nu pågått sedan åren 1988–1989, men det går naturligtvis inte att uttala sig om denna utveckling kommer att fortsätta eller inte. Däremot ger den reducering av insatserna som pågått de senaste åren anledning till en ökad vaksamhet.

När antalet institutionsplaceringar reduceras, inom såväl den frivilliga vården som den tvångsmässiga, är det särskilt viktigt att öppenvården verkligen utvecklas överlag. För att tillgodose det vårdbehov som finns i gränslandet mellan den institutionella vården och socialtjänstens öppna missbrukarvård är det väsentligt att olika effektiva öppenvårdsalternativ utvecklas på "hemmaplan". Sådana öppenvårdsalternativ bör i varierande utsträckning innehålla olika former av social kontroll beroende på vårdform och den klientgrupp som är aktuell. Det kan t. ex. vara fråga om olika mellanvårdsformer för missbrukare, som t.ex. särskilda boendeformer med olika stödinsatser. Dessutom finns det behov av andra öppenvårdsinsatser som riktar sig till de missbrukare, vilka befinner sig i ett tidigt skede av missbruk men som har kvar sin sociala förankring.

Mot bakgrund av att det inte går att utesluta en konsumtionsökning av alkoholdrycker i framtiden, som följd av de effekter som EES-avtalet och en eventuell EU-anslutning kan få på den svenska alkoholpolitiken, ökar kraven på ytterliga-

re satsning på en differentering av olika förebyggande insatser och olika former av öppenvård i kommunerna. Ett viktigt inslag är alkoholrådgivningarna. (Se vidare avsnitt 11.3.) Slutligen blir det de lokala förhållandena och behoven som avgör vilka satsningar som behövs för att skapa och utveckla olika öppenvårdsalternativ.

Den modell för fördelning av statsbidraget till kommunerna som har använts och som med modifieringar kommer att användas under budgetåret 1993/94 kan sägas till betydande del ha kvar en konserverande påverkan på vårdstrukturen. Om man vill uppnå den förändring av den befintliga vårdstrukturen som länge efterlysts och som kan medföra att det skapas resurser för strukturerade och effektiva öppenvårdsformer inom en kommun, måste sannolikt statsbidragets konstruktion förändras. Därmed kan en kraftigare signal ges till kommunerna att genomföra en omstrukturering av vården. Den tidigare och nuvarande konstruktionen av statsbidraget och fördelningen av medel till kommunerna har till stor del byggt på olika prestationsmått inom framför allt den institutionella vården. Det betyder att de kommuner som gjort stora satsningar på olika öppenvårdsformer och reducerat institutionsvården, missgynnas ordentligt av det nuvarande statsbidragssystemet. Tillspetsat kan det hävdas att de kommuner inte belönas som når framgång med sina öppenvårdssatsningar. En än mer negativ effekt av dagens system är att minskade ambitioner i en kommun inte leder till att statsbidragen dras in eller skärs ned.

Utnyttjade vårddagar på institution kan till en del ses som socialtjänstens reaktion på allvarliga missbruksproblem hos de individer som blir föremål för vården. På så vis blir i nuvarande system underlaget för fördelningen av statsbidraget en "reaktion" på befintliga problemlösningar vare sig de är bra eller dåliga. Ett annat sätt är att inrikta statsbidraget på sådana insatser som förebygger eller genom tidiga insatser förhindrar institutionsvård – ett "proaktivt" statsbidragssystem. Mot bakgrund av den stora variation sådana insatser kan ha och avsaknaden av möjligheter att mäta insatsernas effekter är det knappast möjligt att under nuvarande omständigheter konstruera ett sådant system som motsvarar högt ställda krav. Frågan blir i stället om det går att konstruera ett bidragssystem som är mer effektivt än det nu gällande.

Det förslag som Strukturkostnadsutredningen för fram när det gäller socialtjänsten och dess individ- och familjeomsorg är grundat på olika befolkningsstrukturella mått. Statskontoret å sin sida redovisar i en promemoria den 1 juni 1993 modeller som bygger dels enbart på strukturella variabler, dels en kombination av strukturella- och två prestationsvariabler. När det gäller missbrukarvården är den enda prestationsvariabeln knuten till LVM-vården. Det är en svaghet att prestationsmåttet i Statskontorets förslag endast speglar prestationerna i den tvångsmässiga missbrukarvården och inte till någon del prestationerna i den öppna vården. Därmed saknas ett viktigt dynamiskt inslag. Något annat ytterligare försök att skaffa underlag för att mäta prestationer inom såväl den

öppna som den slutna missbrukarvården har inte redovisats i Statskontorets rapport.

Under nuvarande omständigheter torde en modell vara att föredra som bygger på en kombination av olika strukturella variabler och prestationsvariabler eller enbart på de sistnämnda. De bör i så fall inte bara göra det möjligt att mäta institutionsvård utan även vara indikatorer eller mått på den öppna vårdens omfattning och kvalitet, t.ex. förekomsten av olika öppenvårdsformer och hur många individer som är aktuella för sådana riktade insatser under ett år. Det pågår för närvarande ett utvecklingsarbete i många kommuner när det gäller system för uppföljning av verksamheten inom bl.a. individ- och familjeomsorgen. I en ordning med beställare och utförare behövs uppgifter om utförda prestationer. Detta sker i samverkan med Svenska Kommunförbundet (Från ord till handling, Svenska Kommunförbundet, 1993). Socialtjänstkommittén har också som sitt uppdrag att överväga vilken uppföljning och utvärdering som bör ske av socialtjänstens verksamheter och hur detta arbete kan underlättas och stärkas. (Se Kartläggning av kommuners och enskilda vårdutövares behov av ADB-baserade personregister m.m. PM 58, 1993-10-27, Socialtjänstkommittén.) Förutsättningarna för att utveckla ett system för att mäta prestationer inom den öppna vården bör rimligtvis öka i framtiden.

Vid en kommmunal alkoholrådgivning går det exempelvis normalt redan nu att få uppgift om antalet klienter och antalet klientbesök under ett år. Liknande system går att använda för andra specialiserade öppenvårdsformer som finns i kommunerna. Verksamheter som omfattar särskilt boendestöd bör också kunna redovisas. Ett underlag för ett prestationsinriktat statsbidragssystem som även är inriktat på öppenvård måste i utgångsläget sannolikt samlas in från kommunerna genom en enkät eller med hjälp av det system för uppföljning av verksamheterna som nu är under utveckling. Det bör bli fråga om ett begränsat antal kriterier för att inte skapa ett onödigt betungande system.

Om man nu skulle finna att det blir för kostnadskrävande att utveckla ett statsbidragssystem som även ger incitament till kommunala öppenvårdssatsningar, så måste en annan konstruktion av det specialdestinerade statsbidraget till missbrukarvården övervägas. En enklare modell som då bör begrundas är att statsbidraget betalas ut som en andel av varje kommuns totala kostnad för ungdoms- och missbrukarvården. Med en sådan konstruktion kommer staten således att ersätta en viss andel av kommunernas totala kostnader för både den öppna och den slutna vården. En sådan fördelning torde inte, i alla fall inte i samma utsträckning som för närvarande, missgynna de kommuner som genomför ambitiösa satsningar på den öppna vården eller ge fördel åt kommuner som drar in på sin vård. I det fortsatta beredningsarbetet avseende ett nytt statsbidragssystem bör också särskild uppmärksamhet riktas mot att de kommuner där det finns stora missbruksproblem inte missgynnas av ett nytt system.

För att skapa förutsättningar för en fortsatt och förstärkt utveckling i det korta

perspektivet mot olika öppenvårdsformer måste också den nuvarande fördelningen ändras mellan dels ett prestationsinriktat statsbidrag grundat på tidigare institutionsvård (430 mkr) och dels särskilda utvecklingsmedel (50 mkr). Denna förändring kan ske omgående utan att avvakta att ett helt nytt statsbidragssystem utvecklas. Detta för att ge en signal till kommunerna att intensifiera ambitionerna att utveckla alternativa öppenvårdsformer. Förslagsvis bör de särskilda utvecklingsmedlen fördubblas genom ett årligt tillskott på 50 mkr och motsvarande reducering äga rum beträffande det prestationsgrundade statsbidraget från 430 mkr till 380 mkr. Här bör särskild hänsyn tas till de behov som finns på ungdomssidan, eftersom den också berörs. När det gäller fördelningen av den återstående delen av det prestationsinriktade statsbidraget på 380 mkr bör det grundas på så aktuella uppgifter som möjligt avseende utnyttjad institutionsvård i avvaktan på ett nytt statsbidragssystem. En sådan ordning skiljer sig från situationen som den är nu då den relativt höga nivån för den institutionella vården under den senare delen av 1980-talet utgör en grund för beräkningen av statsbidraget.

Syftet med att öka andelen särskilda utvecklingsmedel med ytterligare 50 mkr är således att snarast möjligt stimulera kommunernas ambition att utveckla öppenvården. Det blir fråga om en viss omfördelning från driftsbidrag till stimulansbidrag. I en sådan process får länsstyrelsernas tillsynsfunktion en fortsatt viktig uppgift. Om man i tillsynsverksamheten finner att en kommun inte utvecklar öppenvården i avsedd riktning eller avvecklar/reducerar öppenvården bör detta mötas med en kraftfull tillsyn. Om någon kommun exempelvis avvecklar en alkoholrådgivning, bör en sådan åtgärd följas av en noggrann tillsyn från länsstyrelsernas sida, där man bl.a. förutsättningslöst analyserar konsekvenserna av en sådan åtgärd.

Sammanfattningsvis finner kommissionen att övervägande skäl talar för att det nuvarande statsbidraget till ungdoms- och missbrukarvård bör ses över. Det har fungerat som ett driftsbidrag men knappast styrt mot mer öppenvård. 1993 års förändringar är ett steg i rätt riktning, men det finns anledning att gå vidare.

Det finns nu indikationer på att skillnaderna mellan kommunerna ökat – snarare än minskat – när det gäller att bygga ut den öppna vården och eventuellt också allmänt i ambitionerna för vården av missbrukare. Att staten nu tar över tvångsvården är enligt kommissionens bedömning ett uttryck för att staten har och även framdeles är beredd ta ansvar för vårdens kvalitet och omfattning och att vara garant för vård åt de mest utsatta missbrukargrupperna. Mot bakgrund av senare års erfarenheter förordar kommissionen att vi tills vidare behåller ett specialdestinerat bidrag för ungdoms- och missbrukarvård. Bidraget bör utformas huvudsakligen som ett driftsbidrag som visserligen beaktar institutionsplaceringar men, vilket är en nyhet, även prestationer inom öppenvården. I avvaktan på att ett nytt statsbidragssystem utvecklas bör bidragets del för att stimulera utbyggnaden av öppenvården fördubblas. Länsstyrelserna ges i upp-

drag att fördela de 100 mkr till kommunerna för särskilda öppenvårdssatsningar i avvaktan på att ett nytt statsbidragssystem utvecklats. När ett nytt statsbidragssystem utvecklats kan förutsättningar finnas för att avveckla de särskilda utvecklingsmedlen som fördelas av länsstyrelserna.

Kommissionen föreslår:

- *Socialstyrelsen ges i uppdrag att i samarbete med Statskontoret utveckla ett nytt system för fördelningen av det riktade statsbidraget på totalt 480 miljoner kronor till kommunernas ungdoms- och missbrukarvård. Två modeller bör övervägas: 1. Fördelningen av bidragen bygger på en kombination av strukturella variabler och insatsvariabler eller enbart insatsvariabler. Insatsvariablerna omfattar prestationer inom såväl den öppna som den slutna vården. 2. Statsbidraget ges som en andel av kommunernas totala kostnader för ungdoms- och missbrukarvården.*
- *Det riktade statsbidraget på för närvarande totalt 480 miljoner kronor skall omfördelas. Ytterligare 50 miljoner kronor utöver de år 1993 beslutade 50 miljoner kronorna tillförs de särskilda utvecklingsmedlen. Länsstyrelserna skall även i fortsättningen fördela medlen till kommunerna samt utöva tillsyn. Förslaget kan genomföras utan att avvakta beslut om ett nytt statsbidragssystem.*

11.3 Alkoholrådgivningen

År 1946 startade den första alkoholpolikliniken i Stockholm. Därefter har denna form av öppenvårdsinsatser för alkoholmissbrukare ökat i omfattning och även förändrat sin inriktning i många fall. I den enkät som Socialstyrelsen genomförde år 1992 ingick sammanlagt 310 enheter, varav 206 hade en offentlig huvudman. Totalt har antalet alkoholrådgivningar beräknats till 350 under år 1992, dvs. i genomsnitt fanns det minst en sådan verksamhet per kommun. Socialstyrelsens enkät visade att 162 alkoholrådgivningar var primärkommunala medan 21 stycken drevs av landstingen. Dessutom fanns det 13 verksamheter där kommun och landsting var gemensam huvudman. De övriga drygt 100-talet enheter hade en enskild huvudman, företrädesvis ideella organisationer.

De personella resurserna inom verksamheterna varierade och bland de anställda kunde det finnas olika yrkeskategorier såsom läkare, sjuksköterskor, kuratorer, socialsekreterare, behandlingsassistenter m.fl. Verksamheterna kallades oftast för alkoholpoliklinik, alkoholmottagning, alkoholrådgivning men även för socialmedicinsk enhet.

Individ- och familjeomsorgen inom socialtjänsten saknar ofta de resurser och ibland den kompetens som behövs för att bedriva ett förebyggande arbete, som

innebär tidig upptäckt och tidiga insatser när det gäller människors missbruksproblematik. Enligt socialtjänstlagen har dock socialtjänsten och dess individ- och familjeomsorg detta uppdrag. I framtiden kommer det att bli viktigt att kommunerna kan fylla denna funktion genom en alkoholrådgivning. Dit skall människor med alkoholproblem och/eller deras anhöriga kunna vända sig med förtroende. Det är betydelsefullt att en sådan verksamhet så långt det är möjligt kan erbjuda klienterna anonymitet och att sekretesskyddet är starkt. (Se Allmänna råd från Socialstyrelsen 1983:5.) Vid den kartläggning som Socialstyrelsen genomförde av alkoholrådgivningarna år 1992 utnyttjade nästan 15 procent av klienterna möjligheten att vara anonym.

Den framtida alkoholrådgivningen bör kunna användas som en resurs inte bara av socialtjänsten utan även av primärvården i förekommande fall samt av olika företag och myndigheter inom kommunen. Verksamheten bör vara lätt tillgänglig och väl känd. Den bör t.ex. ha öppet kvällstid, för att de som förvärvsarbetar skall ha möjlighet att få rådgivning och hjälp. Dessutom kan hjälpbehovet ofta uppstå under "icke-kontorstid" och om mottagningen är öppen finns det ökade möjligheter att ge stöd.

Det har visat sig att alkoholrådgivningen kan nå människor i ett tidigt skede i missbrukarkarriären, och under det skedet finns troligtvis de största möjligheterna att hjälpa. En oroande utveckling har noterats på senare tid, som innebär att alkoholrådgivningar ifrågasätts och i några fall har avvecklats. Fram till år 1986 utgick det statsbidrag för dessa verksamheter och då fanns det 140 statsbidragsberättigade enheter. I tider av ekonomiska problem utgör alkoholrådgivningarna exempel på sådana verksamheter som går att avveckla utan lagligt hinder.

Om alkoholkonsumtionen kommer att öka i framtiden är det väsentligt att det finns lätt tillgängliga och effektiva öppenvårdsenheter, dit människor kan vända sig med sina eller anhörigas missbruksproblem. Det kommer också att ställas stora krav på metodutveckling. Det finns många hinder i vägen innan en missbrukare inser att han/hon behöver hjälp och stöd. Bl.a. måste den skuldbeläggning som finns kring detta mycket stora sociala och hälsomässiga problem brytas med en noggrant utvecklad metodik hos de framtida alkoholrådgivningarna.

Alkoholrådgivningarna i framtiden

I dag finns det inget lagstadgat huvudmannaansvar för alkoholrådgivningarna. Det finns heller inte någon lagfäst skyldighet för vare sig kommun eller landsting att driva sådan verksamhet. Om det däremot inom socialtjänsten och dess individ- och familjeomsorg konstateras att en person har ett behov av sådan vård som ges inom ramen för en alkoholrådgivning, så är kommunen skyldig erbjuda den vården eller motsvarande. Upptäcks vårdbehov i samband med läkarbesök har landstinget en skyldighet att erbjuda patienten vård eller hänvisa

till vård inom socialstjänsten. Råd och vård skall således tillhandhållas men det finns inget krav på att särskilda enheter t.ex. alkoholrådgivningar skall finnas i en kommun eller i ett landsting.

Även om skyldighet finns att erbjuda alkoholproblematiker vård, även specialiserad vård, kan sådana vårdenheter vara hotade av inskränkningar eller nedläggningar i besparingstider.

Vid kontakt med Riksförbundet för alkoholmottagningar (RAM) har det framkommit att det finns en tendens till att de öppna specialiserade verksamheterna i storstäderna läggs ner och överförs till socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Det förekommer också att alkoholrådgivningarna sammanförs med de öppna narkomanvårdsmottagningarna och därmed förlorar man en viktig grund i det specialiserade arbetet. Sammantaget uppger man från RAM att det dock ännu inte skett några större förändringar när det gäller antalet verksamheter i landet.

Missbruk rymmer en medicinsk, en social och en psykologisk problematik. Det visar sig också att såväl sjukvården som socialtjänsten på olika sätt tar ansvar för och ger vård till missbrukare. Inom den somatiska och psykiatriska vården vårdas missbrukare och sjukvården tar också ett direkt ansvar för avgiftningen av missbrukare. Dessutom tar den psykiatriska vården på en del håll ett ansvar för vården av alkoholmissbrukare på egen hand eller i samverkan med kommunen och socialtjänsten. Inom den psykiatriska vården finns exempel där sjukvården även tar ansvar för långvariga behandlingsinsatser avseende sådana missbrukare där det finns en psykiatrisk problematik. Landstingens satsningar på alkoholrådgivningar skall också ses utifrån ett hälsovårdsperspektiv och ansvar för det förebyggande arbetet.

Inom alkoholrådgivningen bör det finnas tillgång till medicinsk, social och psykologisk kompetens och dessutom bör det finnas goda samarbetsformer med sjukvårdens avgiftningsverksamheter. Att missbruk är ett multifaktoriellt problem med bäring på såväl sjukvården som socialtjänsten medför att ansvaret för en väl fungerande alkoholrådgivning vilar på både kommun och landsting. Den naturliga organisatoriska anknytningen för alkoholrådgivningen är kommunens socialtjänst eller primärvården. I båda fallen bör det röra sig om specialiserade verksamheter riktade till alkoholmissbrukare. Lokala förhållanden får, som nu, avgöra den närmare uppgifts- och ansvarsfördelningen. Inom vården av alkoholmissbrukare bör det – oavsett fördelningen av uppgifter och ansvar – finnas tillgång till en vårdkedja där både socialtjänstens och sjukvårdens resurser kan behöva tas i anspråk.

Riksdagen har den 8 december 1993 antagit regeringens proposition 1993/94:4, vilken innebär att kommunerna ges ett ansvar för familjerådgivningen. Skälet till reformen är att man gjort den bedömningen att ett enhetligt huvudmannaskap bör fastställas och att ansvaret att ge familjerådgivning bör läggas fast i lag. Fram till nu har sådana verksamheter drivits av både landsting

och kommun, men även av Svenska Kyrkan. I propositionen framgår att familjerådgivningen har nära anknytning till den verksamhet som kommunen bedriver inom socialtjänsten, medan den är tämligen artfrämmande i landstinget, mot bakgrund av landstingets övriga verksamhetsgrenar. Kommunen ges således skyldighet att ansvara för att de som önskar familjerådgivning skall erbjudas sådant stöd. Däremot behöver inte kommunen driva verksamheten själv utan uppdraget kan överlåtas på någon annan, t.ex. landstinget, annan kommun eller en privat rådgivare. Kommunen skall dock svara för att kvaliteten är tillfredsställande.

Om man analyserar förutsättningarna för att låta kommunerna ta ansvaret för alkoholrådgivningarna ser det annorlunda ut än när det gäller familjerådgivningarna. Det finns dels en stark koppling mellan sjukvården och alkoholrådgivningen som har sitt ursprung i problemets karaktär och de resurser som behövs i vården av alkoholmissbrukare. I alkoholvård fordras resurser från de båda huvudmännen och ett gott samarbete dem emellan. Alkoholrådgivningen är heller ingen artfrämmande verksamhetsgren inom sjukvården, där missbrukare vårdas såväl under missbruksrelaterade diagnoser, som under andra. Inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg är förhållandena liknande. Där söker människor med missbruksproblem ofta hjälp och stöd av andra skäl än just missbruksproblemen. Det finns ett intresse även från det hållet att ha tillgång till en väl fungerande alkoholrådgivning. Att ge kommunerna ett odelat ansvar för att erbjuda och tillhandahålla invånare hjälp vid en alkoholrådgivning skulle medföra den nackdelen att kopplingen till sjukvården skulle kunna försvinna. Eftersom landstingen ensamma eller tillsammans med kommunerna i dag driver 34 stycken alkoholrådgivningar skulle ett lagreglerat kommunalt ansvar kunna innebära att landstingens intresse att driva dessa fortsättningsvis reduceras. Det är emellertid viktigt att satsningarna på de öppna vårdformerna fortsätter inom såväl sjukvården som socialtjänsten. Förhållandena i landets olika kommuner är mycket skiftande. Ett i lag reglerat kommunalt ansvar för alkoholrådgivning skulle också kunna medföra en detaljstyrning av socialtjänstens verksamhetsformer, något som inte skulle vara önskvärt i dagens läge. Men ett i lag angivet ansvar för funktionen alkoholrådgivning behöver inte innebära en styrning i detaljer t.ex. om hur verksamheten skall bedrivas, vem som har ett utföraransvar etc.

Sammantaget anser kommissionen det viktigt att markera att socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens gemensamma ansvar för vården av alkoholmissbrukare bör behållas och inte minst ansvaret för den öppna vården och alkoholrådgivningarna.

Det är mycket viktigt att denna typ av specialiserade verksamheter finns kvar i en framtid när vården av alkoholmissbrukare kan komma att utsättas för stora påfrestningar. För att fungera väl krävs att alkoholrådgivningarna kan samverka med en väl utbyggd psykiatrisk vård liksom med primärvården. Den viktiga roll

som alkoholrådgivningen kan spela när det gäller tidig upptäckt och tidiga insatser mot missbruk är betydelsefull att framhålla. Den framtida utvecklingen får inte innebära att dessa specialiserade verksamheter avvecklas. Tvärtom bör de byggas ut. Därför bör även sådana kommuner som väljer att starta eller förnya alkoholrådgivningar kunna komma i fråga för de särskilda utvecklingsmedel som beskrivs i avsnittet 11.2. För att en utveckling av sådana verksamheter skall komma tillstånd är det också viktigt att t.ex. Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen sprider goda exempel när det gäller specialiserade öppenvårdsverksamheter inom alkoholområdet.

En nedrustning eller nedläggning av dessa specialiserade vårdresurser inom alkoholområdet måste således under nuvarande förhållanden motverkas. Mot bakgrund av att det enligt kommissionens bedömning för närvarande inte är lämpligt att lagstifta om huvudmannaansvaret för alkoholrådgivningar bör andra medel användas för att få utvecklingen att gå åt rätt håll. I första hand är huvudmännens ansvar att värna om och vidareutveckla alkoholrådgivningarna. Genom en kraftfull och samordnad tillsyn över hela landet från länsstyrelsernas sida kan en försvagning eller en avveckling av dessa vårdresurser mötas. Länsstyrelsernas sociala funktioner bör vid nedläggningar eller reduceringar av dessa verksamheter noga följa och beskriva konsekvenserna för missbrukarna och missbrukarvården. Socialstyrelsen bör tillsammans med länsstyrelserna noga följa utvecklingen inom området, analysera innehållet i verksamheterna samt pröva möjligheterna till en effektivisering. Om utvecklingen trots de nu föreslagna förändringarna av statsbidragsbestämmelserna med stimulansbidrag till förstärkt öppenvård och en kraftfull tillsyn skulle gå i en icke önskvärd riktning, måste behovet av en lagstiftning på nytt övervägas. En sådan lagstiftning bör då lägga fast ansvaret för specialiserad rådgivning och vård till missbrukare.

Kommissionen föreslår:

- *Mot bakgrund av att den specialiserade öppna alkoholvården vid alkoholrådgivningar är synnerligen viktig har kommissionen övervägt en lagreglering av ansvaret för dessa funktioner. Kommissionen föreslår nu följande: att huvudmännen stimuleras att vidareutveckla alkoholrådgivningarna genom att de kan komma i fråga för bl.a. statsbidrag till utveckling, att Socialstyrelsen och länsstyrelserna inom ramen för sin tillsynsverksamhet ger frågan om utvecklingen av alkoholrådgivningarna och stödet till missbrukarna hög prioritet. Om man finner att dessa verksamheter försvagas eller i övrigt äventyras bör regeringen överväga att föreslå riksdagen att i lag reglera ansvaret för dessa funktioner.*

11.4 Socionomutbildningen

Det är väl känt att en betydande andel av klienterna inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg har missbruksproblem. Trots detta betraktas endast en mindre del av dessa klienter verkligen som missbrukare av socialsekreterarna. Bl.a. mot denna bakgrund är det av stor vikt att det inom socionomutbildningen ges sådana kunskaper inom området missbruk och behandling att individ- och familjeomsorgen på längre sikt blir mer kompetent än för närvarande att ge alla människor som har alkoholproblem får den hjälp de behöver.

Redan socialberedningen konstaterade stora brister i socionomutbildningen som helhet och även när det gällde kunskaperna om missbruk och missbrukarvård. Den översyn som UHÄ gjorde 1987–1988 konstaterade också att det förelåg påtagliga brister i socionomutbildningen inom flera områden. Därefter har frågan belysts i flera artiklar och i en rapport från Socialstyrelsen. Vid de regionala seminarier som kommissionen anordnat tillsammans med Socialtjänstkommittén konstaterades att problemen helt eller delvis kvarstår.

I kommissionens delbetänkanden, ATT FÖREBYGGA ALKOHOLPROBLEM (SOU 1994:26) och i BARN – FÖRÄLDRAR – ALKOHOL (SOU 1994:29) har bl.a. socionomutbildningen behandlats. Där har kommissionen framhållit att betydande brister föreligger inom socionomutbildningen när det gäller bl.a. kunskaper om missbruk och missbrukarvård.

Socialtjänstkommittén har enligt direktiven (dir. 1991:50) att förbereda en kommande översyn av utbildningen genom att summera de krav som finns hos kommunerna och de fackliga organisationerna. Kommissionen har under hand erfarit att ett utredningsarbete pågår inom Socialtjänstkommittén.

Inom Institutet för kunskapsutveckling inom missbrukarvården (IKM) finns redan i dag en bred kompetens inom området och institutet medverkar för närvarande i kurser på upp till 60 poäng vid fyra olika vårdhögskolor. Den kompetens som finns inom IKM och vid vissa högskolor skulle i framtiden kunna nyttiggöras inom socionomutbildningen, t.ex. genom ett samarbete kring vissa utbildningsavsnitt.

Kommissionen föreslår:

– *Missbruksområdet bör stärkas inom socionomutbildningen.*

11.5 Psykiskt störda missbrukare

Frågan om vården av de psykiskt störda missbrukarna har uppmärksammats i många år bl.a. av Socialberedningen i dess slutbetänkande år 1987. Därefter har frågan behandlats i olika sammanhang, senast i ett regeringsbeslut den 1 juli 1993, där Socialstyrelsen bl.a. gavs ett uppdrag om fortsatta utvecklingsinsatser

inom ramen för "Offensiv narkomanvård".

Även Psykiatriutredningen har i sitt betänkande behandlat frågan om de svårt psykiskt störda missbrukarna. Förslaget från utredningen innebär i korthet att befintlig lagstiftning kompletteras med bestämmelser som möjliggör frivilliga överenskommelser om en ekonomisk reglering med t.ex. skatteväxling mellan kommuner och landsting. Dessutom avser Psykiatriutredningens förslag ett betalningsansvar för landstingen för missbrukare med svår psykisk störning i behov av sluten psykiatrisk vård och som vårdas enligt LVM på kommunernas bekostnad.

Det har konstaterats, bl.a. av RRV år 1993 i rapporten om narkomanvården, att ansvaret för vården av de psykiskt störda missbrukarna delas mellan kommunerna och landstingen. Denna ordning gör det svårt att finna organisatoriska former för vården som kan tillgodose vårdbehoven. RRV såg det som angeläget att de sociala funktionerna vid länsstyrelserna etablerar samarbete med Socialstyrelsens regionala enheter för att följa upp att de psykiskt störda missbrukarna får sina behov tillgodosedda.

RRV gjorde sammanfattningsvis den bedömningen att lokala överenskommelser om kostnadsansvaret avseende relationen mellan psykiatrin och socialtjänsten inte kan genomföras generellt utan strukturella förändringar i den offentliga verksamheten. Här avses t.ex. olika huvudmannaskapsförändringar som nu pågår i en del kommuner, och där socialtjänstkommittén har det huvudsakliga utredningsuppdraget.

Det finns olika sätt att förbättra vården för de psykiskt störda missbrukarna. Ett avser olika strukturella/organisatoriska förändringar (se avsnitt 11.7) och ett annat lokala frivilliga överenskommelser mellan huvudmännen om en ekonomisk reglering med t.ex. skatteväxling eller ersättningsavtal mellan kommuner och landsting. Ytterligare ett sätt är en förändrad lagreglering som förtydligar ansvarsfördelningen mellan huvudmännen.

Den senare lösningen har nyligen föreslagits i ett annat liknande sammanhang, nämligen i Fängelseutredningens slutbetänkande (SOU 1994:5). I betänkandet behandlas bl.a. hur vårdbehovet hos de psykiskt störda som är intagna på kriminalvårdsanstalt skall tillgodoses. Det finns klara paralleller mellan det problem som Fängelseutredningen behandlar och det som här är aktuellt. Eftersom det konstaterats påtagliga brister när det gäller hur vårdbehovet av de psykiskt störda intagna på kriminalvårdsanstalt skall tillgodoses föreslås bl.a. ett tillägg till hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) 4 och 7 §§. I förslaget till komplettering av bestämmelserna i HSL framgår bl.a. att vistelselandstinget skall erbjuda psykiatrisk vård åt intagen på kriminalvårdsanstalt om det föreligger behov av sådan.

Det finns emellertid argument som talar emot en sådan lösning. Eftersom HSL till sin karaktär är en ramlag är det inte lämpligt att införa särbestämmelser för vissa grupper av vårdbehövande. Om sådana ändå är motiverade bör

dessa bestämmelser i så fall lagtekniskt höra till annan lag. Det finns heller inte några hinder i gällande lag för att de vårdbehov som föreligger hos de intagna kan tillgodoses. Det är i det här fallet i första hand fråga om svårigheter i tillämpningen av gällande lag. Insatserna bör därför i första hand riktas mot att effektivisera tillämpningen av lagstiftningen, t.ex. genom att berörda organ tar fram riktlinjer för hur lagen skall tillämpas. Ytterst är det fråga om att åstadkomma ett effektivare samarbete. Detta kan ske t.ex. genom försöksverksamheter och en förstärkt tillsyn.

I remissomgången mötte förslaget från Psykiatriutredningen om frivilliga överenskommelser mellan huvudmännen med lokala lösningar om kostnadsansvaret genom s.k. skatteväxling stark kritik. Huvuddelen av remissinstanserna var tveksamma. I flera yttranden ansågs att en lagreglering måste till, som förtydligar ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Svenska Kommunförbundet och flera kommuner ansåg att frågan endast kan lösas genom att en huvudman pekas ut som ansvarig för den psykiatriska vården, dvs. en organisatorisk/strukturell förändring. Landstingen och Landstingsförbundet konstaterar att ansvaret för den psykiatriska vården finns hos landstingen och påpekar att en väl utbyggd medicinsk specialitet som psykiatri liksom primärvård är en av förutsättningarna för att kommunerna skall lyckas med ett utökat socialt ansvar. Det konstaterades dessutom i många av svaren att frågan är synnerligen viktig och att den behöver belysas i ytterligare en utredning. Eftersom Psykiatriutredningens förslag om frivilliga lokala överenskommelser mött en så kraftig kritik av remissinstanserna är det mycket som talar för att den lösningen knappast är genomförbar.

De svårt psykiskt störda missbrukarna är en besvärlig och vårdkrävande grupp. Behovet av specialiserad vård är stort. Prognosen är ofta dyster och vårdtiderna är inte sällan långa. Därför kan motivationen vara låg hos vårdgivarna att ta sig an denna grupp. Det är delvis mot denna bakgrund som den nuvarande situationen är högst otillfredsställande. Men den huvudsakliga orsaken är troligtvis att vårdansvaret för de svårt psykiskt störda missbrukarna är delat mellan huvudmännen men avser samma individer. Samtidigt fungerar samarbetet mellan huvudmännen dåligt. Delat ansvar förutsätter en väl fungerande samverkan. De psykiskt störda missbrukarnas behov av vård skall i den nuvarande ordningen tillgodoses inom två skilda vårdsystem, trots att dessa behov är sammanvävda hos de psykiskt störda missbrukarna och ofta inte går att skilja åt. Tillspetsat kan man säga att den nuvarande ordningen förutsätter att behoven hos denna utsatta grupp går att skilja ut och åtgärda var för sig inom skilda vårdorganisationer.

I och med att lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) trätt i kraft har möjligheten för de svårt psykiskt störda missbrukarna att få hjälp och stöd förbättrats. Vissa personer med långvarig och allvarlig psykisk störning och nedsatt social funktionsförmåga har rätt till personligt

ombud med ansvar för samordning av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser. Om en person med missbruksproblem hör till den personkrets som anges i LSS har denne samma rättigheter. Den förbättring av vårdmöjligheterna för vissa svårt psykiskt störda missbrukare som LSS medger är dock inte alls tillräcklig.

Eftersom en förändrad lagreglering av vårdansvaret för de svårt psykiskt störda missbrukarna för närvarande knappast är genomförbar och detsamma gäller förslaget om frivilliga lokala överenskommelser om betalningsansvaret återstår i det kortare perspektivet att stimulera samarbete mellan huvudmännen. Detta kan ske genom en förstärkt tillsyn men även genom försöksverksamheter, där modeller för samverkan och metodutveckling kan prövas och utvecklas samtidigt som samarbete stimuleras. Erfarenheterna av en sådan försöksverksamhet kan också utgöra ett kunskapsunderlag i samband med en eventuell framtida ändrad lagreglering av ansvaret för vården av de svårt psykiskt störda missbrukarna.

Det pågår redan flera insatser inom dessa båda områden vilket också konstaterats i rapporten från RRV från år 1993. Enligt ett regeringsbeslut den 1 juli 1993 har Socialstyrelsen fått ett uppdrag om fortsatta utvecklingsinsatser inom ramen för "Offensiv narkomanvård". För detta ändamål har avsatts 23,5 miljoner kronor för budgetåret 1993/94. Som en del i detta utvecklingsarbete ingår utvecklingsinsatser när det gäller de psykiskt störda missbrukarna. Enligt en bilaga till regeringsbeslutet bör Socialstyrelsen med utgångspunkt från tillgänglig kunskap och erfarenhet på området genom försöksverksamhet utveckla formerna för samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Socialstyrelsen bör också i samarbete med länsstyrelserna följa upp att de psykiskt störda missbrukarna får sina behov tillgodosedda. Under år 1994 planeras fyra expertkonferenser i landet som skall studera aktuella lokala/regionala samverkansprojekt och utveckla dessa. Vid Socialstyrelsen pågår nu också inom ramen för Aktiv uppföljning ett arbete som skall studera samverkan socialtjänst och psykiatri kring svårt psykiskt störda missbrukare i Stockholms stad.

Den framtida skärpta tillsynen inom detta område bör syfta till att belysa behovet av vårdinsatser för missbrukare med svår psykisk störning samt att verka för förbättrat samarbete och förbättrad och effektivare vård för missbrukare. Den framtida tillsynen bör även avse en kartläggning av hur stor denna grupp är och hur den skall avgränsas för att behovet av vård och stöd skall kunna preciseras. I Psykiatriutredningen konstaterades att epidemiologiska data vad gäller antalet missbrukare med svår psykisk störning är osäkra.

När det gäller en skärpt och effektiv tillsyn bör RRV:s förslag genomföras avseende samordnade och gemensamma tillsyns- och uppföljningsinsatser mellan Socialstyrelsen och länsstyrelsernas sociala funktioner i avsikt att garantera att de psykiskt störda missbrukarna får sina vårdbehov tillgodosedda. Eftersom kontinuerliga tillsynsinsatser av detta slag är synnerligen kostsamma bör det i

första hand bli fråga om en samordnad och gemensam punktinsats över hela landet. I detta arbete bör även ingå den nämnda kartläggningen av gruppen missbrukare med svår psykiskt störning. Det är särskilt viktigt att RRV:s förslag genomförs eftersom syftet är att effektivisera verksamheterna.

För att understryka behovet av en nationell satsning att stimulera samarbetet mellan huvudmännen är det motiverat att genomföra ett antal försöksverksamheter i landet. Utgångspunkten bör vara lokala frivilliga lösningar mellan kommuner och landsting när det gäller samarbetsformer mellan socialtjänst och psykiatri. Orterna bör väljas så att både storstad, mellanstora städer och landsort blir representerade. Grundförutsättningen skall vara att psykiatri och socialtjänst har ett gemensamt intresse och ansvar för missbrukare med psykiska störningar.

Förslagsvis utses högst tio orter där förutsättningarna bedöms som goda att starta försöksverksamheter. Uppgiften för dessa blir att utveckla goda exempel. Inledningsvis kan t.ex. den psykiatriska vården och socialtjänsten upprätta en gemensam samarbetsplan samt en vårdplan för varje enskild patient. På försöksorterna skall metodutvecklingen av vården avseende denna grupp patienter vara gemensam och ske i samverkan mellan den psykiatriska vården och socialtjänsten. Projektet bör vara i tre år och en årlig rapport bör avlämnas. Inledningsvis bör en upptaktskonferens anordnas för de orter som ingår i försöksverksamheten och därefter genomförs två uppföljningskonferenser årligen. Det måste ställas stora krav på uppföljning och utvärdering av projektet och efter tre år sammanställs erfarenheterna till ett förslag om hur den framtida vården skall organiseras och hur ansvaret för vården av de svårt psykiskt störda missbrukarna skall reglereras i framtiden.

Förslagsvis tilldelas varje ort två projekttjänster, en tjänst från den psykiatriska vården och en från socialtjänsten. Staten ges ett huvudansvar för projektet medan landstingen och kommunerna gemensamt ansvarar för genomförandet efter frivilliga åtaganden. Socialstyrelsen ges ansvaret för att projektet utvärderas och arbetet bör bedrivas i samverkan med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Hur försöksverksamheten skall finansieras kommer att redovisas i kommissionens huvudbetänkande.

Ett förslag till en liknande försöksverksamhet har inkommit till Socialdepartementet från den psykiatriska kliniken i Skellefteå i samband med det propositionsarbete som pågår med anledning av Psykiatriutredningen. En proposition är aviserad till slutet av mars 1994.

Kommissionen föreslår:

- *RRV:s förslag bör genomföras vad avser ett gemensamt tillsyns- och uppföljningsprojekt mellan Socialstyrelsen och de sociala funktionerna vid länsstyrelserna för att kartlägga hur stor gruppen svårt psykiskt störda missbrukare är och om de får sina vårdbehov tillgodosedda.*

- *Kommuner och landsting bör på högst tio orter genomföra en försöksverksamhet med samverkan mellan den psykiatriska vården och socialtjänsten beträffande vården för de svårt psykiskt störda missbrukarna. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att i samråd med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet samordna genomförandet. En utvärdering bör genomföras av Socialstyrelsen och överlämnas till regeringen för dess överväganden om en eventuell lagreglering som tydliggör fördelningen av vårdansvaret för de svårt psykiskt störda missbrukarna.*

11.6 Omstruktureringen av missbrukarvården

Nu genomförs en omstrukturering av missbrukarvården. De statistiska uppgifterna från SCB (se avsnitt 3.4) pekar på att efterfrågan på såväl den frivilliga som den tvångsmässiga institutionsvården minskar. Det finns flera tänkbara orsaker till denna utveckling. Kommunernas svaga ekonomi är troligtvis en orsak och en annan är att det finns kvalitativa brister i vården. En anpassning av vårdutbudet till behov och efterfrågan har påbörjats men behöver fortsätta.

En annan förklaring skulle kunna vara att behovet har reducerats, dvs. att problemet minskat i omfattning. Den tunga konsumtionen och missbruket av alkoholdrycker kan ha minskat även om vi vet att den totala konsumtionen i stort sett varit oförändrad under senare år. Det finns dock för närvarande inga tecken som tyder på att den utvecklingen skulle ha ägt rum.

Ytterligare en orsak kan vara att den öppna vården nu byggs ut och att den är eller åtminstone bedöms vara jämförelsevis effektiv varigenom behovet av institutionsvård minskar.

Det finns exempel på att den institutionella vården reduceras på grund av att kommunen har ekonomiska problem och att den i vissa fall inte ersätts med öppen vård. Den bedömningen har fått stöd i de uppgifter som inhämtats i samband med de regionala seminarierna som genomförts.

Att det också skett en utbyggnad av olika jämförelsevis effektiva öppenvårdsformer som utgör goda alternativ till institutionsvård har också framkommit vid de regionala seminarierna.

Det finns således såväl positiva som negativa utvecklingstrender inom missbrukarvården. Det är motiverat att stödja en utveckling mot en mer effektiv öppenvård. Men det är också synnerligen angeläget att följa konsekvenserna av en utveckling som kan medföra att missbrukarna inte får någon vård alls eller en ineffektiv vård. Uppgifter i olika rapporter tyder på att så kan vara fallet. Det har t.ex. framförts vid de regionala seminarierna att de psykiskt störda missbrukarna och de tyngre missbrukarna kan utgöra en särskilt utsatt grupp.

Den nuvarande situationen ställer stora krav på tillsynsmyndigheterna att noga följa utvecklingen inom missbrukarvården. Det är också motiverat att utifrån

ett mera kvalificerat utvärderingsperspektiv följa utvecklingen och analysera konsekvenserna av det som nu sker. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa hur tvångsvård, frivillig institutionsvård och öppna kommunala vårdinsatser utvecklas. Det är därför lämpligt att Socialstyrelsen i samråd med Statens institutionsstyrelse, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet t.ex. som ett tilläggsuppdrag, får utvärdera och analysera effekterna för främst olika missbrukargrupper av den omstrukturering av missbrukarvården som nu pågår. I uppdraget bör ligga att slå larm om vissa kategorier missbrukare ställs utan vård eller om utbudet av öppenvård tillsammans med institutionsplaceringarna har en så begränsad omfattning eller kvalitet att de kommer i konflikt med de rättigheter som socialtjänstlagen ger åt den enskilde. Det kan nämligen antas att många missbrukare inte kräver sin rätt om de inte får hjälp att hävda den. Kommissionen anser således att det är viktigt att i det kommande tillsyns- och uppföljningsarbetet särskilt fokusera på de tyngsta missbrukarna och deras situation.

Kommissionen föreslår:

- *Socialstyrelsen ges i uppdrag att inom ramen för sitt uppföljningsarbete och i samråd med Statens institutionsstyrelse, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet särskilt beakta och analysera konsekvenserna för de tyngre missbrukarna av den nu pågående omstruktureringen av vården.*

11.7 Huvudmannaskapsförändringarna

Det är ett faktum att det finns ett stort behov av samverkan kring vården av alkoholmissbrukare (se kapitel 4). De tyngre alkoholmissbrukarna är ofta kända inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Andra missbrukare är inte alls kända som missbrukare inom socialtjänsten, men däremot aktuella för t.ex. ekonomiskastödinsatser. Inom sjukvården, försäkringskassan, arbetsförmedlingen m.m. tas en betydande del av resurserna i anspråk för stöd i olika former åt missbrukare. En rad mer eller mindre framgångsrika försök har gjorts och görs för att samordna vården av alkoholmissbrukare från de olika huvudmännens sida. Dessa samverkansprojekt kan ofta hamna i problem på grund av skilda synsätt och prioriteringar m.m. När det t.ex. gäller vården av psykiskt störda missbrukare konstaterade RRV i sin rapport om narkomanvården att det kan vara svårt att generellt tillämpa lokala lösningar om kostnadsansvaret utan omfattande strukturella förändringar inom missbrukarvården. De försök med ett kommunalt huvudmannaskap för hela primärvården som pågår i ett fåtal kommuner utgör exempel på sådana strukturella förändringar.

Genom ett förstärkt samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan effekten öka av insatta resurser samtidigt som det ges möjligheter till en

bättre anpassad service för de enskilda. Ett sådant område kan just vara vården av alkoholmissbrukare och i synnerhet de psykiskt störda missbrukarna.

Inom Socialdepartementet bereds nu en proposition som kommer att föreslå att verksamheterna inom delar av socialtjänsten, försäkringskassan samt hälso- och sjukvården skall sammanföras på försök till en och samma organisation och huvudman. Försöken skall genomföras i bl.a. Stenungsunds kommun. En departementspromemoria är nu ute på remiss och en proposition planeras föreläggas riksdagen under mars 1994. De erfarenheter av effekter för missbrukarvården som de pågående och planerade försöken med huvudmannaskapsförändringar kan ge är viktiga inför det framtida reformarbetet.

När det gäller socialtjänstens organisation och eventuella huvudmannaskapsfrågor har Socialtjänstkommittén i uppdrag att överväga eventuella lagändringar.

Kommissionen föreslår:

- *Socialstyrelsen bör i sin tillsyn och utvärdering särskilt följa och analysera effekterna för missbrukarvården av de pågående och planerade försöken med ändrat huvudmannaskap för bl.a. socialtjänsten.*

11.8 Det sociala arbetets organisation

Svagheter i det sociala arbetets organisation i kommunerna (se avsnitten 9.1 och 9.4) har framhållits såväl av den centrala tillsynsmyndigheten, Socialstyrelsen, som från forskare. En gemensam nämnare tycks vara att den hjälp och det stöd som individ- och familjeomsorgen har möjlighet att ge inte når klienterna i tillräcklig utsträckning. Det finns sannolikt en rad orsaker till detta förhållande. De organisatoriska skälen tycks emellertid vara framträdande. Här har bl.a. pekats på individ- och familjeomsorgens "byråkaraktär" med mottagning under kontorstid. För att motverka en byråkratisk struktur som försvårar eller hindrar hjälp och stöd till klienterna har det föreslagits att det sociala arbetet i större utsträckning än för närvarande bör bedrivas på andra tider än kontorstid och med en förändrad metodik. Dessutom har en starkare decentralisering av den sociala verksamheten till bostadsområdena förordats.

En viktig forskningsinsats för att belysa problematiken har redovisats i en doktorsavhandling (se avsnitt 10.4, kommunbesök 3) "Organisationens mänskliga insida – om det sociala arbetets utvecklingsmöjligheter". I avhandlingen har Stefan Morén analyserat det sociala arbetets möjligheter inom ramen för de nuvarande organisationsformerna. En slutsats är att de nuvarande organisationsformerna utgör ett avsevärt hinder för att bistå människor som behöver hjälp och stöd.

För att vinna erfarenheter av ändrade verksamhetsformer i missbruksarbetet bör försöksverksamheter stimuleras. Här kan Socialstyrelsen i samverkan med

de sociala funktionerna vid länsstyrelserna spela en betydelsefull roll. Inom ramen för de statsbidrag i form av särskilda utvecklingsmedel, som kommissionen föreslår skall förstärkas, bör länsstyrelserna när bidragen fördelas söka stimulera sådana utvecklingsinsatser.

Kommissionen föreslår:

- *Socialstyrelsen bör i samverkan med länsstyrelsernas sociala funktioner stimulera en utveckling av det sociala arbetets metodik och lokala organisation så att socialtjänsten, genom ökad tillgänglighet även vid sidan av kontorstid, kan ge människor med missbruksproblem bättre hjälp och stöd.*

11.9 Att utveckla missbrukarvården

I skriften Behandling av alkoholproblem - kunskapsöversikt (se bilaga 3) från Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) vid Socialstyrelsen anges flera områden där missbrukarvården kan utvecklas. Sådana områden är t.ex. en förändring och en precisering av behandlingsbegreppet, utveckling av ett gemensamt diagnossystem för sjukvården och socialtjänsten, särskilt i den öppna verksamheten.

De tankegångar som förs fram i CUS:s rapport bör prövas i en försöksverksamhet. De här aktuella utvecklingsfrågorna berör bl.a. det sociala arbetets inre metodik och utvärderingar av sådan verksamhet och är därmed en fråga för CUS. Det är också huvudmännens, dvs. varje kommuns och landstings, ansvar att med stöd av sina respektive förbund utveckla sina verksamheter. Vidare har staten ett ansvar för utbildning och forskning, bl.a. via forskningsråden. Här kan också nämnas att Socialstyrelsen har ett allmänt ansvar för utveckling, utvärdering och uppföljning inom detta område. Därmed torde de naturliga intressenterna i det utvecklingsarbete som skissats i första hand vara Socialstyrelsen inkl. CUS men även Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet.

Kommissionen föreslår:

- *Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med berörda parter genomföra ett utvecklingsarbete beträffande missbrukarvårdens behandlingsmetoder, diagnossystem m.m., i form av försöksverksamhet som utvärderas.*

Reservationer och särskilt yttrande

Reservation av ledamoten Owe Larsson (v)

Psykiskt störda missbrukare

Jag reserverar mig mot kommissionens förslag om en treårig försöksverksamhet som skall avse samverkan mellan den psykiatriska vården och socialtjänsten när det gäller svårt psykiskt handikappades missbruk. Därmed utesluter jag inte olika projekt som kan startas för att finna individuella och differentierade behandlingsformer. Jag ser kommissionens förslag som inledningen till en ny "långbänk" för att finna former för vård, omvårdnad och behandling för människor med psykiska handikapp och ett fördröjande av en organisatorisk ansvarsfördelning och skatteväxling för denna verksamhet.

Den 11 maj 1989 tillsatte den dåvarande regeringen en psykiatriutredning. I mars 1994, nästan fem år senare, väntas en proposition om service, stöd och vård för psykiskt handikappade.

Alkoholkommissionens förslag till föröksverksamheter grundar sig på ett antagande om att regeringens proposition i mars kommer att lösa problemen med hur ansvaret skall fördelas mellan kommuner, landstingen och eventuellt också staten. Jag anser att kommissionen borde tagit ställning till var huvudmannaskapet skall ligga för att ge bästa möjliga missbruksvård till människor med psykiska handikapp. Detta trots att denna fråga kan anses mer omfattande än Alkoholkommissionens uppdrag.

Människor med psyskiska handikapp är en av de grupper som har de sämsta villkoren i samhället. Många lever i stor ensamhet och isolering och erhåller endast marginellt stöd eller inget stöd alls. I ett sådant läge måste det totala stödet till gruppen förbättras då jag anser att det är under sådana förhållanden som missbruk gror och växer.

Klientorganisationer, kommunerna, Försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheterna samt landstingets psykiatri och i viss mån även primärvården måste hitta verkningsfulla samarbets/organisationsformer för att stödet skall kunna utformas på ett heltäckande sätt. Ansvaret måste ses som gemensamt. I stället för att göra avgränsningar och insnävning av respektive organs ansvarsområde bör ett gemensamt ansvarstagande eftersträvas.

I den mån de kommunala stödinsatser som idag genomförs leder till ett minskat behov av psykiatrisk slutenvård kommer den ekonomiska vinsten landstingen tillgodo. Psykiatriutredningen föreslog ett kommunalt ansvarstagande och skatteväxling för färdigbehandlade patienter.

En uppsökande verksamhet som har respekt för människors integritet men ändå är aktiv är en viktig angelägenhet att utveckla.

Behoven av stöd varierar mycket mellan olika individer och för varje individ över tiden. En kedja av olika boendeformer och boendestöd måste därför finnas, från "rehabiliteringshem" med stor personaltäthet till egen lägenhet med enstaka insatser. Boendestödet bör utformas så att den enskilde inte ständigt måste flytta mellan olika boendealternativ utan att stödet förändras i takt med hans behov.

Detta är enkla men effektiva åtgärder som både skulle fungera för att förebygga olika former av missbruk och samtidigt vara ett stöd för missbrukare.

De psykiska handikappen har speciella behov vid rehabilitering, bl.a. behov av mycket långa rehabiliteringstider. Tillkommer ett drogmissbruk blir problemen än mer komplexa. Det ordinarie systemet för arbets- och yrkesinriktad rehabilitering fungerar i dag otillfredställande. I den s.k. rehabiliteringstrappan med åtgärder från medicinsk rehabilitering till inträde på den ordinarie arbetsmarknaden är stegen alltför stora eller saknas helt. En utveckling av metodik och verksamhet anpassade till de psykiska funktionshindren behövs.

Ansvaret för rehabiliteringsinsatserna är ytterst oklara. Jag anser att Försäkringskassan ska ha ansvar för rehabilitering för samtliga personer som uppbär ersättning från socialförsäkringen. Detta är mycket positivt då också de förtidspensionerade på detta vis uppmärksammas och kan erbjudas möjligheter till rehabiliteringsinsatser. En grupp som dock fortfarande riskerar att stå utanför systemet är de personer som ej är sjukskrivna trots att de sannolikt borde vara detta eller personer som är "0-klassade". En stor del av denna grupp är synlig av socialtjänsten men bör få rätt till Försäkringskassans rehabiliteringsinsatser.

I beaktande av rådande arbetsmarknad är det inte realistiskt att de psykiskt handikappade i någon större utsträckning skall kunna etablera sig på den ordinarie marknaden även om målen i varje rehabilitering bör ställas högt. Ett alkoholberoende förvärrar denna situation. Behovet av särskilda arbetsplatser är stort. Samhalls verksamhet täcker inte behovet och kraven är för stora för många i gruppen. Samhall bör få utökat antal platser och kraven bör anpassas till människor med psykiska funktionshinder. Även andra former för särkilda arbetsplatser bör få ökat stöd, t.ex. kooperativ verksamhet. Även nya former kan utvecklas.

Daglig sysselsättning bör vara en rättighet för de psykiskt handikappade. Sysselsättningsgarantin i LSS bör omfatta även denna grupp.

Kvällar och helger innebär påfrestande ensamhet för många psykiskt handikappade som ej förmår utnyttja det vanliga fritidsutbudet. Kontaktpersoner och riktade verksamheter till gruppen bör finnas tillgängliga även under dessa tider. Kamratstödjande ideel verksamhet bör uppmuntras. Samhällets nätverk i form av föreningar och organisationer, t.ex. idrottsrörelsen, hyresgäströrelsen, Svenska Kyrkan, Röda Korset m.fl. bör uppmuntras att ta ansvar även för denna grupp människor.

De patient- och anhörigföreningar som finns till stöd för psykiskt sjuka och deras anhöriga bör få stort stöd av samhället för sin verksamhet. Deras erfarenheter och kunskaper bör tas tillvara i utbildningssammanhang och vid planering av nya verksamheter.

Vissa verksamheter, t.ex. arbetskooperativ, uppsökande verksamhet, kamratstödjande och aktiverande verksamhet, kan med fördel bedrivas av brukarna själva eller deras organisationer. Samhället bör dock ge stöd till sådan verksamhet.

När inte kommuner och landsting vill eller kan komma överens om hur ansvarsfördelningen ska göras upp så anser jag att det är riksdagens skyldighet att efter förslag från regeringen bestämma huvudmannaskapens utformning och ge riktlinjer för hur skatteväxling från landsting till kommuner kan göras för att klara en finansiering av verksamheten. En verksamhet som då även ska ta hänsyn och ha vårdformer för de psykiskt funktionshindrade missbrukarna. Jag anser det olyckligt att Alkoholpolitiska kommissionen ställer sig på fördröjarnas sida.

Reservation av ledamoten Sten Svensson (m)

Statsbidrag till missbrukarvården

Förslaget att låta det riktade statsbidraget till kommunernas ungdoms- och missbrukarvård, på i dag 480 miljoner kronor, ligga kvar och fördelas efter "strukturella variabler och insatsvariabler som omfattar öppenvårdsinsatser" strider mot det nya statsbidragssystemet med generella bidrag.

Jag menar att detta statsbidrag, som alla andra, skall ingå i det generella statsbidragssystemet och användas efter kommunernas egna prioriteringar. Denna min inställning ligger i linje med regeringspolitiken och vad som sagts i regeringsförklaringen.

Dock är jag av den övertygelsen att en förändring av statsbidragssystemet bör ske successivt för att göra det möjligt för kommunerna att ta hänsyn till förändringarna i sin planering av det lokala ungdoms- och missbruksarbetet.

Reservation av ledamoten Claes Örtendahl

Statsbidrag till missbrukarvården

Det vore enligt min uppfattning olyckligt, om statsbidragssystemet fick en utformning enligt de linjer som redovisats i kommissionens förslag. I stället bör ordningen vara att det statliga bidraget ingår i den samlade statliga bidragsgivningen till kommunerna.

Reformeringen av den nuvarande ordningen bör dock inte ske omedelbart, utan anstå tills dess utvecklingslinjerna för kommunernas vårdverksamhet på detta området, tydligare kan urskiljas. Reformeringen av statsbidragssystemet bör ske parallellt, med ett genomförande av förbättrade statistiska uppföljningssystem och med en noggrann värdering om resurserna för tillsyn, uppföljning och utvärdering av området är tillräckliga och tillräckligt samordnade.

Särskilt yttrande av sakkunnig Anita Sundin, Svenska Kommunförbundet

Statsbidraget till kommunernas missbrukarvård bör, enligt min mening, ingå i det generella statsbidragssystemet. Denna tanke avvisar Alkoholpolitiska kommissionen.

Det är desto mer förvånande eftersom kommissionen är väl medveten om de stora svårigheter som rått – och råder – vad gäller att konstruera ett statsbidragssystem som inte har en konserverande verkan på vården. Intentionerna att styra mot öppenvård har inte uppnåtts. Svårigheterna bekräftades ånyo när ett nyligen framlagt förslag underkändes av företrädare för stat och kommun. Kommissionens förslag att återigen utreda ett nytt öronmärkt statsbidragssystem är varken realistiskt eller framåtsyftande.

Bilaga 1

Kommittédirektiv

Alkoholpolitisk kommission

Dir. 1991:124

Beslut vid regeringssammanträde 1991-12-19

Chefen för socialdepartementet, statsrådet B. Westerberg anför.

Mitt förslag

Jag föreslår att en parlamentarisk kommission med bred sammansättning tillkallas med uppgift att utvärdera den hittillsvarande alkoholpolitiken och lägga fram förslag till en strategi för framtiden – bl.a.i ett EG-perspektiv. Kommissionen skall även kartlägga alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser och göra en översyn av vården av alkoholmissbrukare.

Bakgrund

En alltför hög konsumtion av alkohol för med sig omfattande sociala och medicinska problem. Missbruk medverkar till social utslagning, problem på arbetsmarknaden och familjeproblem. Missbruket har en stark koppling till våld och andra former av brott, det ligger bakom en lång rad olyckor och sjukdomar och orsakar för tidig död. Missbruket av alkohol fungerar också ofta som en inkörsport till andra slag av missbruk. Samhällets kostnader för t.ex. socialtjänst och sjukvård, produktionsbortfall och arbetsrehabilitering är mycket höga. Härtill kommer det psykiska, sociala och ekonomiska lidande som drabbar enskilda missbrukare och deras anhöriga.

Genom 1977 års alkoholpolitiska beslut lade riksdagen under stor enighet fast grunderna för den alkoholpolitik som i det väsentliga alltjämt tillämpas (prop.1976/77:108, SkU 40, rskr. 231). Det innebär att hanteringen av alko-

holdrycker omgärdas med ett regelsystem vars syfte är att begränsa alkoholens skadeverkningar. Det sker bl.a. genom prispolitiken och genom att Systembolaget har monopol på huvuddelen av detaljhandeln med alkoholdrycker. Dessutom regleras restaurangserveringen av alkoholdrycker i syfte att den skall ske återhållsamt, under kontrollerade former och med socialt ansvar. Social hänsyn skall tas framför allt för att skydda ungdomar. Samhället satsar dessutom avsevärda medel för att genom information och opinionsbildning begränsa konsumtionen och alkoholskadorna.

Hösten 1989 uttalade riksdagen i enlighet med socialutskottets betänkande (SoU 1989/90:2) En aktiv alkoholpolitik m.m. att alkoholfrågan måste sättas i blickpunkten. En större medvetenhet om alkoholens skadeverkningar och en större förståelse för behovet av alkoholpolitiska åtgärder måste enligt utskottet skapas. Vidare ansåg utskottet att åtgärderna borde utgå från 1977 års alkoholpolitiska beslut. Dock borde insatserna i vissa avseenden anpassas till samhällsförändringar och ny kunskap inom alkoholforskningen.

Alkoholkonsumtion och alkoholskador

Vid en internationell jämförelse är den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige relativt låg. De alkoholbetingade medicinska skadorna är också av betydligt mindre omfattning än i länder med högre genomsnittlig alkoholkonsumtion.

Ändå ger alkoholen upphov till avsevärda sociala, samhällsekonomiska och medicinska problem även i vårt samhälle. Enligt en vanlig uppskattning dricker 300 000 svenskar så mycket alkohol att det har en negativ inverkan på deras hälsa, familjeliv och arbete.

De senaste decenniernas internationella alkoholforskning har gett en i huvudsak entydig bild av ett samband mellan den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle och dödligheten i alkoholbetingade sjukdomar. Inte minst högkonsumenterna, den grupp om ca 10 procent av befolkningen som konsumerar 50 procent av alkoholen, utgör ett stort problem. En stegrad total alkoholkonsumtion åtföljs med stor sannolikhet av en ökning också av antalet högkonsumenter, vilket i sin tur som regel leder till att den alkoholrelaterade sjukligheten och dödligheten stiger. Omvänt gäller att en minskning av den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle leder till färre alkoholskador och lägre dödlighet.

Från andra världskriget och framåt har den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige, som den framgår av den officiella försäljningsstatistiken, ökat påtagligt. Under de tre första efterkrigsdecennierna praktiskt taget fördubblades konsumtionen per invånare. Under perioden 1976–1984 minskade alkoholförsäljningen med drygt 20 %. Därefter kom en ny period av relativt kraftig konsumtionsökning. Under de två senaste åren har återigen en viss mindre tillbakagång kunnat registreras. Fortfarande ligger emellertid alkoholkonsumtionen

per invånare (15 år och äldre) ca 60 % över 1946 års nivå (4,0 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre år 1946, jämfört med 6,4 liter år 1990).

Härtill kommer den konsumtion som inte registreras i officiell försäljningsstatistik, det s.k. mörkertalet. Hit räknas bl.a. hemtillverkat vin, privat införsel av alkohol, olovlig tillverkning av spritdrycker och konsumtion under utlandsvistelser.

Alkoholfrågan i Sverige och i Europa

Våra dryckestraditioner är en del av den svenska kulturtraditionen och livsstilen. Sverige tillhör av tradition de s.k. spritländerna. Det typiska för spritländerna är att drickandet i stor utsträckning är koncentrerat till veckosluten och vissa högtider. Man dricker sig ofta berusad. Våldsbrottslighet och olyckshändelser har starka samband med denna typ av drickande.

I vinländer som t.ex. Frankrike, Italien, Portugal och Spanien dricks vin i stor utsträckning som vardaglig måltidsdryck och det är inte kulturellt accepterat att dricka sig redlöst berusad. Att alkoholbruket är en integrerad del av vardagslivet leder till höga konsumtionsnivåer, vilket i sin tur för med sig utbredda medicinska skador och alkoholrelaterad dödlighet.

Under efterkrigstiden har vi kunnat se en tydlig tendens till att dryckesmönstren internationaliseras, särskilt inom EG-länderna. Men även i Sverige har det skett en långsiktig förändring av dryckesvanorna, bl.a. mot minskad spritkonsumtion och ökad vin- och ölkonsumtion.

Under det senaste årtiondet har man i bl.a. en rad europeiska länder blivit alltmer medveten om att alkoholskadorna utgör ett av de stora folkhälsoproblemen. Som en del av den s.k. Hälsa för alla-strategin har det inom Världshälsoorganisationen (WHO) framförts som ett mål att alkoholkonsumtionen skall pressas tillbaka med minst 25 % under perioden 1980–2000, vilket Sverige ställt sig bakom. I flera europeiska länder förs nu diskussioner om möjligheterna att reducera alkoholkonsumtion och -skador genom både utökade informationsinsatser och åtgärder för att begränsa utbudet av alkohol, t.ex. genom förbud mot eller inskränkningar i rätten att sprida reklam för alkoholdrycker. Även dryckesskatternas betydelse för folkhälsan har uppmärksammats.

EG och alkoholpolitiken

Riksdagen har vid flera tillfällen slagit fast att det europeiska integrationsarbetet från svensk sida inte får bedrivas så att en effektiv svensk alkoholpolitik försvåras.

Den svenska alkoholpolitikens mål att pressa tillbaka alkoholkonsumtion och alkoholskador ligger fast. Medlen för att nå detta mål måste även i fortsättningen vara dels en kombination av insatser för att förbättra kunskaper om

alkoholbruket och påverka attityder till det, dels åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet.

På längre sikt är det emellertid sannolikt att den europeiska integrationsprocessen får återverkningar även inom detta område. Det gäller främst prispolitiken. Sverige hör sedan länge till de länder som har en relativt sett hög, alkoholpolitiskt motiverad, beskattning av alkoholdrycker. Det finns i och för sig inga planer inom EG att genom bindande direktiv åstadkomma att skatten på alkohol ligger på samma nivå i alla medlemsländer. Å andra sidan är det troligt att harmoniseringen på sikt kommer att påverka medlemsländernas alkoholpriser i utjämnande riktning. En friare handel och minskade gränskontroller kan under alla förhållanden leda till att det blir svårare att använda priset som alkoholpolitiskt instrument.

Vad gäller den svenska alkohollagstiftningen i övrigt, finns det för närvarande ingen anledning att förmoda att den i något avgörande hänseende skulle vara oförenlig med EG:s regelsystem. Hittills har det emellertid inte utförts någon samlad genomgång av de olika alkohollagarna och av ev. behov av revideringar med hänsyn till kravet på anpassning till EG:s regelsystem. Det framstår som angeläget att en sådan genomlysning nu kommer till stånd.

Onödiga regler bör utmönstras

Även om det för närvarande inte finns anledning att göra någon total översyn av alkohollagstiftningen, kan det finnas skäl att granska bestämmelserna också från en annan synvinkel. Riksdagen har vid flera tillfällen uttalat att de restriktioner som finns på alkoholområdet måste begränsas till sådana som allmänheten uppfattar som meningsfulla för att inte förtroendet för alkoholpolitikens grunder skall minska. Samtidigt som vi bör slå vakt om de delar av regelverket som har alkoholpolitisk betydelse, bör sådana bestämmelser som inte längre fyller någon alkoholpolitisk funktion kunna utmönstras. Härigenom kan lagstiftningen vinna i trovärdighet. Av samma skäl bör man ta vara på de möjligheter som kan finnas att åstadkomma en förenklad och förtydligad lagstiftning.

I detta sammanhang bör kommissionen särskilt uppmärksamma reglerna om tillstånd till servering av alkoholdrycker enligt lagen (1977:293) om handel med drycker (LHD), liksom bestämmelserna om serveringens bedrivande och andra frågor som gäller alkoholserveringen. Kommissionen bör även analysera hur denna lagstiftning tillämpas i praktiken.

Att påverka efterfrågan

Om åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet kan sägas utgöra alkoholpolitikens ena grundsten, så är insatser för att påverka människornas efterfrågan på alkoholdrycker den andra. Härmed avses såväl förebyggande insatser,

t.ex. att skapa drogfria fritidsmiljöer för ungdomar, som informations- och opinionsbildande verksamhet för att påverka människors alkoholvanor. Hit hör även positiv information om de olika alkoholfria festdrycker som finns som alternativ.

Stora insatser har gjorts och görs inom detta område. I ett läge där det till följd av internationaliseringen och den europeiska integrationen kan bli svårare att begränsa alkoholens tillgänglighet genom prispolitiken, finns det emellertid skäl att lägga ännu större vikt vid detta attityd- och opinionsbildande arbete.

Alkohol- och drogområdet kommer att bli det mest omfattande verksamhetsområdet i det folkhälsoinstitut som inrättas den 1 juli 1992. I den proposition som låg till grund för riksdagens beslut underströks starkt att information, opinionsbildning och andra förebyggande åtgärder bör ges en mer framträdande roll i den svenska alkoholpolitiken. Det rör sig både om insatser som riktar sig till befolkningen i stort och om mer selektiva satsningar riktade till t.ex. ungdomar eller gravida kvinnor. Det handlar vidare om såväl allmänt förebyggande insatser som åtgärder riktade till människor vilka befinner sig i riskzonen för att utveckla ett skadligt bruk av alkohol. Institutets verksamhet skall bygga på vetenskapligt väl förankrat underlag.

Vården av alkoholmissbrukare

Socialberedningen konstaterade i sitt betänkande (SOU 1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget att de tunga alkoholmissbrukarnas sociala och medicinska situation har försämrats påtagligt under de senaste decennierna. Överdödligheten bland dessa alkoholmissbrukare har ökat dramatiskt, särskilt bland de yngre.

De missbrukare som har kontakt med socialtjänsten har det ofta under långa tidsperioder, men kontakterna är som regel sporadiska och oplanerade. Det saknas en kontinuitet i behandlingen, något som också gäller för de institutionsvårdade missbrukarna. Den öppna socialtjänstens uppföljning efter institutionsvård fungerar sällan på det sätt som förutsattes när socialtjänstlagen infördes. Samarbetet mellan socialtjänsten, sjukvården och andra samhällsinstitutioner är ibland dåligt utvecklat. Ofta vet man inom det ena av dessa områden inte att klienten respektive patienten är aktuell inom det andra.

Även socialstyrelsen har i olika rapporter redovisat att missbrukarvården i dag står inför stora problem. Det finns en brist på institutionsplatser för tunga missbrukare och det finns ett stort behov av att utveckla vårdens innehåll.

I många kommuner saknas det effektiva metoder för att klara vården av klienter med sammansatta problem, t.ex. psykiskt störda missbrukare och missbrukare med invandrarbakgrund. Det behövs bättre kunskap och kompetens för att arbeta med dessa grupper och bättre samarbete med landstingens psy-

kiatriska vård.

Tvångsvården av vuxna missbrukare enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) dras vidare med såväl kvantitativa som kvalitativa brister.

Utredningen (S 1991:09) Institutioner inom ungdomsvården och missbrukarvården har bl.a. som uppgift att belysa missbrukarvårdens innehåll och organisation vad avser tvångsvårdens institutioner. Utredningen skall enligt direktiven vara slutförd den 15 januari 1992.

Kvinnors missbruk är ytterligare ett problemområde som kräver särskild belysning. Dryckesmönstret för kvinnor och män har blivit alltmer likartat. Missbruket bland kvinnor har ökat. Mycket tyder på att kvinnor som missbrukar snabbare blir utslagna och att de också fortare får såväl medicinska som sociala skador av sitt missbruk. Att nå dem med stöd eller vårdinsatser på ett tidigt stadium är därför särskilt viktigt.

Missbrukarvården har traditionellt utformats med utgångspunkt från männens behov. Under senare år har man blivit mer medveten om de problem som kvinnor möter i en manlig behandlingsmiljö. Fortfarande är dock kunskapen otillräcklig, framför allt kunskapen om de särskilda behov som kvinnliga missbrukare har och som kan kräva speciella behandlingsinsatser. En utveckling inom detta område skulle underlätta för kvinnor att själva söka vård.

En fråga som måste uppmärksammas särskilt i detta sammanhang är gravida kvinnors alkoholvanor. Varje år föds det alltjämt ett hundratal barn med grava och bestående skador till följd av moderns missbruk. Det finns undersökningar som visar att missbrukande kvinnor föder fler barn än genomsnittet. Det förhållandet att alkoholkonsumtionen ökar bland unga kvinnor kan innebära risker för att även antalet skadade barn ökar.

Missbrukets familjesociala konsekvenser

Alkoholmissbrukets ekonomiska, sociala och psykologiska följder för missbrukarens familj har bara i mycket begränsad utsträckning varit föremål för forskningens intresse. Det gäller inte minst frågan om vad det innebär för barn att leva med vuxna som har alkoholproblem.

De vuxnas alkoholmissbruk finns med som en av de vanligaste orsakerna till beslut om placering av barn i samhällsvård. Alkoholen spelar emellertid en destruktiv roll i långt fler fall än så. Det är rimligt att anta att det finns ett stort antal barn och ungdomar som far illa i det tysta på grund av föräldrarnas missbruk. Olika studier visar också att alkoholen ofta finns med i bilden vid såväl kvinnomisshandel som barnmisshandel och andra övergrepp mot barn.

En av de allvarligaste konsekvenserna för barn av vuxnas alkoholproblem är att barnen i stor utsträckning tvingas ta ett vuxenansvar som de inte är mogna för. Ett omfattande och okontrollerat drickande skapar en otrygg och labil mil-

jö, vilket kan leda till störningar i barnets identitetsutveckling. Såväl svenska som utländska undersökningar visar också att psykosomatiska besvär, kamratproblem och skolsvårigheter är betydligt vanligare hos barn till alkoholmissbrukare än hos barn med i övrigt jämförbar bakgrund.

Olika metoder för att stödja missbrukares anhöriga har under senare år börjat utvecklas i flera länder. I Sverige har det t.ex. under 1980-talet skett en utbyggnad av familjebehandling inom institutionsvården. Även inom öppenvården har det familjeinriktade arbetet börjat utvecklas framför allt inom ramen för olika försöks- och utvecklingsprojekt. Det är angeläget att dessa nya vårdformer utvärderas kontinuerligt och att man därvid särskilt beaktar i vilken mån barnens behov tillgodoses.

Kommissionens uppdrag

Sett i ett längre tidsperspektiv har alkoholkonsumtionen och alkoholskadorna i Sverige ökat påtagligt. Konsumtionsutvecklingen under senare delen av 1980-talet innebar vidare att vi då år från år avlägsnade oss från det mål om en minskning av alkoholkonsumtionen med minst 25 procent under perioden 1980–2000, som Sveriges regering och riksdag har ställt sig bakom.

Redan detta utgör skäl för att nu se över alkoholpolitiken, i syfte att finna mer effektiva vägar att förverkliga de alkoholpolitiska målen. Härtill kommer den europeiska integrationsprocessen. Den innebär i detta sammanhang bl.a. att utbytet kommer att öka dramatiskt på alla plan – ekonomiska, sociala, kulturella – mellan Sverige och länder som av tradition för en mindre restriktiv alkoholpolitik än den hos oss etablerade och som också har en avsevärt högre alkoholkonsumtion och fler alkoholskador.

Jag vill mot denna bakgrund föreslå att en parlamentarisk kommission med bred sammansättning tillkallas med främsta uppgift att formulera en strategi för att nå målet att minska den totala alkoholkonsumtionen och att begränsa alkoholens skadeverkningar.

Till grund för kommissionens överväganden bör bl.a. ligga en utvärdering av den hittills förda alkoholpolitikens effekter. Kommissionen bör därvid också jämföra den svenska alkoholpolitikens mål och medel med den politik som andra jämförbara länder för på detta område. Kommissionen bör även beskriva skillnader i konsumtions- och skadenivåer mellan länderna och i möjligaste mån analysera effekterna av den förda politiken i olika länder. Kommissionen bör ha möjlighet att anlita såväl svensk som utländsk expertis i detta kartläggnings- och analysarbete.

I den mån kommissionen finner att delar av det svenska regelsystemet inom detta område behöver förändras med hänsyn till EG:s regelverk, bör kommissionen lägga fram förslag till sådan reviderad lagstiftning. Kommissionen kan även av andra skäl föreslå förändringar i lagstiftningen, om den t.ex. finner att

vissa bestämmelser kan förenklas eller helt utmönstras för att de inte längre fyller någon alkoholpolitisk funktion. I andra fall kan reglerna behöva förtydligas eller skärpas för att bättre fylla ett alkoholpolitiskt syfte.

Kommissionen bör även lämna förslag till metoder att löpande följa även den icke registrerade alkoholkonsumtionen, för att ge regering och riksdag ett bättre underlag för alkoholpolitiska ställningstaganden.

Kommissionen bör vidare kartlägga och redovisa de ökade svårigheter att uppfylla de alkoholpolitiska målen som en svensk anpassning till EG kan inrymma. Kommissionen skall presentera förslag till insatser som medför att de alkoholpolitiska målen kan uppnås, även inom ramen för EG-integrationen. Kommissionen bör överväga hur det opinionsbildande och attitydpåverkande arbetet inom detta område kan förstärkas.

Kommissionen bör bedöma hur såväl de primär- som de sekundärpreventiva insatserna kan utvecklas ytterligare. Kommissionen bör i dessa delar samråda med organisationskommittén för det blivande folkhälsoinstitutet och med institutet, sedan detta bildats den 1 juli 1992. Kommissionen bör lägga fram förslag till långsiktig inriktning av folkhälsoinstitutets arbete med alkoholfrågorna.

Kommissionen skall vidare genomlysa de problem som föreligger inom vården av alkoholmissbrukare och bedöma behoven av förändringar av vårdformer och vårdinnehåll. De kvinnliga missbrukarnas vårdbehov skall därvid uppmärksammas särskilt.

Kommissionen skall också kartlägga och analysera missbrukets konsekvenser för missbrukarnas familjer och bedöma vilka insatser som behöver göras för att möta de anhörigas, särskilt barnens, behov av stöd.

Kommissionen bör avsluta sitt arbete före utgången av år 1993.

För utredningen gäller direktiven (dir. 1984:5) till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningsförslagens inriktning samt direktiven (dir. 1988:43) om beaktande av EG-aspekten.

Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar chefen för socialdepartementet

- att tillkalla en kommission – omfattad av kommittéförordningen (1976:119) – med högst 11 ledamöter, med uppdrag att utvärdera alkoholpolitiken och utforma en ny alkoholpolitisk strategi, att göra en översyn av vården av alkoholmissbrukare och att genomföra en analys av alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser,
- att utse en av ledamöterna att vara ordförande, samt
- att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt kommissionen.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns anslag A 2. Utredningar m.m.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Socialdepartementet)

Bilaga 2

Alkoholpolitiska kommissionens sammansättning

Ordförande

Ingemar Mundebo, generaldirektör	förordnad	1992-02-13

Ledamöter:

– Ingrid Andersson, riksdagsledamot (s)	förordnad	1992-02-13
	entledigad	1993-06-15
– Karin Israelsson, riksdagsledamot (c)	förordnad	1992-02-13
– Bert-Inge Karlsson, socionom (kds)	förordnad	1992-02-13
– Peter Kling, riksdagsledamot (nyd)	förordnad	1992-02-13
– Owe Larsson, politisk sekreterare (v)	förordnad	1992-02-13
– Ulla Orring, riksdagsledamot (fp)	förordnad	1992-02-13
– Sverre Palm, riksdagsledamot (s)	förordnad	1992-02-13
– Anita Persson, riksdagsledamot (s)	förordnad	1993-06-15
– Gabriel Romanus, verkställande direktör i Systembolaget AB	förordnad	1992-02-13
– Sten Svensson, riksdagsledamot (m)	förordnad	1992-02-13
– Claes Örtendahl, generaldirektör vid Socialstyrelsen	förordnad	1992-02-13

Sakkunniga:

– Karin Berensson, utredare vid Landstingsförbundet	förordnad	1993-09-15
– Dag Juhlin-Dannfelt, departementssekr. vid Utrikesdepartementet	förordnad	1993-05-01

– Johan Enegren, departementssekr. vid Utrikesdepartementet	förordnad	1992-05-12
	entledigad	1993-05-01
– Christina Gynnå-Oguz, departementsråd vid Socialdepartementet	förordnad	1992-11-01
– Jakob Lindberg, överdirektör vid Folkhälsoinstitutet	förordnad	1992-03-20
– Bo Netz, departementssekr. vid Finansdepartementet	förordnad	1993-07-01
– Anita Sundin, sekr. vid Svenska Kommunförbundet	förordnad	1992-03-20
– Gunilla Wallgrund, utredare vid Landstingsförbundet	förordnad	1992-03-20
	entledigad	1993-09-15

Experter:

– Björn Hibell, direktör vid Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)	förordnad	1992-03-20
– Leif Lindgren, chefsjurist vid Datainspektionen	förordnad	1992-03-20
– Anders Romelsjö, docent vid Karolinska Institutets avd. för socialmedicin	förordnad	1992-05-12

Sekretariat:

– Hans Noaksson, revisionsdir., huvudsekr.	förordnad	1992-03-01
– Peter Carlsten, utredningssekr.	förordnad	1992-08-10
	entledigad	1993-06-24
– Peter Gerdman, avdelningsdirektör	förordnad	1993-05-01
– Margareta Gustafsson, socionom	förordnad	1993-03-01
– Johan Hellstrand, byrådirektör	förordnad	1992-06-01
– Rolf Larsson, advokat	förordnad	1992-05-01
– Orvar Olsson, forskare	förordnad	1993-10-01
– Lillian Rydgren, assistent (anställd vid Socialdepartementet)		

Kommissionen har låtit ett antal forskare och experter utanför sekretariatet utarbeta rapporter i skilda ämnen av betydelse för kommissionens ställningstaganden.

Bilaga 3

Behandling av alkoholproblem - slutsatser och rekommendationer

En expertgrupp för missbrukarvård knuten till Socialstyrelsens Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) har i en skrift (Behandling av alkoholproblem – en kunskapsöversikt, 1994) redovisat sina forskningsresultat om behandlingseffekter inom alkoholvården och sammanfattat sina slutsatser på följande sätt. Författarna står självständigt för sina resultat. Expertgruppen har bestått av docent Sven Andreasson, professor Mats Berglund, docent Anders Bergmark, docent Lars Lindström, docent Lars Oscarsson, forskningschef Gunnar Ågren och docent Agneta Öjehagen. Professor Mats Berglund har varit gruppens ordförande och i dess arbete har även medverkat professor Karin Tengvald, chef för CUS.

Behandling av alkoholproblem – slutsatser och rekommendationer

Behandlingen inom alkoholvården bör i första hand inte ses separat, utan som en del av samhällets totala alkoholpolitik. Övergripande alkoholpolitiska åtgärder som prispolitik och tillgänglighetsbegränsande åtgärder liksom övriga primär- och sekundärpreventiva åtgärder som syftar till att förhindra utvecklandet av alkoholproblem samspelar med behandlingen och dess effekter. Den aktuella kunskapsöversikten har koncentrerat sig på behandlingseffekter inom alkoholvården, och har diskuterat alkoholpolitik och preventiva förebyggande åtgärder, där detta haft särskild relevans för behandlingen.

Behandlingsstatistik – utvecklingstendenser

I internationell jämförelse är den svenska alkoholvården omfattande. Alkoholvården byggdes kraftigt ut under andra halvan av 1960-talet och i början av 1970-talet sedan alkoholskadorna ökat efter motbokens avskaffande år 1955. Sedan mitten av 1970-talet har antalet personer, som under ett år besökte

alkoholpolikliniker, rådgivningsbyråer och andra frivilliga öppenvårdsinstanser ökat från 50 000 till 58 000. Antalet personer, som är föremål för insatser specifikt riktade mot alkoholmissbruk, är omöjligt att uppskatta, men sannolikt betydligt färre än 15 år tidigare. Antalet vårdplatser vid behandlingshem och på inackorderingshem avsedda för alkoholmissbrukare fördubblades från 4 000 till 8 000 och antalet personer med alkoholdiagnos, som vårdades inom psykiatrisk vård en given dag, har minskat från 2 600 till 1 400. Dessutom vårdades ett stort antal individer inom kroppssjukvården, men säkra data om detta saknas. Andra öppenvårdsinsatser, t.ex. inom primärvården, hade också sannolikt ökat i omfattning. Under dessa 15 år hade det skett en minskning av den genomsnittliga, officiellt registrerade, alkoholkonsumtionen med nästan 20 procent och en minskning av antalet dödsfall i den vanligaste alkoholrelaterade diagnosgrupperna med omkring 3 procent.

Under de senaste decennierna har inslagen av social kontroll och myndighetsutövning inom missbrukarvården minskat till förmån för behandlingstänkande. Såväl medicinska, socialpsykologiska som individualpsykologiska synsätt har varit företrädda inom olika delar av vårdsystemet.

Användningen av tvång inom missbrukarvården har långsiktigt minskat. Många förändringar som skett inom alkoholvården har motiverats ideologiskt utan att några egentliga ansträngningar gjorts för att dokumentera vårdresultatet eller andra effekter. Resursutnyttjandet inom vården är ofullständigt kartlagt och det saknas ett enhetligt system för dokumentationen av de insatser som gjorts.

Avsaknaden av dokumentation omöjliggör bedömningen av hur förändringarna i vårdsystemet har påverkat missbrukarnas situation. Studier av dödligheten bland identifierade missbrukare, som vårdats på sjukhus och institution, tyder inte på att prognosen förbättrats. Bland de tyngsta och mest socialt utsatta missbrukarna tyder tillgänglig statistik i stället på att dödligheten är betydligt högre i dag än på 1960-talet.

Definition av alkoholproblem

Socialtjänsten och sjukvården definierar av tradition alkoholproblem olika. Högkonsumtion av alkohol innebär hälsorisker, men är inte ett tillstånd som motiverar åtgärder enligt socialtjänstens lagar eller sjukvårdens definition av tillståndet. Genom att informera individen om riskerna med högkonsumtion av alkohol och ge råd om hur förändringen skall ske kan dock konsumtionen minskas.

Alkoholkonsumtion är potentiellt farligt. I det individuella klient/patientarbetet finns behov att definiera en nivå där individer alltid bör rekommenderas att minska drickandet. En sådan nivå (högkonsumtion) anses föreligga om en man dricker mer än 280 gram alkohol i veckan (4 flaskor vin eller motsvarande) och en kvinna mer än 210 gram alkohol per vecka.

Socialtjänsten definierar alkoholmissbruket på basen av dess komplikationer framför allt de av social karaktär. Sjukvården definierar det som en förändring i livsstilen med typiska beteendeförändringar och utvecklandet av toleransökning och fysiskt beroende. Detta benämns alkoholberoende (alcohol dependence syndrome). Den 1/1 1995 inför Socialstyrelsen ett diagnossystem, som utvecklats av WHO, kallat ICD-10 (International Classification of Diseases, 10:de upplagan). Enligt detta definieras alkoholberoende med att 3 av 6 kriterier skall vara uppfyllda under det senaste året. Kriterierna är följande **A:** Ett starkt behov ("sug") eller tvång att dricka alkohol, **B**: Svårigheter att kontrollera alkoholkonsumtionen (kontrollförlust), **C**: Förekomst av abstinenssymptom, **D**: Toleransökning, **E:** Tilltagande ointresse av andra saker på bekostnad av alkohol och **F:** Fortsatt konsumtion trots kroppsliga eller psykiska skador.

De individer som ej utvecklar alkoholberoende, men använder alkohol på ett skadligt sätt kan få diagnosen skadligt användande. Detta definieras genom att klara hållpunkter för att alkoholkonsumtion medför psykisk eller kroppslig skada skall föreligga.

En rad samverkande faktorer ligger bakom utvecklingen av alkoholberoende och andra alkoholproblem. Tillgängligheten till alkoholdrycker och de sociala normer som reglerar deras användning har stor betydelse men också biologiska, genetiska, sociala och psykologiska faktorer är viktiga.

Att ställa upp enhetliga kriterier för vad som menas med högkonsumtion, alkoholrelaterade skador och alkoholberoende är nödvändigt för att kunna bestämma problemets utbredningen i samhället och för att kunna utvärdera olika behandlingseffekter. Varaktigheten kan för många vara relativt begränsad, ca några år i samband med kriser och påfrestningar av olika slag, medan det hos andra blir långvarigt. Dödligheten är kraftigt förhöjd. Ett enhetligt diagnossystem är vidare värdefullt för samarbetet mellan socialtjänst och sjukvård. För val av behandling krävs en mera omfattande bedömning.

Identifikation och bedömning

Personer med högkonsumtion av alkohol, med alkoholrelaterade skador och alkoholberoende kommer i kontakt med socialtjänst, vård och behandling på två nivåer, dels i de sammanhang, där identifikation kan vara aktuell, dels då bedömning för val av behandling skall göras. I samband med att man inom primärvård och socialvård söker hjälp för andra medicinska eller sociala problem gäller det att kunna bedöma om alkoholen är en betydelsefull faktor för tillståndet.

Man skall kunna ge råd, samt i svårare ärenden, hänvisa till den specialiserade alkoholvården för bedömning och eventuell behandling av alkoholproblem.

I den specialiserade alkoholvården måste individen ses i sitt totala sammanhang. Bedömningen bör först vara systematisk i meningen att alla relevanta

problemområden täcks in på ett strukturerat och lika sätt. Det vore en stor fördel om bedömningen kunde genomföras på ett likartat sätt på olika enheter. Bedömningen bör då innehålla en gemensam kärna som innefattar missbruksanamnes, psykisk och fysisk hälsa, familjesituation, arbetssituation och social funktionsförmåga. För denna bedömning finns standardiserade intervjumetoder och självskattningsformulär. En sådan standardisering skulle innebära en avsevärt förbättrad möjlighet till val av behandling och utvärdering av dess effekter.

Denna initiala bedömning på specialistnivå skall ge rekommendation om den fortsatta behandlingsuppläggningen. Idealiskt vore att den är helt fristående från dem som skall genomföra behandlingen. Detta kommer i framtiden att bli ännu mer betydelsefullt i och med utvecklingen av beställar/producentuppdelning, decentralisering av budgetansvar till resultatenheter och konkurrens om uppdrag mellan offentliga och privata vårdgivare.

Definition av behandling

Det är inte lätt att enkelt och entydigt definiera vad som är behandling. Två grundläggande kriterier kan uppställas, primär terapeutisk intention och primär terapeutisk kontext. Med primär terapeutisk intention menas att det direkta syftet med verksamheten ifråga är att behandla individer med identifierade alkoholproblem.

Med primär terapeutisk kontext menas att det måste finnas en påvisbar koppling mellan behandlingsaktiviteten i fråga, det teoretiska och/eller kliniska sammanhang den utförs inom och förväntade terapeutiska effekter. Dessa kriterier har flera fördelar. De "låser" inte i förväg vissa angivna aktiviteter som behandling och exkluderar inte andra. Det ger inte heller vissa grupper ensamrätt att bedriva behandling, men kräver samtidigt en form av professionalitet genom att ställa krav på artikulerad terapeutisk intention. Det ger heller inte effektkriteriet en central position.

Att sluta missbruka

Många individer slutar missbruka alkohol utan hjälp av behandling, men i en del fall tycks behandling ha en avgörande betydelse. Behandling kan heller inte frikopplas från de påtryckningar från familj och arbete, som vanligtvis förekommer i samband med att missbrukaren söker vård.

Förändrade alkoholvanor sammanfaller ofta med etablerandet av nya sociala relationer eller andra omständigheter, som gör att individen med alkoholproblem riskerar mer än förut genom att fortsätta dricka. Det avgörande är dock inte de yttre påtryckningarna som sådana utan individens sätt att värdera och reagera på dem.

Personer med mindre utvecklat alkoholberoende anger ofta påtryckningar från

den sociala omgivningen som skäl till att sluta missbruka alkohol. För personer med ett mer utvecklat beroende tycks förbättringen vara förknippad med ett mer aktivt ställningstagande och en fördjupad insikt om beroendet av medmänniskor. Det är viktigt att studera hur behandlingen kan påskynda och underlätta naturliga förbättringsprocessen.

Har behandling effekt?

Bedömningen av effekter är beroende av vilken måttstock man använder. Det vanligaste effektkriteriet är efter avslutad behandling förbättrade alkoholvanor, ofta i kombination med några mått på psykisk hälsa eller social anpassning. Med förbättrade alkoholvanor avses såväl helnykterhet som "normal" alkoholkonsumtion, dvs. drickande utan beroendesymptom eller allvarliga komplikationer. Förbättrade alkoholvanor är ett rimligt huvudkriterium på effekter av behandling. Med sekundär prevention menas att tidigt uppmärksamma riskabel alkoholkonsumtion och att med begränsade insatser försöka åstadkomma ett minskat drickande.

Inom alkoholområdet föreligger ofta riskfylld alkoholkonsumtion, s.k. högkonsumtion, under många år före utvecklandet av alkoholberoende.

Väldokumenterade studier har visat goda effekter av att identifiera högkonsumenter och ge dem råd hur alkoholkonsumtionen skall reduceras. Studier av denna typ har genomförts i samband med hälsoundersökningar och inom primärvården. Med små insatser, exempelvis ett rådgivande samtal på 15–20 minuter med uppföljning, kan man reducera alkoholkonsumtionen i betydande utsträckning.

Vid utvecklat alkoholberoende behövs ofta mer omfattande behandlingsinsatser inom öppen eller sluten vård. Studier av behandling jämfört med ingen eller minimal behandling har påvisat positiva effekter, som kvarstår under en tid efter behandlingen.

Jämförande studier har inte kunnat belägga a) att ett bestämt program är överlägset andra för alla individer, b) att behandling är överlägsen enklare rådgivning för alla individer, c) att långvarig behandling är överlägsen kortvarig för alla individer, d) att sluten vård är överlägsen öppen vård för alla individer, e) att sluten vård är överlägsen dagvård för alla individer eller f) att behandling med hög personaltäthet är överlägsen sådan med lägre personaltäthet för alla individer.

Det finns således ingen behandling som leder till goda behandlingsresultat för alla människor med alkoholproblem. Dock har vissa insatser goda effekter för vissa människor med vissa typer av alkoholproblem. Exempelvis talar utvärderingslitteraturen för att breda behandlingsprogram i öppen vård med inslag av social färdighetsträning och återfallsprevention kan ha goda effekter för svårt alkoholberoende personer. Detta förutsätter en pedagogik som premierar positi-

va förändringar och förstärker individens motivation att ändra sina alkoholvanor och livsstil. Självkontrollträning med kognitiv/beteendeterapeutisk har dokumenterade effekter för personer med mindre avancerat alkoholberoende.

Det aktuella forskningsläget motiverar inte till uppgivenhet eller resignation, utan bör snarare stimulera till omprövning och nytänkande. Ett led i denna process kan vara att betrakta behandling som en del i ett vidare perspektiv och uppmärksamma de faktorer som bidrar till att underlätta naturliga läkeprocesser. Dessa processer måste ses i ett långsiktigt perspektiv vilket motiverar uthållighet i behandling.

Ett annat led kan vara att närmare studera samspel mellan klienttyp, behandlingsform och resultat. Detta gör det möjligt att välja ut vissa klienter till vissa typer av behandling, s.k. matchning. Ett matchningsförfarande kan baseras på individkaraktäristika, på olika faser i behandlingsprocessen och på vad som utmärker terapeuten och behandlingsmetoden. De kontrollerade studier som genomförts har matchat till olika metoder och terapeutegenskaper snarare än till olika faser i behandlingsprocessen.

De egenskaper, som man utifrån den hittills genomförda forskningen kan finna stöd att matcha till, är graden av social stabilitet, missbrukets svårighetsgrad, graden av psykiatrisk störning och olika personlighetsdimensioner, framför allt behov av struktur och aktiv vägledning. Dessa karaktäristika har visat statistiskt säkerställda skillnader mellan förbättringar med matchning till vissa metoder i förhållande till ingen matchning alls. Matchade grupper har visat förbättring i högre utsträckning än icke matchade grupper. Matchning kan vara av avgörande betydelse för den enskilde klienten, eftersom vissa typer av behandling kan vara skadlig i en del fall. Det är möjligt att använda de kunskaper vi har om förutsättningar för matchning inom den nuvarande behandlingsorganisationen.

Vissa grupper av missbrukare kräver särskild metodik eller resurser för en adekvat behandling. Tre viktiga grupper är kvinnor, psykiskt störda missbrukare och hemlösa.

Kvinnor

Alkoholproblem är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. Dessa kvinnor har oftare psykiska symptom än män och dessa föregår oftare alkoholproblemen hos kvinnor än män. Kvinnor är också något känsligare för kroppsliga skador av alkoholen. Kvinnor söker mindre ofta än män den specialiserade alkoholvården. Det är särskilt viktigt att underlätta för kvinnor att söka hjälp och motverka de hinder av praktisk och emotionell natur som finns. Kvinnors missbruk är omgärdat av en än mer fördömande och negativ attityd jämfört med mäns missbruk, vilket sannolikt inte underlättar deras möjligheter att söka hjälp. Därför är det värdefullt med speciella kvinnomottagningar för att underlätta att kvinnor söker och för att specifik kompetens utifrån kvinnans situation bättre

tillgodoses. Sådana mottagningar finns på flera håll i Sverige, ett exempel är EWA-mottagningen vid Karolinska sjukhuset i Stockholm.

Psykiskt störda missbrukare

Vad gäller psykiskt störda missbrukare har denna grupp rönt ökad uppmärksamhet under det senaste decenniet. En obehandlad psykiatrisk störning utgör generellt en negativ prognosfaktor gällande missbruket och har också ett samband med stort bortfall från behandling. Det är av vikt att psykiskt störda missbrukare får en kompetent bedömning. Tyvärr hamnar alkoholmissbrukare med psykiska besvär inte sällan "mellan två stolar", psykiatrin hänvisar till missbruksbehandling åtminstone som ett första led i behandlingen och missbruksbehandlingen bortser ibland från, eller avvisar, samtidig förekomst av psykiska sjukdomar och betonar missbruket i sig.

Psykiska störningar är vanligare hos personer med alkoholproblem än i den vanliga populationen. Den psykiska störningen är i regel sekundär till alkoholproblemen, men kan framför allt hos kvinnor föregå dessa. Rapporter från USA och storstäderna i Europa talar för en ökning av psykiskt sjuka personer med alkoholproblem. Sambandet kan huvudsakligen förklaras av sociala faktorer åtminstone vad gäller manliga missbrukare.

Det föreligger ett behov av specialiserad bedömning och samverkan i behandlingen. Socialarbetaren behöver stöd från psykiatrin och många gånger handledning gällande bemötande och hanterande av olika personlighetsstörningar, och att uppmärksamma självmordsbeteende. Psykiatrin behöver den sociala specialkunskapen och sociala åtgärder är ibland ett måste som komplement till behandlingen, t.ex. stöd till familjen om sådan finnes.

Hemlösa

Det finns omkring 10 000 hemlösa missbrukare kända av sociala myndigheter, andra samhällsorgan och frivilligorganisationer. Mer än 80 procent är män, genomsnittsåldern är närmare 40 år och de flesta är ensamstående. 2/3 har dokumenterade alkohol- och/eller narkotikaproblem och närmare 20 procent bedöms vara i behov av vård på grund av psykiska problem.

Insatser för hemlösa förutsätter att man förbättrar den sociala situationen samt hjälper den hemlöse till en bättre kontroll av alkoholkonsumtionen. Mycket talar för att långvarigt stödjande åtgärder, typ fleråriga vistelser på inackorderingshem, skyddade boendeformer och försökslägenheter, kan vara användbara instrument för att minska alkoholkonsumtion och bryta hemlösheten. Bland annat visar studier, där man systematiskt utnyttjat skyddade boendeformer, s.k. försökslägenheter, en möjlighet att långsiktigt uppnå en rehabilitering.

Rekommendationer

Vi rekommenderar att alkoholvården antar ett system för diagnostik och bedömning som anger kriterier för högkonsumtion, skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende. Diagnostik är ett nödvändigt inslag i en strukturerad bedömning, för att jämföra klientgrupper, och för att kunna göra uppföljningar och utvärderingar. Det är önskvärt att bedömningen inom socialtjänst och sjukvård görs så likartat som möjligt.

Vi rekommenderar att behandlingsbegreppet reserveras för sådana åtgärder som syftar till att minska individens alkoholproblem och där det finns en påvisbar koppling mellan insatsen och den förväntade effekten. Fördelen med detta är att en avgränsning kan göras dels mot oseriös verksamhet, dels mot övriga värdefulla insatser som inte primärt har till syfte att påverka alkoholproblem.

Vi rekommenderar att de delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten som kommer i kontakt med många högkonsumenter utvecklar metodik för att uppmärksamma riskabel alkoholkonsumtion, metodik för motivationshöjande rådgivning samt metodik för uppföljning. Den specialiserade alkoholvården svarar för den mer kvalificerade bedömningen och kan utgöras av sjukvårdens toxikomanienheter, av alkoholmottagningar, av missbrukssektioner eller grupper inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Kvalificerad bedömning kräver medverkan av personal med social, psykologisk och medicinsk kompetens.

Vi rekommenderar att socialtjänst och sjukvård utvecklar samverkansformer där denna kvalificerade bedömning möjliggörs.

Vi rekommenderar att behandling ska understödja naturliga läkeprocesser och genomföras utifrån individens egna resurser. Utgångspunkten inom alkoholvården ska vara att utifrån en kvalificerad bedömning i första hand överväga mindre omfattande åtgärder, för att därefter ta ställning till mer omfattande insatser.

Vi rekommenderar att institutionsvård reserveras för personer som av medicinska, psykiatriska och sociala skäl inte kan tillgodogöra sig behandling i öppna former. Institutionsvård krävs därtill för individer som behöver vistas i en stabil och socialt skyddad miljö. För personer med långvariga alkoholproblem och svagt socialt nätverk bör institutionsvård så långt möjligt ersättas med en kombination av insatser i öppna former exempelvis skyddat boende, kvalificerad dagverksamhet och utbyggd hemservice.

Vi rekommenderar att vid den kvalificerade bedömningen, som skall föregå all behandling, skall individens situation belysas ur social, medicinsk och psykologisk synvinkel. Baserad på tyngden i alkoholproblemet, grad av social stabilitet, förekomst av psykisk störning och personlighetsstruktur, väljs den mest ändamålsenliga insatsen. Eftersom behandling är en resurskrävande och kvalificerad insats som kan vara förbunden med risker måste det föreligga ett ovillkorligt krav på dokumentation och uppföljning av resultat.

KUNGL. BIBLIOTEKET STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

1. Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. Fi.
2. Kommunerna, Landstingen och Europa + Bilagedel. C.
3. Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. S.
4. Vapenlagen och EG. Ju.
5. Kriminalvård och psykiatri. Ju.
6. Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. Fi.
7. EU, EES och miljön. M.
8. Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. UD.
9. Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. Ku.
10. Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. UD.
11. Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. SB.
12. Suveränitet och demokrati + bilagedel med expertuppsatser. UD.
13. JIK-metoden, m.m. Fi.
14. Konsumentpolitik i en ny tid. C.
15. På väg. K.
16. Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. M.
17. Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju.
18. Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. C.
19. Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. UD.
20. Reformerat pensionssystem. S.
21. Reformerat pensionssystem. Bilaga A. Kostnader och individeffekter. S.
22. Reformerat pensionssystem. Bilaga B. Kvinnors ATP och avtalspensioner. S.
23. Förvalta bostäder. Ju.
24. Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. S.
25. Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. S.
26. Att förebygga alkoholproblem. S.
27. Vård av alkoholmissbrukare. S.
28. Kvinnor och alkohol. S.
29. Barn – Föräldrar – Alkohol. S.

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. [11]

Justitiedepartementet

Vapenlagen och EG [4]
Kriminalvård och psykiatri. [5]
Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju. [17]
Förvalta bostäder. [23]

Utrikesdepartementet

Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. [8]
Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. [10]
Suveränitet och demokrati
+ bilagedel med expertuppsatser. [12]
Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. [19]

Socialdepartementet

Mäns föreställningar om kvinnor och chefsskap. [3]
Reformerat pensionssystem. [20]
Reformerat pensionssystem. Bilaga A.
Kostnader och individeffekter. [21]
Reformerat pensionssystem. Bilaga B.
Kvinnors ATP och avtalspensioner. [22]
Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. [24]
Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. [25]
Att förebygga alkoholproblem. [26]
Vård av alkoholmissbrukare. [27]
Kvinnor och alkohol. [28]
Barn – Föräldrar – Alkohol. [29]

Kommunikationsdepartementet

På väg. [15]

Finansdepartementet

Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. [1]
Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. [6]
JIK-metoden, m.m. [13]

Kulturdepartementet

Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. [9]

Civildepartementet

Kommunerna, Landstingen och Europa.
+ Bilagedel. [2]
Konsumentpolitik i en ny tid. [14]
Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. [18]

Miljö- och naturresursdepartementet

EU, EES och miljön. [7]
Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. [16]

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning