

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 4 februari 1999 bemyndigades chefen för Socialdepartementet, statsrådet Lars Engqvist, att tillkalla en kommitté bestående av forskare med uppdrag att göra ett välfärdsbokslut över 1990-talet (dir. 1999:7). Kommittén antog sedermera namnet ”Kommittén Välfärdsbokslut”. Ett första delbetänkande *Välfärd vid vägskäl, utvecklingen under 1990-talet* (SOU 2000:3) överlämnades den 18 januari år 2000.

En väsentlig grund för detta delbetänkande var de cirka 25 kunskapsunderlag som olika forskare och forskargrupper på kort tid skrev för kommittén. De uppdrag som, efter samråd, gavs till forskarna var ofta att sammanfatta det befintliga kunskapsläget inom ett forskningsfält, men i många fall också att ta fram ny kunskap via primära analyser. I kommitténs direktiv angavs identifierandet av kunskapsluckor som ett centralt mål. Detta uppdrag har därför också i tillämpliga fall vidarebefordrats till berörda forskare. Gemensamt för alla uppdrag var också det fokus på 1990-talsutvecklingen som slagits fast redan i kommitténs direktiv.

Föreliggande forskarvolym utgör den andra i en serie av skrifter där dessa underlag presenteras. Vi hoppas och tror att dessa uppsatser skall bidra till en nyanserad diskussionen kring välfärdens utveckling i Sverige.

Välfärdskommitténs ledamöter har inte tagit ställning till innehållet i de enskilda uppsatserna. Det är med andra ord författarnas analyser, tolkningar och slutsatser som presenteras här och varje författare ansvarar själv för innehållet.

Stockholm i maj 2000

Joakim Palme

Åke Bergmark

Elisabet Näsman

Johan Fritzell

Lena Sommestad

Olle Lundberg

Marta Szebehely

Innehåll

Förord

Marta Szebehely 7

1 Om kommunernas sociala barnvård

Tommy Lundström 15

2 Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet – förutsättningar, utveckling och behov

Lars Oscarsson 57

3 Sjukvård och vårdutnyttjande

Olle Lundberg 107

4 Funktionshindrade och den offentliga hjälpapparaten

Karin Barron, Dimitris Michailakis och Mårten Söder 137

5 Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer

Marta Szebehely 171

6 Marknadens decennium – gränsomdragande reformer i den offentliga sektorn under 1990-talet

Karin Svedberg Nilsson 225

7 Förändringar och förskjutningar i välfärdens rättsliga reglering under 1990-talet

Karsten Åström 247

8 Ekonomiskt tänkande om sjukvården under 1990-talet

Roland Granqvist 265

Författarna 357

Förord

Rubriken för denna forskarantologi är *Välfärd, vård och omsorg*. De åtta uppsatser som ingår i volymen berör alla de offentligt finansierade välfärdstjänsterna inom socialtjänstens och sjukvårdens områden, och de förändringar som dessa system har genomgått under 1990-talet.

Antologins första kapitel, *Om kommunernas sociala barnavård*, är skrivet av Tommy Lundström vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. Den sociala barna- och ungdomsvården, dvs. de insatser som socialtjänsten riktar till barn eller ungdomar som far illa, brukar sällan diskuteras som en del av välfärdspolitik. Det finns dock all anledning att inkludera även detta yttersta skyddsnät i ett välfärdsbokslut. Dels handlar det om insatser som i allra högsta grad gäller välfärden för de individer som är berörda, dels är socialtjänstens insatser inom detta område inte oberoende av förändringar i de mer generella välfärdssystemen.

Andelen omhändertagna barn har trendmässigt minskat sedan 1930-talet, dvs. under välfärdsstatens framväxt. Under 1990-talet har denna trend vänt: antalet barn och ungdomar som placeras i vård utanför den egna familjen ökar. Även antalet anmälningar till socialtjänsten ökar, liksom antalet familjer som får del av förebyggande insatser som exempelvis stöd av en kontaktfamilj. Ur ett välfärdsperspektiv är den centrala frågan huruvida denna förändring reflekterar att barn har fått det sämre, eller om det snarare handlar om förändrade attityder till att barn far illa – en ökad benägenhet att anmäla och åtgärda. Tommy Lundström uppmanar till både uppmärksamhet på problemen och försiktighet i slutsatserna. Det finns oroande tecken på ökande problem bland barn och unga, liksom det finns tecken på att problem som tidigare kanske skulle ha betraktats som exempelvis skolproblem tenderar att omdefinieras som sociala barnavårdsproblem till följd av åtstramningar inom skolsektorn. Men synen på vad som är ett problem som kräver ingripande är också känsligt för moraliskt grundade förskjutningar i allmänhetens och de professionellas inställning, och gränsen mellan samhällets ansvar att ingripa och familjens privatliv är under ständig omprövning. Efter en genomgång av forskningen inom området konstateras att vår kunskap är begränsad både när det gäller barns och ung-

domars situation och när det gäller utformningen och effekterna av socialtjänstens insatser. Den sociala barnvården är ett område med påtagliga kunskapsluckor.

Kunskapsluckor är ett centralt tema även i antologins andra kapitel. Här skriver Lars Oscarsson, Samhällsvetenskapliga institutionen, Örebro universitet, under rubriken *Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet*. Statistiken inom missbruksområdet är problematisk, och Lars Oscarsson manar till stor försiktighet när utvecklingen ska bedömas. Det är svårt att få en entydig bild av vad som har hänt när det gäller såväl missbrukets som missbrukarvårdens omfattning.

De olika indikatorer på missbrukets omfattning som finns tyder inte på någon ökning av alkoholmissbruk generellt sett, däremot på en ökning av både alkohol- och narkotikamissbruk bland unga människor. Denna negativa utveckling som innebär ett trendbrott jämfört med 1980-talet är en viktig ofärdsindikator, inte minst i relation till ökningen av de sociala barna- och ungdomsvårdsinsatser som diskuteras i Tommy Lundströms kapitel.

Bortsett från tvångsvården som otvetydigt har minskat är inte statistiken över missbrukarvården entydig. Enligt de flesta mått har dock institutionsvården för alkoholmissbrukare minskat, medan narkotikamissbrukare tycks få institutionsvård i samma utsträckning som tidigare. I kapitlet diskuteras i vad mån det har skett en förskjutning från mer behandlingsinriktade institutioner till olika former av skyddat boende, dvs. boendeformer som innebär en (ofta kollektiv) bostad med mer eller mindre omfattande omvårdnad. I institutionsminskningens spår finns också tendenser till differentiering där socialt mer utslagna alkoholmissbrukare i större utsträckning hänvisas till skyddat boende eller omvårdande öppenvårdsinsatser, medan socialt integrerade missbrukare hänvisas till behandlingsinriktade öppenvårdsinsatser. Vad denna utveckling innebär ur välfärdsperspektiv är dock svårbedömt, framför allt beroende på bristande kunskap när det gäller olika behandlingsmetoders faktiska utformning och resultat. Den kunskap om behandlingsresultat som trots allt finns (och som sammanfattas i kapitlet) används inte heller alltid. Lars Oscarsson gör bedömningen att behandlingsmodellens popularitet och utbredning i mindre utsträckning påverkas av forskning om olika metoders lämplighet än av ekonomiska hänsynstaganden, historiska traditioner eller lokala aktörers preferenser.

I volymens tredje kapitel skriver Olle Lundberg, Institutet för social forskning vid Stockholms universitet, om *Sjukvård och vårdutnyttjande*. Kapitlet baseras dels på befintlig sjukvårdsstatistik, dels på analyser av Statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). Sjukvårdssystemen har genomgått stora förändringar under

1990-talet, bland annat i form av personalminskningar, minskat antal sjukhusplatser och höjda avgifter för sjukvård och läkemedel. Dessa förändringar relateras i kapitlet till frågor om huruvida befolkningens användning av vårdsystemen har förändrats. Det är främst benägenheten att söka läkarvård respektive att använda någon form av medicin som står i fokus.

Det visar sig att trots sjukvårdens förändringar under decenniet är andelen av befolkningen som har varit i kontakt med läkare i huvudsak oförändrad, medan läkemedelsanvändningen har ökat, generellt sett. Drygt var tionde person har någon gång avstått från läkarvård trots att de ansett sig behöva vård. Denna andel har dock i stort sett vare sig ökat eller minskat under perioden. En välfärdspolitiskt viktig förändring noteras: vid senare delen av 1990-talet går yngre personer i minskad utsträckning till doktorn, medan medicinkonsumtionen har ökat relativt sett mest för denna grupp. Hur dessa förändringar ska tolkas ur ett välfärdsperspektiv är inte helt givet – är förskjutningen bland de yngre från läkarvård till mediciner en positiv eller negativ utveckling? Mer entydigt oroande är dock att unga människor i betydligt högre grad än andra åldersgrupper har avstått från att söka läkarvård trots att de upplevt sig ha behov av sådan vård.

Analysen visar också på flera andra välfärdspolitiskt relevanta skillnader mellan befolkningsgrupper. Så till exempel är det vanligare att arbetare jämfört med högre tjänstemän besöker läkare eller använder läkemedel, men med hänsyn taget till skillnader i ohälsa är klassmönstret det omvända – högre tjänstemän utnyttjar vård och läkemedel mer än arbetare. Dessa förhållanden har inte förändrats under decenniet, men den klassmässigt sneda fördelningen av läkarbesök och medicinanvändning är en socialpolitisk utmaning även inför 2000-talet.

Antologins fjärde kapitel, *Funktionshindrade och den offentliga hjälpapparaten*, är författat av Karin Barron, Dimitris Michailakis och Mårten Söder, samtliga vid Sociologiska institutionen, Uppsala universitet. Kapitlet, som baseras på en genomgång av aktuell forskning, har fokus på hur mötet mellan individen och hjälpapparaten har påverkats av 1990-talets förändringar i välfärdssystemen – såväl de generella hjälpsystemen som de system som är speciellt inriktade på funktionshindrade personer.

Personer med funktionshinder är naturligtvis ingen homogen grupp, men är generellt sett mer beroende av de offentliga välfärdssystemen och påverkas därför ofta mer av strukturförändringar inom dessa system. Denna insikt fanns med som en drivkraft bakom handikappreformen som tillkom vid mitten av 1990-talet i syfte att skydda de svårast funktionshindrade. Det var en ambitionshöjande reform, och därmed i linje med 1980-talets ambitiösa handikappolitiska mål. Samtidigt inne-

bar reformen ett brott mot den traditionella handikappolitikens generella inriktning genom att anvisa speciella insatser, tillgängliga endast för en avgränsad grupp med omfattande funktionshinder. Övriga personer med funktionshinder hänvisas som tidigare till stöd och service från de generella systemen, och har därmed blivit direkt berörda av åtstramningar inom dessa system. Författarna ser en tendens till att dessa förändringar har lett till sämre bemötande och ökade svårigheter för personer med funktionshinder att få sina behov tillgodosedda.

I kapitlet beskrivs handikappreformen som en tidstypisk reform, bland annat genom den starka betoningen av den enskilda individen som förväntas att aktivt efterfråga insatser. Detta problematiseras av författarna som ser en risk att en tilltagande individualisering gynnar starka och aktiva individer med förmåga att ta tillvara sina egna intressen, men missgynnar mindre resursstarka grupper som kan ha svårare att få sina behov tillgodosedda i system som kräver individuella initiativ. Ett tecken på detta är att handikappreformen endast har nått cirka hälften så många som beräknades vara berättigade när reformen beslutades. Framför allt personer med psykiska funktionshinder står i stor utsträckning utanför systemet.

Kapitel fem, *Äldreomsorg i förändring – knappa resurser och nya organisationsformer*, är författat av Marta Szebehely, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. I kapitlet visas att förändringar inom sjukvården i hög grad har påverkat äldreomsorgen. Framst gäller det neddragningen av antalet sjukhusplatser. I kombination med en åldrande befolkning har denna neddragning lett till ett ökat tryck på kommunerna och en kraftig minskning av antalet personer som får någon form av äldreomsorg. Äldreomsorgen har därmed följt en utveckling liknande den inom handikappområdet: resurserna har koncentrerats på de mest hjälpbehövande, medan äldre som har mindre omfattande behov, men som ändå behöver hjälp i vardagen, allt oftare står utanför den kommunala äldreomsorgen – alldeles särskilt om de är gifta. Det är framför allt insatser i hemmet som har minskat; antalet institutionsplatser har i stort sett hållit jämna steg med ökningen av antalet äldre i befolkningen

Utvecklingen inom äldreomsorgen rymmer enligt författaren två paradoxer. Trots de senaste decenniernas uttalade policy att prioritera insatser i äldre människors egna hem för att därmed underlätta kvarboendet, har i praktiken äldreomsorgen förskjutits i riktning mot ökad betoning av institutionsvård. Och trots de senaste årens kraftfulla markering av vikten att stödja anhöriga som vårdar, innebär koncentrationen av hemtjänstens insatser till äldre som lever ensamma att gamla makar i högre grad står utan stöd från den offentliga omsorgen. Detta

innebär i praktiken att gamla hustrur – den vanligaste kategorin av anhörigvårdare – lämnas mer ensamma än tidigare med sitt vårdansvar.

Äldreomsorgen har – i likhet med övriga områden som behandlas i denna volym – genomgått ganska drastiska strukturella förändringar under decenniet. Decentralisering, ekonomistyrning och privatisering är tre nyckelord för att beskriva dessa förändringar, och antologins tre sista kapitel har som ett gemensamt tema 1990-talets systemförändringar inom välfärdstjänsternas område.

Karin Svedberg Nilsson vid SCORE, Handelshögskolan i Stockholm, diskuterar i kapitlet *Marknadens decennium – gränsomdragande reformer i den offentliga sektorn under 1990-talet* de marknadsinspiretrade organisationsförändringar som ägt rum inom hela välfärdsområdet. Det ökade genomslaget av organisationsmodeller hämtade från det privata näringslivet t.ex. i form av resultatenheter och köp/säljssystem, liksom den ökade andelen av välfärdstjänster i privata driftsformer har berörts i vart och ett av volymens fem första kapitel; dessa förändringar har ägt rum inom i princip alla traditionellt kommunala verksamheter. Karin Svedberg Nilsson tar i sitt kapitel ett samlat grepp om förändringarna inom hela verksamhetsområdet, och diskuterar gemensamma mönster och utvecklingslinjer. Ett genomgående tema inom 1990-talets organisationsförändringar är att de innebär förflyttningar av gränser: mellan offentligt och privat, mellan stat, landsting och kommun, men också inom offentliga verksamheter i form av gränsförflyttningar mellan styrande och styrda t.ex. i form av beställar-utförarmodeller. Även om förändringarna har många gemensamma drag betonar författaren också att reformer ”redigeras” lokalt. Ett gemensamt och marknadsdominerat idéinnehåll kan därför få skilda praktiska konsekvenser inom olika verksamhetsområden.

Särskilt början av 1990-talet var en reformintensiv period, en period av experimenterande med nya företagsimiterande organisationslösningar i kommuner och landsting. Författaren diskuterar huruvida vi idag befinner oss i en situation präglad av ett återställt lugn, dvs. efter en period av intensivt reformerande utan nämnvärda bestående konsekvenser, eller om det som har skett under 1990-talet är början på en omvandling av den offentliga sektorn där välfärdstjänsterna i ökande utsträckning kommer att utföras i marknadsmässiga och företagslika former, och i allt högre grad i privat drift.

Även i kapitel sju är temat förskjutningar, denna gång inom den juridiska regleringen av välfärden. Rubriken är *Förändringar och förskjutningar i välfärdens rättsliga reglering under 1990-talet*, och författare är Karsten Åström, Avdelningen för rättssociologi vid Lunds universitet. Det är framför allt tre förändringar inom lagstiftningsområ-

det som står i centrum för analysen: kommunallagsreformen 1992, handikappreformen 1994 och ändringen av socialtjänstlagen 1998.

Kommunallagsreformen innebar en förskjutning av handlingsutrymmet mellan staten och kommunerna, och därmed ökad självständighet för kommunen gentemot staten. Denna utveckling problematiseras i kapitlet. Bland annat diskuteras risken att upprätthållandet av socialtjänstlagens helhetssyn försvåras, liksom att icke önskvärda skillnader i tillgänglighet och kvalitet i kommunala tjänster förstärks. Decentralisering och organisatorisk mångfald i den kommunala förvaltningen kan också göra det svårare för kommuninvånarna att veta vart man skall vända sig i olika situationer.

1998 års förändring av socialtjänstlagen innebar bl.a. en avgränsning av rättighetsregeln. Medan exempelvis hjälp i hemmet eller i särskilt boende för äldre fortfarande formuleras som en rättighet vilken individen kan överklaga genom att väcka förvaltningsbesvär, förlorade andra former av bistånd denna karaktär av rättighet. Det gäller t.ex. missbrukarvård, kontaktfamilj eller dagverksamhet för hjälpbehövande äldre. I dessa fall har den enskildes besvärmöjlighet minskat, och makten har förskjutits från individen till kommunen.

Som diskuteras också i antologins fjärde kapitel innebar handikappreformen förstärkta rättigheter för vissa funktionshindrade. Samtidigt har ändringen av socialtjänstlagen inneburit att andra grupper av funktionshindrade har fått sin rättsliga ställning försvagad. Karsten Åström väcker frågan om en sådan skillnad mellan olika funktionshindrade individer kan inskränka systemets legitimitet – särskilt eftersom det är svårt att finna rationella skäl för olikheterna.

I antologins sista kapitel, *Ekonomiskt tänkande om sjukvården under 1990-talet*, granskar Roland Granqvist, Företagsekonomiska institutionen vid Stockholms universitet, argument som har framförts av de ekonomer som varit mest inflytelserika på debatt och reformer inom sjukvårdsområdet. Så har det bland annat hävdats att sjukvårdens produktivitetsutveckling var negativ under perioden 1960-1990, främst beroende på bristande ekonomiska incitament. Det har också hävdats att produktivitetsutvecklingen var positiv under 1990-talets början, främst som följd av införandet av ny ekonomistyrning där traditionell budgetstyrning har ersatts av prestationsbaserade finansieringssystem.

Roland Granqvist har grundläggande invändningar mot alla led i denna beskrivning. Att mäta produktivitet inom sådana verksamheter som sjukvård är behäftat med en rad svårigheter, inte minst eftersom sjukvårdens struktur och verksamhetens innehåll har förändrats drastiskt under de aktuella åren. I kapitlet visas att när det gäller de tidigare decennierna tenderar denna typ av ekonomiska analyser att underskatta den faktiska produktivitetsutvecklingen, dels genom att de inte beaktar

de kvalitetsförbättringar som har skett, dels genom att sådana strukturella förändringar som överföring från sluten till öppen vård registreras som produktivitetssänkning även om kostnaderna har minskat och kvaliteten på vården har ökat. När det gäller 1990-talet argumenterar Roland Granqvist för att de granskade ekonomiska analyserna i stället överskattar produktivitetens utvecklingen, främst genom att den ökade användningen av prestationsbaserade ersättningssystem innebär ekonomiska incitament för vårdproducenterna att ändra patient- och diagnosammansättning samt att sänka vårdkvaliteten.

Med hänvisning till internationell forskning argumenteras också mot att försöka reducera överutnyttjande av vården genom höga patientavgifter, och mot ökad konkurrens mellan vårdproducenter. Det genomgående budskapet i kapitlet är skepsis mot tillämpningen av konventionella ekonomiska teorier på sjukvårdens område. Det som är effektivt ur det dominerande ekonomiska perspektivet kan vara i konflikt med sjukvårdens grundläggande mål att fördela vården efter behov och på lika villkor.

Tidigare versioner av samtliga här presenterade uppsatser har varit föremål för vetenskaplig granskning. Ett varmt tack riktas därför inte bara till författarna, som med kort varsel åtog sig att sammanfatta kunskapsläget inom respektive specialområde, utan också till de forskare som noggrant har granskat och gett synpunkter på en eller flera av de texter som ingår i volymen, nämligen Anders Anell, Margareta Bäck-Wiklund, Bengt Börjeson, Rolf Å Gustafsson, Anna Hollander, Anders Lidström, Mac Murray, Lennart Nygren. Tack också till Peter Allebeck, Finn Diderichsen, Björn Smedby och Mats Thorslund som har bidragit med synpunkter på vårdens utveckling, vilka har varit av betydelse för flera av antologins texter. Stort tack också till Maria Sundling som har språkgranskat merparten av uppsatserna, samt till kommitténs sekreterare Anna Öström och kommittéassistent Nina Eklöf som effektivt har möjliggjort publiceringen av denna antologi.

Stockholm i maj 2000

Marta Szebehely

1 Om kommunernas sociala barnavård

Tommy Lundström

1.1 Inledning

Märkligt nog finns inget enhetligt eller allmänt accepterat begrepp för det område som behandlas i detta kapitel. Jag kommer att använda ordet social barnavård eller för enkelhetens skull barnavård för att beteckna den kommunala verksamhet vilken riktar sig till barn och ungdomar som far illa eller befinner sig i riskzonen, för att använda ett par i dag relativt väletablerade begrepp. Den sociala barnavården styrs lagstiftningsmässigt huvudsakligen av socialtjänstlagen (SFS 1980:620) och LVU (lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, SFS 1990:52). Socialtjänstlagen reglerar all kommunal individ- och familjeomsorg, förutom social barnavård också missbrukarvård och socialbidragshantering. Kommunen har enligt lagen ett övergripande ansvar för barns och ungas uppväxtvillkor. I huvudsak är den sociala barnavården en individinriktad verksamhet där enskilda barn och föräldrar efter anmälningar eller ansökningar utreds och erbjuds olika typer av insatser, om de anses vara i behov av de stöd barnavården kan erbjuda.

LVU är en speciallag för tvångsätgärderna inom den sociala barnavården. Framförallt rör den tvångsomhändertaganden för vård i familjehem (fosterhem) eller på institutioner när barn och unga far illa på grund av föräldrarnas problem eller eget beteende och när föräldrar och/eller barn inte går med på den vård som anses erforderlig. De flesta omhändertaganden av barn görs emellertid med stöd av socialtjänstlagen på föräldrarnas egen begäran eller när föräldrarna frivilligt går med på att barnen tas om hand.

Den sociala barnavården är organisatoriskt en del av socialtjänstens individ- och familjeomsorg. De typer av sociala problem som barnavården kommer i kontakt med, hanteras emellertid inte enbart av socialtjänsten utan också av andra samhällsliga instanser. De närmaste samarbetsparterna i det avseendet utgörs av barnpsykiatri, rättsväsende, skola (särskilt elevvårdsteam), barnomsorg och barnhälsovård. Utan-

för kommunernas individ- och familjeomsorg finns också en uppsättning "uppdragstagare". De viktigaste är HVB-hem (barn och ungdomsinstitutioner) och fosterhem som har hand om barn som är omhändertagna (i dygnsvård) samt kontaktperson/-familjer som arbetar med familjer i öppenvård.

Det är ovanligt att den sociala barnavården analyseras som en del av välfärdssystemet eller som en självständig välfärdsproducent. Det brukar med andra ord inte göras några välfärdsbokslut om social barnavård. Snarare brukar barnavården, tillsammans med övriga delar av individ- och familjeomsorgen, ses som residuala system vilka människor tvingas använda först när de "egentliga" välfärdsarrangemangen inte fungerar. Det hänger åtminstone delvis samman med att barnavården inte har sina organisatoriska och institutionella rötter i välfärdsstaten, utan snarare i ett äldre fattigvårdssverige. Barnavården är med andra ord ett system som "till sin natur", åtminstone som den nu är organiserad, individualiserar sociala problem. De institutionella arrangemangen och sättet att organisera arbetet innebär att man söker finna förklaringar till problemen (och lösningarna) hos individen och familjen. De behandlingsarrangemang som är knutna till barnavården är uppbyggda efter liknande principer.

Trots dess residuala karaktär kommer många barn och ungdomar på olika sätt i kontakt med den sociala barnavården. Man kan på goda grunder anta att så många som mellan fyra och fem procent av alla nu vuxna har varit med om fosterhems- eller institutionsvård (Vinnerljung, 1996b). Andelen barn och unga som någon gång möter barnavården i form av en kontaktfamilj, eller genom att man träffar en socialsekreterare i samband med en barnavårdsutredning, är givetvis mycket större utan att man kan uttala sig om den exakta omfattningen. Till detta skall läggas att för en relativt stor andel av de barn och ungdomar som kommer i kontakt med barnavården så rör det sig om insatser av mycket ingripande och långvarig karaktär: det kan handla om en fosterbarns placering som varar i flera år. På så sätt är den sociala barnavården mycket viktig för enskilda individers välfärd.

En stor svårighet när man skall beskriva barnavården är frånvaron av systematiserade och säkra kunskaper. Dessa kunskapsbrister gäller mycket elementära data om hur många som faktiskt kommer i kontakt med systemet och varför, men bristerna är också påtagliga när det gäller beskrivningar av det arbete som faktiskt utförs och vad det har för effekter. Dokumentation, uppföljning, utvärdering och statistik är – som kommer att framgå i den fortsatta framställningen – påtagliga bristvaror i den sociala barnavården.

Ett problem med att göra ett 1990-talsbokslut för barnavårdens del är att många av de viktiga förändringar som skett på barnavårdens om-

råde inleddes redan på 1980-talet med socialtjänstlagstiftningens genomförande. I flera avseenden representerar det som skett på 1990-talet med andra ord snarast processer som startade för närmare 20 år sedan. Det gäller särskilt sådant som har att göra med insatsrepertoaren.

Fortsättningen på kapitlet är upplagt så att det huvudsakligen diskuterar barnvårdens resurser, insatser och metoder, särskilt utifrån de senaste årens förändringar på området. Innan dessa frågor behandlas skall emellertid, som en bakgrund, sägas något om barnvårdsproblemens omfattning, förändringar i lagstiftningen samt därtill knutna värderingsmässiga förskjutningar under 1990-talet.

1.2 Vad är barnvårdsproblem och ökar de?

Hur stor omfattning har barnvårdsproblemen och vilka förändringar kan observeras under 1990-talet? Det är frågor som behandlas i detta avsnitt. En grundläggande första svårighet är då att identifiera och definiera en uppsättning barnvårdsproblem på ett så entydigt sätt att vi kan vara ense om när barn far så illa att de är berättigade till hjälp eller samhället är skyldigt att ingripa för att skydda dem. ”Barn som far illa” och ”barn/ungdomar i riskzon” har under 1990-talet blivit allt vanligare samlingsrubriker för sådana företeelser. I det förstnämnda fallet tänker man kanske framförallt på barn som har det svårt på grund av föräldrars beteende (misshandel, föräldrars missbruk etc.) och i det senare på ungdomar som utsätter sig för risker (genom eget missbruk, kriminalitet etc.).

Under rubrikerna ”barn som far illa” och ”barn/ungdomar i riskzon” rör vi oss med en serie begrepp som är mer eller mindre klart kopplade till varandra – barns behov, barns bästa, barn och ungdomar i behov av särskilt stöd, barnmisshandel, sexuella övergrepp, brister i omsorgen, drog- och alkoholmissbruk etc. I samtliga dessa fall är det svårt att finna entydiga definitioner, om vilka det råder enighet. Begreppen kan ha olika betydelse i juridiskt, politiskt, professionellt och vardagligt språkbruk, och innehållsligt är de inte stabila vare sig över tid eller mellan länder. Därmed försvåras också jämförelser. Det engelska *child abuse* – vars betydelse dessutom förskjutits över tid också i engelskspråkiga länder – är svårt att överföra till svenska, det har en vidare betydelse än vi oftast avser med barnmisshandel. En uppgift för den nyligen tillsatta barnmisshandelskommittén är också att närmare söka definiera begreppet barnmisshandel (Regeringen, 1998).

Till syvende og sist tenderar bestämmningar av i vilka situationer som barn far illa att basera sig inte bara på vetenskap och beprövad erfarenhet. Rådande moraliska föreställningar – i samspel med lagstift-

ningen och den professionella diskussionen – spelar en mycket viktig roll för i vilka situationer som ingripanden anses erforderliga och för vad som görs i dessa fall (Dingwall, Eekelaar och Murray, 1983; Parton, Thorpe och Wattam, 1997; Jack, 1997; Hall, Sarangi och Slembrouck, 1997; Lundström, 1993, 1997; Swift, 1995).

Med oklar begreppsbildning följer också svårigheter att i uttala sig om hur många barn som far illa. Till detta kommer att det endast finns ett fåtal svenska studier som systematiskt angriper saken och då ofta utifrån något avgränsat problemområde som barnmisshandel eller sexuella övergrepp. Det senaste ambitiösa försöket att ta sig an frågan som helhet är Dagmar Lagerbergs (1998) totalundersökning riktad till sköterskor inom barnhälsovården. Sköterskorna har fått uppge hur många barn de misstänker far illa och hur (misshandel, missbrukande föräldrar etc.). Mätt på detta sätt visar det sig att 1,5 procent av samtliga barn i BVC-distrikten far illa enligt sköterskornas uppfattning. Författaren pekar emellertid på att resultaten måste tolkas med mycket stor försiktighet på grund av en serie olika metodproblem. Framförallt är bortfallet stort, endast drygt hälften har besvarat enkäten. Resultaten tyder också på att sköterskorna har tolkat frågorna olika. Lagerbergs studie understryker således svårigheterna att entydigt definiera och beskriva företeelser inom detta fält. Själv menar Lagerberg att de resultat hon fått fram sannolikt är en underskattning av det verkliga antalet barn som far illa. Om det kan man ha olika uppfattningar. Vad man emellertid kan slå fast är att vi idag inte har någon stabil kunskap om faktisk förekomst av barn som far illa och att det är mycket svårt att få fram en sådan totalbild.

Ett i någon mening mer objektivt mått, begränsat till ett specifikt problem, är anmälningar till polis om barnmisshandel. Givetvis kan man förutsätta att mörkertalen är mycket stora, men siffrorna kan ändå säga något om utvecklingen över tid. Sedan slutet av 1980-talet har antalet polisanmälningar om misshandel av barn mellan noll och 14 år stadigt ökat från 1 800 år 1989 till 5 700 år 1998 (Brottsförebyggande rådet, Brå, 1999). På motsvarande sätt har antalet samtal om barnmisshandel och andra barnavårdsproblem till BRIS (Barnens rätt i samhället) jourtelefoner ökat mycket kraftigt under 1990-talet (Lundström, 1997; Regeringen, 1998). Detta kan bero på att antalet barnmisshandelsfall faktiskt har ökat, men man kan knappast bortse från att benägenheten att anmäla också kan ha blivit större. Man kan tänka sig att känsligheten för att barn far illa och uppmärksamheten på sådana situationer har förändrats under 1990-talet och att det kan slå igenom i anmälningar till polis, sociala myndigheter och framförallt i samtal till BRIS jourtelefon. Data från andra länder tyder på sådana samband. Exempelvis har man i England funnit att antalet mord på barn och fy-

sisk misshandel faktiskt har minskat, medan antalet barnavårdsanmälningar ökat. Detta har tolkats som att mindre allvarigare fall (utan att man för den skull betraktar dessa som på minsta sätt negligerbara) har kommit att uppmärksammas i större utsträckning än tidigare. Det ökade antalet anmälningar kan i en sådan analys snarast tolkas som ett positivt uppmärksammande av barnens situation: en ökad känslighet för att barn får illa. Det understryker med andra ord att vårt sätt att betrakta dessa frågor faktiskt har med moral att göra. Toleransen för att barn får illa kan ha minskat och förväntningarna på att samhället kan eller åtminstone borde kunna lösa problemen kan ha ökat (Cleaver och Freeman, 1995; Gilbert, 1997).

I Sverige går det inte att urskilja någon ökning av antalet fall där barn upp till och med 14 år dör till följd av mord, dråp eller misshandel. Mellan 1987 och 1996 varierar antalet mellan sex och nitton per år utan att några trendmässiga förskjutningar går att utläsa (Lagerberg, 1998). Att känsligheten för barns utsatthet skulle ha ökat under 1990-talet är givetvis svårt att belägga, det finns inga systematiska attitydstudier på området. Det finns dock sådant som talar för att sådana förskjutningar faktiskt kan ha skett. Man kan i sammanhanget peka på den relativt stora uppmärksamhet som FN:s barnkonvention har fått, frivilligorganisationernas kraftfulla agerande, inrättandet av en särskild barnombudsman och de förändringar som har skett i lagstiftningen (se nedan).

En uppmärksam och mycket diskuterad fråga är sexuella övergrepp mot barn (se Hallberg och Rigné, 1999, för en analys av pressdebatten, samt Lundström, 1997 för frivilligorganisationernas roll i diskussionen). I en färsk kunskapsöversikt konstaterar Carl-Göran Svedin (1999) att liksom för barnmisshandel är de metodologiska problemen så stora att det är omöjligt att med någon rimlig grad av exakthet fastställa omfattningen. När det gäller polisanmälningar av misstänkta sexualbrott, dvs. våldtäkt, sexuellt tvång och sexuellt ofredande mot barn upp till 15 år har antalet fördubblats från slutet av 1980-talet. Antalet har emellertid minskat från 1993, då det var som högst (3 000 anmälningar) till 2 400 år 1997 (Svedin, 1999). Det har i Sverige också genomförts några undersökningar där man gått ut till befolkningen och frågat om erfarenheter av sexuella övergrepp (Rönström, 1984, 1986; Edgardh, 1992). Undersökningarna pekar på att omkring sju till åtta procent av alla flickor och en till tre procent av alla pojkar utsatts för sexuella övergrepp. Ingenting går att säga om förändringar över tid, med stöd av dessa undersökningar. Bara en mindre del av övergreppen har genomförts av förälder, syskon eller någon annan släkting till offret, men dessa upprepas å andra sidan ofta och de tenderar att börja tidigare än övergrepp som utförs av andra personer. Det bör understry-

kas att dessa liksom andra liknande studier behäftas med stora metodologiska problem, i så måtto att förekomsten tenderar att variera starkt beroende på hur frågorna ställs och med vilka metoder undersökningarna görs (Svedin, 1999).

Påståenden om att ungdomsproblemen ökar och att det aldrig har varit värre än nu, återkommer med jämna mellanrum i Sverige liksom i andra länder (Sunesson, 1992; Swärd, 1993). Frågan om ungdomsbrottslighetens utveckling är emellertid mycket omdiskuterad inom kriminologin och några entydiga svar går knappast att finna. Mycket verkar emellertid tala för att ungdomars brottslighet efter en kraftig ökning under hela 1900-talet och särskilt under efterkrigstiden har legat relativt stilla sedan mitten av 1970-talet. Ett undantag utgörs av våldsbrottsligheten där utvecklingen är mer svårtolkad. Å ena sidan uppvisar de i kriminalstatistiken registrerade misshandelsbrotten bland unga tydliga ökningarna från slutet av 1980-talet och framåt. Å andra sidan visar offer- och självrapportsundersökningar, liksom förekomst av dödligt våld bland unga, på mer stabila mönster över tid (Estrada, 1997a, b, 1999; Sarnecki, 1993).

När det gäller ungdomars bruk av alkohol och narkotika talar det mesta för att det har ökat under 1990-talet. Den genomsnittliga årskonsumtionen av alkohol bland pojkar och flickor i årskurs nio har gått upp sedan slutet av 1980-talet, detsamma gäller den så kallade berusningskonsumtionen. En ökning märks också för bruket av narkotika, där det även går att registrera ökad nyfikenhet och upplevelser av att tillgängligheten har blivit större. Det bör emellertid understrykas att en stor majoritet av ungdomarna har en klart avståndstagande hållning till narkotika (Folkhälsoinstitutet/CAN, 1999).

Inom den internationella barnavårdsforskningen baseras diskussionerna om barnavårdsproblemens omfattning, sammansättning och förändringar ofta på uppgifter om anmälningar till den sociala barnavårdens internationella motsvarigheter (Gilbert, 1997; Parton, Thorpe och Wattam, 1997). I Sverige saknas emellertid systematiskt insamlade uppgifter av detta slag. Socialstyrelsen och SCB (Statistiska centralbyrån) har dock gjort några undersökningar om barnavårdsanmälningar och ansökningar (dvs. då föräldrar eller barn/ungdomar själva begär hjälp) (SCB, 1993; Socialstyrelsen, 1998a, 1999a). En mycket viktig slutsats av dessa studier är att kommunerna helt saknar gemensamma rutiner för systematisk insamling av statistik om anmälningar, även om de kommuner som kan lämna någon form av uppgifter om antalet anmälningar blivit fler under 1990-talet. I stort sett ingen kommun har dock statistik som gör det möjligt att dela upp anmälningarna efter vilka som anmäler eller de angivna skälen. Det underlag som ligger till grund för Socialstyrelsens undersökningar är med andra ord svagt.

I Socialstyrelsen undersökning från 1998 har man låtit 50 kommuner själva bedöma hur antalet anmälningar förändrats över tid, och i ett mindre antal kommuner har man gjort mer noggranna nedslag. Socialstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis att såväl antalet anmälningar som antalet utredningar tycks ha ökat sedan 1993, särskilt i de större kommunerna. Förutom en ökad anmälningsbenägenhet kan förändringarna, enligt Socialstyrelsen, bland annat ha att göra med att skolrelaterade problem, till följd av att nedskärningar inom det egna systemet i ökad utsträckning definieras som sociala barnavårdsproblem, att socialtjänsten förbättrat sitt samarbete med andra myndigheter och att kommunerna trots allt registrerar anmälningar bättre under senare år. Barnavården påverkas självklart av de omgivande systemen. De nedskärningar som skett inom skolan (särskilt inom elevvården) och i barnomsorgen, samt det ökade trycket mot barnpsykiatrin, kan ha bidragit till ett ökat antal anmälningar och att familjer i större utsträckning hänvisas till socialtjänsten (se Barnpsykiatrikommitténs omfattande analys av de omgivande systemen i SOU 1998:31).

Sammanfattningsvis pekar uppgifter från kommunerna på att den sociala barnavårdens belastning mätt i antalet barnavårdsanmälningar har ökat under 1990-talet. Den kommunala statistiken är emellertid av mycket dålig kvalitet och möjliggör inga tillförlitliga slutsatser om ökningarnas storlek, vilka som anmäler eller skälen till anmälningarna. Visst stöd för att ökningarna faktiskt har skett, går att få i uppgifter om anmälningar till polis angående misshandel och sexuella övergrepp riktade mot barn samt ökat tryck på frivilligorganisationer eftersom de visar på motsvarande trender. Mycket talar också för att trycket på socialtjänsten har blivit större till följd av neddragningar på andra fält, kanske särskilt inom skolornas elevvårdande verksamhet. Det vore emellertid att dra för långtgående slutsatser att se det ökande trycket på socialtjänsten som en enkel reflex av att barns förhållande i allmänhet har försämrats. Ökat antal anmälningar kan också förklaras av att känsligheten för och uppmärksammandet av barns situation har blivit större.

1.3 Något om lagar och värderingar

Det här avsnittet skall inte ses som en genomgång av gällande rätt på barnavårdsområdet. Avsikten är endast att peka på några viktiga förändringar och sätta dem i relation till en del värderingsmässiga förskjutningar på detta fält.

Liksom för andra områden ställer socialtjänstlagen med sin ramlagskaraktär långtgående men ganska allmänt hållna krav på kommunerna, när det gäller social barnavård. Man skall, som det uttrycks i den

tolfte paragrafen, ”verka för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden” och ”med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdomar som har visat tecken till en ogynnsam utveckling”. Lagstiftaren är emellertid mycket sparsam med ledtrådar om vad som avses med ogynnsam utveckling och hur kommunerna skall behandla barnen/ungdomarna och deras föräldrar. De enda insatser som får något större utrymme i lagen är omhändertaganden, och då gäller det främst frågor om villkor för godkännande och drift av familjehem och institutioner. Kommunerna har med andra ord ett vidsträckt handlingsutrymme i sin lagtolkning. På motsvarande sätt är det svårt att ur lagen utläsa vilken rätt till stöd som faktiskt finns för familjer som lever i sådana situationer att deras barn och ungdomar har det svårt, eller riskerar att utvecklas ogynnsamt som lagstiftaren uttrycker det (SFS 1980:620).

De huvudsakliga indikationer som enligt LVU kan leda till att ett barn tvångsomhändertas är ”misshandel, otillbörligt utnyttjande och brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet som /innebär/ en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas”. När det gäller barns eget beteende pekar lagstiftaren särskilt ut brottslig verksamhet eller missbruk av alkohol och narkotika som skäl till ingripanden. Lagen lämnar också i detta avseende stort utrymme för tolkningar för dem som är satta att tillämpa den (SFS 1990:52).

En sedan seklets början väletablerad tanke i den svenska lagstiftningen är att den sociala barnavårdens ingripanden skall kunna göras på basis av prognoser och inte bara på grundval av normativa kriterier där barns lidande i nuet fokuseras. Barn skall kunna omhändertas, om nödvändigt med tvång, inte bara i sådana fall då de kommit till skada utan också om man på goda grunder kan förutsäga att deras ”hälsa eller utveckling” kan komma att skadas. Ett typiskt exempel är ett barn som växer upp med en missbrukande mamma. I dessa fall kan praktiska erfarenheter och normativt grundade värderingar, som har stöd i lagstiftningen motivera ett omhändertagande, utan att man behöver visa att barnet (ännu) har kommit till skada (Lundström, 1991; 1993).

Problemet med den typen av resonemang är att de har dåligt stöd i empirisk forskning. Det finns visserligen studier som visar på en överrisk för att barn som växer upp under sådana förhållanden skall utvecklas negativt, men den stora majoriteten av barn till missbrukare kommer inte att uppvisa några registrerbara problem. Även när professionella grupper gör prognoser i enskilda fall är träffsäkerheten långt ifrån hundra procentig. Den uppenbara frågan är hur stor risken skall vara för att man skall kunna motivera ett ingripande. Detta pekar på spänningar mellan lagstiftning, moral och vetenskap som inte lyfts fram i lagstiftningens förarbeten och inte heller särskilt mycket i den profes-

sionella diskussionen. Men åtminstone sedan 1980-talet har denna problematik uppmärksammats i internationell barnavårdsforskning, och under senare år också i Sverige. Det har då handlat både om svårigheterna att tidigt identifiera riskfamiljerna och förutsättningarna för att ingripa när man observerat problem (Dingwall, 1989; Parton, Thorpe och Wattam, 1997; Lagerberg, 1998; Lundström, 1993; Vinnerljung, 1998)

Några av de viktigaste förändringarna i socialtjänstlagen handlar om förstärkningar av barns rätt. Detta avspeglar dels en allmän debatt under 1990-talet där barns ställning i samhället blivit en viktig fråga, dels inflytande från FN:s barnkonvention. Att en särskild Barnombudsman har inrättats, liksom förändringar i lagstiftning med bland annat ökad rätt för barn att komma till tals är resultat av detta. Dessa förändringar i synen på barnens rättigheter märks också i revisionen av socialtjänstlagen från 1997, där förstärkningen av barnperspektivet kan sägas utgöra den viktigaste förändringen av lagstiftningen inom barnavårdsområdet på 1990-talet.

I lagens första paragraf, den så kallade portalparagrafen, skrevs in att "när åtgärder rör barn skall särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver". Denna grundläggande bestämmelse svarar mot FN:s barnkonvention och innebär att barnets bästa alltid skall beaktas vid beslut som rör barn. I den nionde paragrafen skrevs in att "barnets inställning /skall/ så långt det är möjligt klarläggas" och "hänsyn skall tas till barnets vilja med beaktande av dess ålder och mognad" (se SOU 1997:116, för en genomgång av hur olika samhällsområden svarar upp mot barnkonventionens bestämmelser och Proposition 1997/98:182, för en diskussion av barnkonventionens inverkan på barnavården).

Vid sidan av dessa principiella ställningstaganden som innebär att socialtjänsten har ett särskilt ansvar för att beakta barnens situation, bevaka deras rättigheter och ta hänsyn till deras inställning, märks också förändringar med mer konkret och direkt innebörd. Anmälningsskyldigheten till socialtjänsten för vissa yrkesgrupper utvidgas, och lagstiftaren sätter upp tidsgränser för hur länge utredningar i barnavårdsärenden får pågå. Bakgrunden till ändringarna i anmälningsskyldigheten är bland annat det så kallade Hedemora-fallet i början av 1990-talet där en pojke misshandlades till döds och ett antal studier som visat att exempelvis personal som arbetar inom barnomsorgen många gånger drar sig för att göra anmälningar till socialtjänsten. Specificeringen av tidsgränserna för utredning motiveras bland annat av att ett flertal utredningar och forskningsrapporter pekat ut just utdragna utredningarna som ett påtagligt problem i den sociala barnavården (Hessle, m.fl., 1996; SOU 1994:139; Proposition 1996/97:124; Sundell och Humlesjö, 1996).

En annan förändring av lagstiftningen som har sin bakgrund i den allmänna debatten och i forskning på området, är inställningen till släktingplaceringar. Det har tidigare närmast betraktats som en oskriven lag att barn som far illa inte skall placeras som fosterbarn hos släktingar. Tanken är att slakten kan vara ”bärare” av samma problem som föräldrarna, och det är ju dessa man sökt undvika genom att flytta barnet från dess ursprungsfamilj. Ganska entydiga forskningsresultat har emellertid visat att släktingplaceringar snarare har bättre förutsättningar att lyckas jämfört med om barnen placeras i okända familjer (Vinnerljung, 1993). Med hänvisning till bland annat just forskningsresultat, något som annars är ganska ovanligt på individ- och familjeomsorgens fält, beslöts därför att införa en bestämmelse som innebar att ”Vården bör utformas så att den främjar den enskildes samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön. Vid placering av barn bör i första hand övervägas om barnet kan tas emot av någon anhörig eller annan närstående. Enligt §1 skall dock barnets bästa alltid beaktas.” (SFS 1980:620, med ändring 1997; se även Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU18).

Denna förändring står i samklang med andra förskjutningar i policy med innebörden att barnets (biologiska) familj och nära släkt fått en starkare ställning än tidigare. Ett exempel är att regeringen i sin proposition och socialutskottet i sitt betänkande håller fram familjerådslag som ett viktigt inslag i det sociala arbetet med barn och ungdom (Socialutskottet, 1996/97:SoU18; Proposition 1979/80:1). Familjerådslag karakteriseras just av att familjen och dess nätverk ges ett större inflytande över vilken typ av åtgärder som skall sättas in när barn far illa eller riskerar att fara illa (Sjöblom, 1999; Sundell och Hæggman, 1999).

En svårighet med att bedöma betydelsen av förändringar i socialtjänstlagstiftningen är att det i mycket liten utsträckning finns specialbestämmelser för den sociala barnvården. Vid sidan av de allmänna bestämmelserna om att barns behov särskilt skall beaktas, finns inga regler för vad som gäller för biståndsansökningar när barn är inblandade. Man kan tänka sig ett antal olika situationer då det finns anledning att väga in ett barnperspektiv i biståndsbedömningar, utan att det självklart görs. Det kan handla om allt från socialbidrag, avsett för en rekreationsresa som gagnar barnen, till ekonomiskt bistånd för samtalsterapi eller någon form av missbruksbehandling riktad till barnens föräldrar, vars syfte åtminstone delvis är att barnens situation skall förbättras.

Det faktum att de flesta barnavårdsinsatser beslutas med hänvisning till socialtjänstlagens allmänna så kallade biståndsparagraf (6 § SoL) innebär att de i stort sett inte har någon annan rättslig ställning än andra beslut. De förändringar av lagstiftningen som genomfördes från och

med 1998, med inskränkningar i överklagningsrätten, innebär att så gott som all barnvård idag saknar koppling till ett reellt rättsligt skydd, i så måtto att besluten i realiteten inte är överklagningsbara. De flesta insatser som är barnvårdsrelaterade ingår med andra ord inte längre i en rättighetslagstiftning. Före lagändringen gick beslut om avslag till exempelvis en ansökan om kontaktfamilj att överklaga. Nu är det i princip bara försörjningsstödet som är överklagningsbart. Detta är givetvis en kraftig försämring som står i bjärt kontrast till barnperspektivets förstärkta ställning i lagstiftningens övergripande paragrafer.

På liknande sätt kan man hävda att de minskningar i nivån på socialbidraget som genomförts efter förändringarna i socialtjänstlagen påverkar barns förhållanden i negativ riktning. En undersökning som gjorts av landets länsstyrelser visar också på brister i tillämpningen av ett barnperspektiv i socialbidragsärenden. Alltför sällan lyfts den typen av frågeställningar in i socialtjänstens bedömningar (Socialstyrelsen, 1999a). Det saknas emellertid mer omfattande studier av hur den nya lagstiftningen påverkar barnens ställning.

Förflyttar man sig till ungdomsproblemens område har mycket av diskussionerna och förändringarna av lagstiftning rört sig inom ramarna för en ofta diskuterad fråga, nämligen spänningen mellan straff och behandling. Sett i förhållande till socialtjänstlagens behandlingspositiva perspektiv har det skett en påtaglig förskjutning till förmån för ett strafftänkande i samhället som helhet, som också fått vissa effekter när det gäller ungdomar (Victor, 1995). Det sistnämnda märks inte minst i en offentlig utredning från mitten av 1990-talet om reaktioner mot ungdomsbrott, där tydliga samhälleliga reaktioner på normbrott är en huvudfråga medan optimismen för behandling är betydligt nedtonad (SOU 1993:35).

Mycket av förändringarna av lagstiftningen när det gäller ungdomar har rört just samhällets reaktioner på ungdomsbrott och mer konkret om den komplicerade gränsdragningen mellan kriminalvård och socialtjänst. Det har bland annat handlat om domstolars möjlighet att överlämna unga till vård enligt socialtjänstlagen och den kontroll som sker av att vård verkligen kommer till stånd. Socialtjänsten skall numera presentera en vårdplan innan domstolen kan besluta om åtalsunderlåtelse och överlämnande till vård enligt socialtjänstlagen (Proposition 1994/95:12).

Två av de viktigaste förändringarna gäller de särskilda ungdomshemmen eller §12-hemmen, vars historia går tillbaka till det gamla ungdomsvårdsskolorna. För det första har dessa, efter att under omkring en tio års period ha varit ett kommunalt och landstingskommunalt ansvar, överförts till Statens institutionsstyrelse (SiS). Det innebär att kommunerna nu tar kontakt med SiS när de skall placera någon på ett

så kallat särskilt ungdomshem. Till detta kommer, för det andra, den förändring i lagstiftningen som innebär att det är möjligt att döma ungdomar till tidsbegränsade straff, så kallad sluten ungdomsvård, som skall avtjänas på §12-hem. Det är ett straff som liknar fängelse i och med att det är tidsavgränsat och genom att det skall avtjänas på en låst enhet. Tanken är att det relativa fåtal ungdomar mellan 15 och 18 år som begått allvarliga brott och som fram till 1999 dömts till fängelse, inte längre skall placeras tillsammans med vuxna brottslingar inom kriminalvården (Korpi, 1996; Proposition, 1997/98:96). Det första årets tillämpning av den nya lagstiftningen visar emellertid att antalet ungdomar som har dömts till sluten ungdomsvård vida har överstigit vad man förväntade sig. Det samma gäller domarnas längd. Under år 1999 har 48 ungdomar dömts, och straffen är i genomsnitt 8,5 månader. De allra flesta av de dömda är pojkar, och så stor del som nära två tredjedelar har utländsk bakgrund (SiS, 2000)

Det är svårt att sammanfattningsvis bedöma hur barns och ungdomars juridiska ställning påverkats av ändringarna i lagstiftningen under 1990-talet. Det som hänt är delvis motsägelsefullt. Å ena sidan har den allmänna skyldigheten att alltid väga in barnens situation och deras rättigheter skrivits in i lagstiftningen. Dessutom har regelverket kring anmälningar och utredningar utvidgats och preciserats. Å andra sidan kan urholkningarna av försörjningsskyddet liksom de minskade möjligheterna till överklaganden drabba också barn. Det kan ske både direkt genom att det blir möjligt att dra ned på insatser särskilt avsedda för barn, som kontaktfamiljer, och indirekt genom att insatser avsedda för familjen som helhet kan komma att minska.

Större delen av barnavårdens insatsrepertoar är efter 1998 inte överklagningsbar genom normalt besvärösförfarande. Detta måste självklart ses som en faktisk försämring av barns rätt (även om nu barnen vare sig före eller efter förändringarna av lagstiftningen kunnat uppträda som självständiga rättssubjekt med rätt att själva överklaga beslut). De negativa effekterna på barnavården kan befaras bli stora om det ekonomiska trycket ökar. Man kan alltså på goda grunder ifrågasätta möjligheterna för föräldrar och barn att utkräva de rättigheter som barnperspektivets stärkta ställning implicerar. Men det bör samtidigt understrykas att kunskaperna om vad förändringarna faktiskt inneburit ännu så länge är alltför små för att man skall kunna uttala sig om effekterna.

Genom hela 1900-talet har den sociala barnavården följts av två ”eviga frågor” eller motsättningar som återkommit i den allmänna och professionella debatten samt – inte minst – i lagarnas förarbeten. Den första brukar ofta beskrivas i termer av den biologiska familjens rättigheter kontra samhällets ansvar för barn som far illa. Det handlar om med vilken rätt, i vilken utsträckning och i vilka situationer samhället har rätt

att kontrollera och intervensera i det som kan betecknas som familjens privata sfär. Just det faktum att man använder begreppet familjen (mot samhället) i stället för att tala om föräldrar och barn (som ju kan ha motsatta intressen) visar på ett värderingsmässigt ställningstagande, där familjen som sådan betraktas som skyddsvärd. Den andra motsättningen rör straff kontra behandling för ungdomar som begår brott. Frågeställningarna handlar bland annat om förutsättningarna för (öppen) behandling i förhållande till straff och isolering och hur gränserna mellan kriminalvård och socialvård skall regleras.

Dessa båda eviga frågor har haft en framträdande plats på dagordningen också under 1990-talet. Det är till exempel fullt möjligt att tolka in motsättningar och ideologiska skiljelinjer i lagstiftningen mellan å ena sidan det barnperspektiv som framträder klart i de delar som knyter an till FN:s barnkonvention och å andra sidan de delar som markerar ursprungsfamiljens – den biologiska familjens – ställning. Diskussionerna om familjerådslag reflekterar också spänningar i förhållandet mellan ett professionellt samhälleligt ansvar och familjens eget ansvar. Förhållandet mellan barnets rätt till skydd och föräldrarnas rätt till integritet är ett grundläggande dilemma i lagstiftningen som funnits under hela 1900-talet, men som sällan formulerats som en konflikt.

I debatten om straff kontra behandling framträder också ideologiska skillnader och vi kan notera en förskjutning i riktning mot straff åtminstone i så måtto att domstolarna har fått en mer framskjuten position i hanterandet av ungdomsbrott. Detta skall jämföras med den behandlingsoptimism som utmärkte socialtjänstlagens förarbeten och som dominerande i mitten och slutet av 1970-talet. Det vore emellertid överdrivet att tala om någon kraftig förskjutning till förmån för straff på ungdomsvårdens område. Vad som i sammanhanget är viktigt är dock att följa resultatet av den slutna ungdomsvård som kan utdömas av domstol. Denna reform kan kanske leda till en ökning av antalet unga som döms till ”fängelsliknande” straff. Det bör emellertid understrykas att Sverige i jämförelse med många andra länder har en lagstiftning där möjligheterna att bestraffa unga är mycket begränsade (James, Jenks och Prout, 1998).

1.4 Den sociala barnavårdens organisering, kompetens och resurser

Den sociala barnavården är en del av kommunernas individ- och familjeomsorg. I organisatoriskt avseende kan detta beskrivas som ett tämligen turbulent fält. Omorganisationer är ett vanligt sätt att försöka lösa problem. Samtidigt visar forskningen att det är mycket svårt att åstadkomma förändringar, vare sig det rör socialbidragshantering eller barnavård. Trots omorganisationer och metodutvecklingsprojekt tycks mycket bli vid det gamla (Lundström och Sunesson, under utgivning; Sunesson, 1985). Den bild av det sociala arbetet som framträder i forskningen är att det är åtgärdsorienterat snarare än förändrings- och behandlingsorienterat. Barnavårdsarbetet brukar beskrivas som huvudsakligen bestående av kontroll, myndighetsutövning och relativt okomplicerad förmedling av hjälp och stöd samt utredningsarbete, medan 'behandling' i olika former kommer i bakgrunden. Liksom annan verksamhet inom individ och familjeomsorgen framträder barnavårdsarbetet som stelbent, förbundet och byråbaserat (Andersson, 1991; Sunesson, 1981; 1990).

Inom den svenska socialvården brukar man traditionellt tala om två huvudprinciper för organisering. Den ena är integration, där all individ- och familjeomsorg hanteras i samma arbetsgrupp och där uppdelningen görs endast efter geografiska principer. Den andra är specialisering, där ansvarsområdena delas upp mellan olika enheter, till exempel i barn- och familjegrupp, missbruksenhet och ekonomigrupp. Medan den integrerade organisationen brukar tillskrivas generalistkompetens och ett möjliggörande av "helhetsbedömningar", anses specialiserade enheter underlätta utvecklingen av ett mer områdesspecifikt yrkeskunnande.

När socialtjänstlagen infördes i början av 1980-talet var det integration som hölls fram som den bärande organisationsprincipen. Alla socialsekreterare skulle arbeta med alla områden, och klienterna (familjerna) skulle inte behöva gå mellan olika socialsekreterare. Utan att lagstiftningen har förändrats eller annan styrning införts från centralt håll har emellertid specialisering blivit allt vanligare och är idag det dominerande sättet att organisera individ- och familjeomsorgen. Mest uttalat är detta i socialbidragshandläggningen, men också inom barnavården gäller att arbetet i normalfallet bedrivs i specialiserade enheter. Även om individ- och familjeomsorgen bedrivs integrerat i en arbetsgrupp tycks det också vanligt att personalen specialiserar sig inom en sådan integrerad organisation. I själva verket verkar det vara mycket ovanligt att socialarbetare arbetar helt integrerat med miss-

bruksfrågor, socialbidrag och social barnavård (Bergmark och Lundström, 1998a).

Ofta kopplas föreställningar om socialarbetares kompetens till det sätt varpå deras verksamheten organiseras. Ett antagande som ligger till grund för specialisering av individ- och familjeomsorgen är att det skall leda till ökade kunskaper och metodutveckling. Sådana antaganden tycks också ha ett visst fog för sig i så måtto att hög grad av specialisering faktiskt hänger samman med användning av flera metoder i socialt arbete. Detta är särskilt tydligt på den sociala barnavårdens område, som också utgör det utbildningstätaste fältet inom individ- och familjeomsorgen (Bergmark och Lundström, 1998a, b).

Även om den sociala barnavården i jämförelse med de andra delarna av socialtjänstens individ- och familjeomsorg långt ifrån är missgynnad när det gäller personaltillgång, möjligheter till specialiserat arbete, kursverksamhet, internutbildning och specifika metoder, menar en näst intill samstämmig kör av forskare och utredare att kompetens- och kunskapsbrister utgör ett avgörande problem i den sociala barnavården. Arbetet bedrivs inte efter vetenskap och beprövad erfarenhet eller för att uttrycka det annorlunda: det sociala arbetet är inte kunskapsbaserat. Detta märks genom (1) avsaknad av väl utprövade metoder och insatser, (2) frånvaro av fungerande rutiner för dokumentation och utvärdering av arbetet och dess resultat samt (3) dålig tillägnelse av de forskningsbaserade kunskaper som faktiskt finns. Inte sällan återkommer jämförelser med sjukvården där socialvården faller dåligt ut i dessa avseenden. Tillkomsten av CUS (Centrum för utvärdering av socialt arbete) vid Socialstyrelsen år 1993 får ses som ett uttryck för statsmakternas önskan om ett mer systematiserat och kunskapsbaserat socialt arbete (Bergmark och Lundström, 1998a, b; Nilsson och Sunesson, 1988; SOU 1995:58).

Vill man beteckna personalens kompetens som en del av den sociala barnavårdens resurser finns således påtagliga brister. Med tanke på de ovan angivna svårigheterna att avgränsa den sociala barnavården med avseende på organisation, personal och insatser är det emellertid inte möjligt att i mer specifika kvantitativa eller ekonomiska termer uttala sig om resurstillgången eller resursförändringar under 1990-talet. Det finns dock ingenting som talar för att personalneddragningar gjorts bland kommunernas socialsekreterare (Kommunförbundet, 1998). De olika undersökningar av den sociala barnavården, som genomförts av bland annat Socialstyrelsen (tyvärr bygger de inte på särskilt stabilt kvantitativt underlag), pekar relativt entydigt på att den sociala barnavården inte utsatts för nedskärningar under 1990-talet, utan snarare att den har varit mer eller mindre fredad från hårda besparingskrav. Den sociala barnavården har haft en hög prioritet inom kommunerna, även i

förhållande till annan kommunal barninriktad verksamhet som skola med elevvård och barnomsorg. Mycket talar också för att den sociala barnavården prioriterats högre än missbrukarvård under 1990-talet (Bergmark, 1997; Hessle och Vinnerjung, 1999; Socialstyrelsen, 1998 a, b).

Ser vi till det antal barn som får del av insatser finns inte heller något som tyder på minskningar. Snarare kan en ökning observeras under 1990-talet. Det gäller särskilt antalet barn som har kontaktperson/-familj, där uppgången har varit mycket stor, men också antalet omhändertaganden har ökat (se nedan).

Bakom förändringar i kostnader för socialbidrag och antalet socialbidragstagare finns det ganska entydiga samband med en efterfrågan som styrs av strukturella faktorer, exempelvis arbetslösheten. För den sociala barnavården är det mycket svårt att tala om någon efterfrågan i egentlig mening och därmed också att relatera den faktiska välfärdsproduktionen till specifika behov eller strukturella förhållanden (Bergmark, 1997). Behoven identifieras och resurserna tillskapas i administrativa och politiska processer, inte bara som ett svar på "kunders" efterfrågan. Den sociala barnavårdens tjänster efterfrågas ofta av andra myndigheter genom att de står för anmälningarna. På så sätt skapar den sociala barnavården i samverkan med andra myndigheter åtminstone delvis sin egen efterfrågan.

1.4.1 Utanför socialtjänsten

Hittills i detta avsnitt har jag behandlat förhållandena inom kommunerna och pekat på samarbetet med andra samhällsinstanser som kommer i kontakt med barn som far illa. Viss barnavårdsverksamhet bedrivs också av frivilligorganisationer som BRIS (framförallt jourtelefonerna) och Rädda barnen (arbete med pojkar som utsatts för sexuella övergrepp, barn med kris och sorgereaktioner samt jourtelefoner för föräldrar). Frivilligorganisationernas betydelse på detta fält har ökat kraftigt under 1990-talet, särskilt lobby- och upplysningsverksamheten, men också den direkta hjälpen till utsatta barn. Det mesta av den faktiska serviceproduktion som idag bedrivs av BRIS och Rädda barnen existerade inte för tjugofem år sedan (här avses det nationella arbetet, inte internationellt bistånd). Men även om frivilligorganisationerna idag spelar en viktig roll som serviceproducenter i vissa specifika nischer på barnavårdsfältet, har de i kvantitativa termer ändå en marginell roll, särskilt i jämförelse med andra länder (Lundström och Wijkström, 1997; Lundström 1997).

Av mer direkt betydelse för kommunernas sociala barnavård är de tjänster man köper utanför den egna organisationen. Det finns idag mycket litet kunskaper om inköp av privat producerad öppenvård (familjeterapi etc.) från den privata marknaden. Omkring 60 procent av kommunerna i ett representativt urval uppger emellertid att de köper också andra "barnavårdstjänster" än familjehemsvård och institutionsvård privat. I många fall tycks det röra sig om olika typer av familjebehandling (se Bergmark och Lundström, 1998b, för en genomgång av urval och metod i denna studie). Inget tyder emellertid på en mer omfattande privatisering. Individ- och familjeomsorgens arbete "skyddas" delvis mot privatisering genom de omfattande inslagen av myndighetsutövning, som inte kan läggas ut på entreprenad. I det tysta tycks det emellertid hända en del i detta avseende. Det finns bland annat företag som sköter utredningsuppdrag, ordnar kontaktfamiljer och så vidare. Privatiseringens omfattning, villkor och effekter behöver med andra ord följas framöver.

Inom dygnsvården, det vill säga där barn och ungdomar som omhändertagits för samhällsvård placeras är förhållandet mellan privat och offentligt inte detsamma som inom socialtjänstens "egna" verksamhet. I den svenska, liksom internationella, diskussionen om barn- och ungdomsvård har förhållandet mellan institutionsvård och fosterhemsvård alltid diskuterats. Allmänt sett har fosterhem (eller familjehem som det numera kallas) föredragits framför institutioner, åtminstone för små barn. Samtidigt har institutionsvård ända sedan slutet av 1800-talet spelat en viktig roll inom barnavården, exempelvis för kortare omhändertaganden, när placeringarna avsett särskilt krävande eller besvärliga barn/ungdomar, när det krävts en mer omfattande utredning innan ett slutligt beslut har kunnat fattas eller, under senare tid, om man vill placera barnet tillsammans med sina föräldrar. Fosterhemsvården bedrivs per definition alltid "privat" av enskilda familjer, medan sammansättningen av huvudmannaskap för institutionsvården varierat. Stat, kommun, landsting, frivilligorganisationer och privata företag har alla varit aktörer på detta fält (Lundström, 1995; Lundström och Wijkström, 1997).

I förarbetena till socialtjänstlagen från 1982 framgår tydligt att lagstiftaren tänkt sig att institutionsvården skulle fortsätta att minska i förhållande till familjehemsvården, vilket den gjort ända sedan 1940-talet. Man får också intrycket att institutionsvården skulle drivas av offentliga huvudmän, vilket nästan undantagslöst var fallet i slutet av 1970-talet (Lundström, 1995; Sallnäs, 1995; SOU 1974:7). Utvecklingen under 1980- och 1990-talet har emellertid tagit en helt annan riktning än den avsedda. Som visats av Vinnerljung, Sallnäs och Oscarsson (1999) har andelen barn och ungdomar som placeras i institutionsvård i

själva verket kommit att öka i förhållande till familjehemsplaceringar. Bakom ökningen av institutionsvården ligger framförallt en uppgång för enskilda, privat drivna institutioner, av vilka en del tidigare varit så kallade storfosterhem. Idag drivs långt över hälften (58 procent) av HVB-hemmen av enskilda ägare, dvs. aktiebolag, handelsbolag och enskilda firmor, medan åtta procent drivs av ideella organisationer och stiftelser och endast 34 procent av stat/kommun/landsting. Det mesta talar för att HVB-vården är ett av de fält inom vård och omsorg där privatiseringen har gått längst. Förändringarna jämfört med tiden före socialtjänstlagen är med andra ord mycket omfattande. Barnvården tycks exempelvis vara mer privatiserad än ett jämförbart område som institutionsbaserad missbrukarvård. Detta är en utveckling vars grund lades på 1980-talet, men som accelererat under 1990-talet. Det kan i detta sammanhang också vara värt att påpeka att ideella organisationer och stiftelser spelar en ganska blygsam roll inom barnvården om man jämför med missbrukarvården. I stället är det (små) privata företag som dominerar (Sallnäs, 1999).

Många av de privata institutionerna representerar åtminstone delvis en ny typ av vård, nämligen små, mer eller mindre familjehemsliknande HVB-hem med fyra till fem platser, men där vården bedrivs i yrkesmässig form (Sallnäs, 1999). På så sätt har barnvården kommit att anta delvis nya former för de barn som utsätts för de mest långtgående ingripandena. Detta har skett utan något beslut från centralt håll och utan att man vet särskilt mycket om innehållet i de nya privata vårdformerna. Socialstyrelsen har på ett delvis motsägelsefullt sätt kommenterat förändringarna. I ett par rapporter från början av 1990-talet (*Vård utom hemmet*, Socialstyrelsen, 1990 samt *Privat och offentligt i vården*, Socialstyrelsen, 1991) oroar man sig för privatiseringen av vården, medan man några år senare (*Barn- och ungdomsinstitutioner*, Socialstyrelsen, 1994) beskriver det mer eller mindre marknadsliknande tillståndet som önskvärt.

Det är svårt att få ett fullständigt grepp om orsakerna till dessa förändringarna i institutionsvårdens sammansättning och andel av den totala dygnsvården. Vinnerljung, Sallnäs och Oscarsson (1999) pekar på minskad tillgång på fosterhem, ökat ifrågasättande av fosterbarnsvård från forskarvärlden, ideologiska förändringar inom socialarbetarkåren och en mer marknadsliknande situation med starkare utbudsstyrning än tidigare. Vad som är viktigt att understryka är att förändringarna skett utan central planering, mer eller mindre spontant på lokal nivå. Därmed finns också likheter med vad som hänt inom den kommunala individ- och familjeomsorgens organisering i kommunerna. Också där har organisationstrenderna förändrats utan centrala beslut.

Fram till 1970-talet var styrning av institutionsvården via barnhemsplaner, statsbidrag och inspektioner en stor fråga i den sociala barnvården. Under 1980- och 1990-talet har den centrala kontrollen och styrningen i praktiken upphört. Man kan emellertid knappast beskriva de nuvarande förhållandena i termer av en idealt fungerande marknad. För det första befinner sig användarna (barnen och ungdomarna) i en sådan utsatt position, ibland som tvångsvårdade, att den knappast tål jämförelser med den informerade och fritt väljande konsumentens ställning. För det andra kan inte heller kommunerna på något okomplicerat sätt betraktas som ställföreträdare för barnen och ungdomarna eller som ideala konsumenter i något annat avseende. De är bland annat uppboundna av att institutionerna skall befinna sig i det geografiska närområdet, och kunskapsläget tillåter knappast rationella val baserade på kvalitetsbedömningar. I realiteten är det mycket svårt att säga något specifikt om relationerna mellan utbud och efterfrågan, mycket talar för att detta är ett producentstyrt fält, där köparna (kommunerna) får använda sig av de tjänster som står till buds och där möjligheterna att påverka utbudet är mycket små, om man inte öppnar egna institutioner. Här liksom för andra tjänster inom den sociala barnvården, som köps upp under mer eller mindre marknadsmässiga villkor, finns inga systematiska kunskaper om hur det förhåller sig med kommunernas kompetens för upphandling eller efter vilka principer upphandling görs (för jämförelser med institutionsvård för missbrukare, som har stora principiella likheter i detta avseende, se Bergmark och Oscarsson, 1994; Stenius, 1999).

1.5 Vad görs i den sociala barnvården?

I socialt arbete är gränserna mellan organisatoriska lösningar och vad som kan betecknas som insatser, behandling eller metoder ofta otydliga. I gränslandet finner man organisatoriska lösningar som används för att dela upp klienter i olika kategorier. Ett vanligt begrepp är *insatser*, som ofta används för att beteckna åtgärder vars syfte är att förändra eller förbättra enskilda klienters eller gruppers situation. Här inbegrips sådant som utförs av socialtjänstens egen personal som stödsamtal, men också tjänster som köps in utifrån, som familjehemsplaceringar. Begreppet används ibland också för att fastställa vilka grupper som görs föremål för hjälp av olika slag (t.ex. särskilda insatser för missbrukande ungdomar). *Behandling* används för att beskriva olika typer av mer omfattande terapeutiska insatser, som familjebehandling. Begreppet *metoder* (eller modeller) används ofta för att beteckna mer omfattande systematiska interventioner, som ibland men inte alltid bedrivs

utifrån någon väletablerad arbetsmodell (nätverksarbete, familjerådslag). Insatser och behandling kan, men behöver inte, bedrivas efter någon särskild metod.

En avgörande svårighet när det gäller att beskriva vad som faktiskt görs i den sociala barnavården är bristen på systematiska kunskaper om arbetets innehåll och resultat. Det gäller kanske framförallt det arbete – de insatser och den behandling – som bedrivs inom den kommunala socialtjänsten, men även sådana insatser som initieras och administreras men inte utförs av socialtjänsten, som kontaktperson/-familj och den ovan nämnda institutionsvården.

Några av orsakerna till kunskapsbristerna har redan berörts. Om vi håller oss inom socialtjänsten är det svårt att organisatoriskt avgränsa barnavårdsarbetet. Den helhetssyn och den familjevårdsprincip som tog sig uttryck i att barnavårdsnämnden, socialnämnden och nykterhetsnämnden slogs samman till en nämnd har bidragit till att osynliggöra det specifika barnavårdsarbetet. Det gör att det är omöjligt att exakt ange hur många som är sysselsatta med barnavårdsarbete, hur många familjer som omfattas av barnavårdsinsatser eller i andra specifika termer ange omfattningen. I det följande avsnittet skall jag behandla de kunskaper som ändå finns och som håller på att växa fram om socialtjänstens insatsrepertoar och de metoder som används. Jag kommer att särskilt peka på vad man vet om förändringarna under 1990-talet. Innan jag går in på dessa avsnitt, några ord om vad som skall föregå insatser, nämligen anmälningar och utredningar.

1.5.1 Anmälan, utredning

Barnavårdsarbetet beskrivs ofta i termer av en ärendegång från anmälan, som leder till utredning, som i sin tur leder till beslut om insatser med mer eller mindre lång varaktighet. Rent formellt inleds ett ärende inom socialtjänsten med en anmälan eller genom en ansökan från klienten. I tidigare avsnitt har pekats på att antalet anmälningar har ökat, utan att man för den skull kan hävda att mängden barnproblem har blivit större. En ökande mängd anmälningar innebär i sig dock att trycket mot socialtjänsten ökar. Samtidigt bör det påpekas att det är mycket vanligt att anmälningar avskrivs utan att någon åtgärd vidtas.

Utredningar om barn som far illa är ett av de områden där socialtjänsten utsatts för mest kritik under 1990-talet. Kritiken har framförallt tagit fasta på de mer omfattande utredningarna, de som kan leda till att ett barn eller en ungdom tvångsomhändertas. En viktig del av kritiken har rört tidsaspekten; utredningarna startas inte tillräckligt snabbt och det tar alltför lång tid innan de blir färdiga. I 1997 års förändringar av

socialtjänstlagen har man tagit fasta på detta och fastlagt tidsgränser för hur lång tid utredningarna får pågå. Socialstyrelsen menar i en första utvärdering, som baseras på enkäter till kommunerna, ett och ett halvt år efter att lagen trädde i kraft att lagändringen tycks ha haft positiva effekter såtillvida att utredningsarbetet struktureras och planeras bättre än tidigare. Fortfarande tar emellertid upp till en femtedel av utredningarna för lång tid. I dessa fall hänvisar kommunerna bland annat till att de får vänta alltför lång tid på yttranden från PBU. De sistnämnda uppgifterna bygger emellertid enbart på siffror från omkring hälften av kommunerna. Socialstyrelsen konstaterar att det är en anmärkningsvärd brist att så många kommuner inte kan lämna uppgifter om en sådan central fråga som hur barnavårdsutredningarna går till (Socialstyrelsen, 1999a).

Kritiken mot utredningarna har emellertid också gällt brister i det faktiska innehållet, som att barnen inte synliggörs och kommer till tals i tillräcklig utsträckning, att familjens omgivning, dess nätverk, inte ges det utrymme de förtjänar, att fäderna inte syns tillräckligt och att utredningarna inte görs förutsättningslöst (Hessle m.fl. 1996; Sundell och Humlesjö, 1996). Den kritik som fått starkast genomslag är att barnen inte märks i utredningarna. Som framgått har lagstiftningen ändrats på den här punkten, det har tydliggjorts att barnets inställning skall inhämtas, att barnet skall höras när det är möjligt samt att hänsyn skall tas till barnets vilja.

I sin uppföljning av lagändringen pekar Socialstyrelsen på att de allmänt sett tycks ha mottagits positivt i kommunerna och att många kommuner, redan före ändringarna i lagen, utarbetat rutiner för att klargöra barnets inställning vid mer omfattande utredningar där ett omhändertagande kan vara aktuellt. Däremot varierar praxis när det gäller att låta barn komma till tals vid annan biståndshandläggning där de är berörda, till exempel ansökan om kontaktfamilj. Socialstyrelsens studie bygger emellertid på kommunernas egna utsagor och kvalitén på data varierar starkt mellan kommunerna (Socialstyrelsen, 1999a). Det bör också understrykas att de kulturer och de mer eller mindre dolda regelverk som finns kring utredandet visat sig vara mycket svårföränderliga. Barnavårdsutredningarnas brister avspeglar i själva verket mer grundläggande svagheter i det sociala arbetets organisering och professionalisering (Egelund, 1997; Sunesson, 1997; Wächter, 1998).

1.5.2 Insatser

Går vi vidare från anmälan/utredning till insatsrepertoarens innehåll och omfattning, utgör det faktum att barnavården inte är en avgränsad organisatorisk enhet ett problem. Eftersom det inte finns något samlat grepp om hur individ och familjeomsorgens personalresurser är fördelade på lokal nivå går det för det första inte att veta hur stor del av socialarbetarnas samlade arbetstid som används till barnavård. För det andra är det omöjligt av klart avskilja de delar av det ekonomiska biståndet som är avsett särskilt för att stötta barnen. För det tredje möjliggör den löpande statistiken om social barnavård, från SCB/Socialstyrelsen inte ett urskiljande av olika typer av insatser. Den offentliga statistiken har visserligen förbättrats från och med 1999, genom att man söker mäta andra insatser än kontaktperson/-familj och dygnsvård, men indelningarna av dessa är grova (Socialstyrelsen, 1999b).

I en undersökning med ett representativt kommunurval där representanter för individ- och familjeomsorgen tillfrågats om vilka individriktade insatser de prioriterar framgår, att de vanligaste insatserna, förutom stödsamtal med socialsekreterarna, är kontaktperson/-familj, hemmahosbehandling förtursplaceringar inom barnomsorg och familjehemsplacering. Förutom dessa vanligt förekommande mer eller mindre "reguljära" insatser pekar man på en serie olika typer av förebyggande insatser och öppenvård (Bergmark och Lundström, 1998a). Den samlade bilden av de insatser man uppger sig prioritera stämmer väl överens med den bild som framkommit i tidigare lokalt baserade studier, men överensstämmelsen är också förvånansvärt stor med vad som pekas ut som lämpliga åtgärder i socialtjänstlagens nästan tjugo år gamla förarbeten (Andersson, 1991; Westlund, Wik och Lilja, 1991; Proposition 1979/80:1, del a; SOU 1977:40). Det verkar som om de dominerande konkreta hjälpinsatser som används idag, åtminstone på ytan – det vill säga när det gäller beteckningarna – är ungefär desamma som för tjugo till trettio år sedan.

Insatsen *kontaktperson/-familj* baseras på tanken att socialtjänsten skall kunna erbjuda avlastning och socialt stöd genom att engagera lekmän som till en oftast mycket låg ersättning hjälper barn och föräldrar. Detta är en av de mycket få stödformer inom den sociala barnavården som erbjuds av alla eller nästan alla kommuner. I Bergmarks och Lundströms studie uppger nära hundra procent av de tillfrågade kommunerna att detta är en insats som tillämpas i betydande omfattning eller är en del av arbetssättet (se Bergmark och Lundström, 1998a, för diskussioner om urval och metod). Omkring en procent av alla svenska barn i åldern noll till arton år hade kontaktperson/-familj någon gång under 1998. Detta är också en insats som ökat kraftigt i omfattning un-

der 1990-talet: år 1990 påbörjades 4 400, medan motsvarande siffra för 1997 var 7 500 (Socialstyrelsen, 1998c, 1999b). Trots att det är en väl-etablerad åtgärd finns det mycket litet forskning på området, och effektutvärderingar saknas helt. De studier som gjorts tyder emellertid på att detta är en mycket uppskattad insats såväl från familjernas som de frivilligas sida, även om den förutom de stödjande inslagen också har inslag av övervakning och kontroll (Andersson, 1992, Sundell, Humlesjö och Carlsson, 1994).

Hemmahosbehandlingen, det vill säga att familjen får besök i hemmet av en särskilt utsedd person som deltar i familjens vardag och tar detta som utgångspunkt för rådgivande och stödjande samtal, har sin historiska förankring i Barnbyn Skå. Insatsernas faktiska utformning kan skilja sig mycket åt mellan olika kommuner, från i huvudsak praktiskt inriktad hjälp till mer traditionellt utformad familjeterapi. Det tycks vara så att den här typen av insatser ökat i omfattning under senare år, efter en nedgång under 1980-talet. Två tredjedelar av kommunerna i Bergmarks och Lundströms studie uppgav att hemmahostera-
peut/hemmahosbehandling var insatser som tillämpades i betydande omfattning. Liksom för kontaktperson/-familj är målgruppen ofta ensamstående mödrar. Det bör understrykas att man vet mycket litet om insatsen faktiska utformning. Särskilt i USA finns ganska omfattande och väl beskrivna program för så kallade in-home services, men det tycks inte som det är dessa som fått genomslag i Sverige (Barth, 1992; Socialstyrelsen, 1998a; Lundström, 1996).

Förtursplacering inom barnomsorg var kanske en vanligare åtgärd förr, då tillgången till "reguljära" platser var mer begränsad, men fortfarande uppper omkring hälften av kommunerna i Bergmarks och Lundströms studie att detta är en insats som man tillämpar i betydande omfattning. Motivet till förtursplaceringarna är i de flesta fall att barnet bedöms behöva extra stimulans utanför hemmet och/eller att föräldrarna behöver avlastning. Genom att erhålla en förtursplaceringar kan man gå förbi den ordinarie kön eller få en daghemsplats utan att egentligen vara berättigad. Ofta är förtursplaceringarna kopplade till överenskommelser om särskilda kontakter mellan individ- och familjeomsorgen och daghemmet.

Dygnsvård, det vill säga omhändertaganden för samhällsvård med placering i familjehem eller vid institution, är den mest omdiskuterade och mest välbeforskade åtgärden inom den sociala barnavården. Fosterbarnsforskningens moderna svenska rötter går att söka i det så kallade "barn i kris-projektet" (i sin tur med bakgrund i forskningen vid Barnbyn Skå) (se Cederström, 1990; Börjeson och Håkansson, 1990; Hessle, 1988). Här skall inte närmare redogöras för forskningsresultaten (för en fyllig genomgång av svensk forskning om fosterbarnsvård

se Vinnerljung, 1996b). Grovt sett kan ändå sägas att skepsisen mot familjehemsvård ökat under de senaste tjugo åren och att denna tveksamhet baseras på forskningsresultat som pekar på negativa eller åtminstone frånvaro av positiva långsiktiga effekter av längre placeringar i dygnsvård. När det gäller effekter av institutionsvård är det sämre ställt med svensk forskning. Ett viktig undantag är Gunvor Anderssons (1984; 1995) undersökningar av små barn på barnhem, som inte heller de förändrar bilden av svårigheterna att åstadkomma positiva resultat. För ungdomsvårdens del kan hänvisas till Claes Levins (1988) undersökning av vården på särskilda ungdomshem, som ger en mycket negativ bild av förutsättningarna att bedriva behandling och förhindra en negativ utveckling av kriminalitet och missbruk för de ungdomar som vistas där (se även den av Statens institutionsstyrelse utgivna antologin: Armelius, Bengtzon, Rydelius, Sarnecki och Carpelan, 1996).

Andelen barn och ungdomar som är föremål för omhändertaganden under ett givet år har minskat sedan socialtjänstlagen trädde i kraft år 1982, det gäller särskilt dem som är tvångsomhändertagna. En bit in på 1990-talets tycks det emellertid ske ett trendbrott och antalet omhändertagna barn ökar. Ökningen gäller såväl nya placeringar som det sammanlagda antalet barn som befinner sig i dygnsvård. Den 1 november 1993 var omkring 10 500 barn placerade i dygnsvård, medan motsvarande antal 1998 var 12 400. Ökningen gäller framförallt frivilliga omhändertaganden (Socialstyrelsen 1999b). Det finns anledning att vara försiktig med övertolkningar och med profetior om fortsatt ökning i ett längre perspektiv. Tidigare finns exempel på mer eller mindre svårförklarade pucklar i utvecklingen. Mot bakgrund av försvagningar i välfärdssystemet, ökat antal anmälningar till socialtjänsten etc., finns det emellertid anledning att mycket noggrant följa utvecklingen och att intressera sig för vad som kan ligga bakom förändringarna.

Det är under rubriken *förebyggande insatser och öppenvård* som man kan återfinna nya former av insatser, och det är möjligt att det skett en ökning av sådana under 1990-talet. Socialstyrelsen har i ett par rapporter sökt kartlägga vilka former av insatser som förekommer, vid sidan av dygnsvård och kontaktperson/-familj. Man pekar bland annat på olika typer av gruppverksamheter för unga föräldrar, föräldrar med missbruksproblem och invandrarfamiljer (Socialstyrelsen, 1998a). I detta sammanhang är det kanske särskilt viktigt att framhålla de samlingsgrupper för barn till missbrukare som vuxit fram under senare år (socialtjänsten är inte alltid huvudman) och där det faktiskt finns studier om insatsens innehåll och utfall, även om dessa har en kvalitativ karaktär och inte lever upp till krav för kontrollerade effektstudier (Lindstein, 1995, 1997).

En form av organisatorisk lösning för att tidigt upptäcka problem och samordna resurser är de så kallade *familjecentralerna* eller familjehusen där BVC, MVC och öppen förskola samlokaliseras med den sociala barnavården. Förutom den reguljära verksamheten inom de respektive ansvarsområdena, bedrivs olika typer av förebyggande arbete inom ramarna för dessa verksamheter (Socialstyrelsen, 1998a, för en kommande utvärdering se Pettersson, 1999).

Också när det gäller verksamheter riktade specifikt till ungdomar med problem eller i problematiska miljöer är bilden ganska splittrad, även om det är ett område som prioriteras mycket högt av kommunerna. De flesta kommuner uppger att de har någon form av uppsökande fältverksamhet bland ungdomar, och många arbetar också mer eller mindre systematiskt med olika former av gängbearbetning. I de allra flesta kommuner finns ungdomsmottagningar, ibland med landstingen som huvudman. Under senare år tycks den sociala barnavården i ökad utsträckning samarbeta med skolan, genom bland annat olika typer av utbildningsprojekt riktade till problemungdomar. Ett område som gränsar till social barnavård är särskilda insatser för unga arbetslösa, bland annat i form av arbetssökargrupper (Bergmark och Lundström, 1998a; SOU 1998:31; Socialstyrelsen 1998b).

Tidigare har Socialstyrelsen i sin årligt återkommande barnavårdsstatistik endast redovisat dygnsvård och kontaktperson/-familj. Från och med år 1999 (statistikåret 1998) redovisas också antalet barn och unga med andra insatstyper under två överordnade rubriker. Omkring 3 600 barn och unga – de flesta ungdomar över 12 år – har deltagit i så kallade strukturerade öppenvårdsprogram. Det är kanske inom detta område man hittar det mesta nytänkandet och de mest spektakulära projekten (allt från äventyrsläger för stökiga ungdomar till mer traditionella utbildningssatsningar), men ibland också de mest ifrågasatta. Dessutom har 17 000 barn och ungdomar fått del av det som kallas behovsprövat personligt stöd. Det betyder att drygt 20 000 barn – lika många som har kontaktperson/-familj – registrerats för andra typer av insatser (Socialstyrelsen, 1999b). Fortfarande finns emellertid en del problem med tillförlitligheten i denna nya statistikredovisning.

1.5.3 Metoder

Ser man till de metoder som socialarbetarna tillämpar i sitt eget vardagliga socialbyråbaserade arbete, så uppger en mycket stor del av kommunerna att de arbetar efter så kallade nätverksbaserade modeller, det vill säga arbetssätt som baseras på att individernas släkt eller bekantskapskrets mobiliseras i förändringsarbetet. Ytterligare en specifik

metod som används i ganska stor utsträckning och som blivit populär under 1990-talet är lösningsfokuserat arbete – en form av pedagogiskt inriktad korttidsbehandling, som fått stort genomslag via kurser arrangerade främst av privata företag. Vid sidan av dessa metoder är det framförallt familjeterapeutiska modeller, ofta med föräldrarna i centrum, som gör sig gällande (Bergmark och Lundström, 1998a).

Vissa nya arbetsmodeller har fått sin spridning genom centralt drivna projekt, dvs. de har startats av myndigheter eller centralorganisationer som velat initiera nya metoder i socialt arbete. Kommunförbundet har under de senaste åren initierat en försöksverksamhet med familjerådslag, en arbetsmodell med ursprung i Nya Zeeland vars utgångspunkt är att systematiskt söka ta vara på familjens och nätverkets resurser genom att ge klienterna större kontroll över vilka typer av insatser som skall sättas in. Det svenska försöket har utvärderats och det visar sig bland annat att de flesta deltagande familjer var positiva. Det bör emellertid tillfogas att de flesta tillfrågade familjer tackade nej till erbjudandet att delta i ett familjeråd och att inga mätningar av långsiktiga effekter för barnen ännu har presenterats (forskning pågår dock) (Sundell och Hægman, 1999 se även Sjöblom, 1999).

Socialstyrelsen har under 1990-talet på regeringens uppdrag drivit ett par relativt omfattande projekt, dels "Barn i fokus", dels ett projekt med syfte att särskilt utveckla familjehemsvården (Socialstyrelsen 1995a, b). I båda dessa sammanhang har socialarbetarnas barnkompetens kommit att granskas och kritiserats, samtidigt som olika utvecklingsinsatser och insatser för spridning av kunskap genomförts. Hur och i vilken grad dessa centralt projekt faktiskt påverkat det praktiska arbetet vet vi emellertid inget om.

Dartingtonprojektet, dvs. en metod för allsidig bedömning av barn som placerats i fosterhem eller vid institutioner, kan ses som en fortsättning på Socialstyrelsens barnsatsningar. "Dartington" har drivits som en försöksverksamhet i ett antal kommuner, och som en vidareutveckling planeras ett projekt som syftar till att introducera en modell för mer systematiska bedömningar av familjer där man misstänker att barn far illa. Båda dessa arbetssätt har utvecklats av forskare i England i samverkan med praktiker.

Såväl familjerådslag som Dartingtonmodellen kräver relativt omfattande utbildningsinsatser av socialarbetarna. Det har också visat sig att det finns en del svårigheter i implementering av centralt initierade projekt. Arbetssätten har bara kommit att tillämpats i begränsad utsträckning i försökskommunerna och intresset tycks också ha en tendens att svalna relativt snart. Trots svårigheterna representerar dessa projekt nödvändiga försök att introducera kunskapsbaserade arbetsmo-

deller, där utvärdering och dokumentation är integrerade inslag i det sociala arbetet.

Socialstyrelsens ledning av barnvården när det gäller metodutvecklingsfrågor under 1990-talet ger ett ganska splittrat intryck. Det saknas ofta uppföljningar och mer metodisk utvärdering av de egna projekten, och som visats är kunskaperna om vad som händer i kommunernas socialtjänst och i dygnsvården ofta alltför små. Det har med andra ord varit svårt att få syn på någon långsiktighet i Socialstyrelsens planering av olika initiativ på den sociala barnvårdens fält. Inrättandet av CUS (Centrum för utvärdering av socialt arbete) vid Socialstyrelsen i mitten av 1990-talet har emellertid inneburit att ett antal viktiga utvärderingsinriktade projekt kommit igång, och att frågan om ett kunskapsbaserat socialt arbete därmed placerats högre upp på dagordningen.

Under 1999 har Socialstyrelsens ledning också tagit en del viktiga initiativ i detta avseende, bland annat på basis av ett regeringsuppdrag med denna inriktning. Detta är givetvis i huvudsak mycket positivt och välbehövligt, men det kan ändå vara på sin plats med en varning om alltför högt uppskrivade förväntningar på att det sociala arbetets insatser helt och fullt skall kunna grundas på så kallad evidensbaserad kunskap. De analogier med sjukvården som ofta används i argumentation är kanske inte alltid tillämpliga, eftersom effekterna av socialt arbete kan vara motsägelsefyllda och svårämbara. Det är ofta också svårt att mer bestämt relatera förändringar hos klienten till de insatser som gjorts, bland annat för att experimentella studier av olika skäl kan vara problematiska att genomföra. En inte särskilt djärv gissning är att det sociala arbetets kunskapsbas kommer att diskuteras en hel del under de kommande åren, just med utgångspunkten från möjligheterna att åstadkomma mätbara resultat.

Sammanfattningsvis kan konstateras att den sociala barnvården är ett svårföränderligt fält. Det illustreras av att det finns en långsiktig stabilitet i den kärna av insatser som erbjuds barn och familjer. Det verkar som om de många organisationsförändringarna inte påverkar de grundläggande förhållandena i klientarbetet. Nyheterna när det gäller metoder och insatser har på senare tid ofta handlat om förbättrat samarbete myndigheter emellan, men också om en betoning av nätverkens och omgivningens betydelse som en resurs för barn och familj. För ungdomars del finns många exempel som tar fasta på deras utbildningssituation. Liksom för institutionsvården visar den sociala barnvårdens sammansättning av insatser och metoder på betydande svårigheter att styra socialtjänsten från centralt håll. De mer eller mindre konkreta utvecklingsprojekt som initieras når ofta bara ut till ett be-

gränsat antal kommuner i det första skedet, och de eventuella spridningseffekterna mäts sällan.

1.6 Vilka blir föremål för barnavårdens åtgärder?

Forskare från engelskspråkiga länder brukar använda begreppen class, sex och race som markörer för den sociala utsatthet som utmärker familjer vilka blir föremål för åtgärder från den sociala barnavårdens sida (Bebington och Miles, 1989; Frost och Stein, 1989; Lindsay, 1992; Parton, Thorpe och Wattam, 1997; Swift, 1995, se Egelund, 1997 för en sammanfattning). Svensk forskning pekar entydigt i samma riktning som den från andra länder. Fattiga familjer, familjer med ensamstående mödrar, invandrarfamiljer, familjer där föräldrarna är arbetslösa och beroende av bidrag, är kraftigt överrepresenterade särskilt när det gäller omhändertaganden. Det faktum att dessa grupper är överrepresenterade i barnavårdsstatistiken gäller sedan lång tid tillbaka och är inget särskilt 1990-talsfenomen (Andersson, 1995; Hessle, 1988; Hessle och Vinnerljung, 1999; Hollander, 1985; Lundström, 1993; Vinnerljung, 1996a, b).

Något som kanske kan vara särskilt förvånade är den stora andelen familjer med ensamstående mödrar bland dem som blir föremål för socialtjänstens insatser. I en undersökning från Stockholms socialförvaltning visar det sig t.ex. att omkring 90 procent av de familjer som hade kontaktfamilj var sådana med ensamstående föräldrar, framförallt ensamstående mammor (Sundell, Humlesjö och Carlsson, 1994). Den här typen av familjer är således inte bara kraftigt överrepresenterad när det gäller omhändertaganden, utan samma förhållande tycks gälla för förebyggande åtgärder.

Om vi betraktar frågan utifrån vilka barn som blir omhändertagna (snarare än vilka familjer som utsätts), är en av de mest slående uppgifterna att så många invandrarungdomar är föremål för olika former av åtgärder. Socialstyrelsen har i sina studier funnit en kraftig överrepresentation av ungdomar födda utomlands bland dem som är föremål för insatser. De utrikes födda var överrepresenterade i alla led av socialtjänstens arbete: anmälan, utredning och insatser. För barn med invandrarbakgrund (minst en förälder född utomlands) är risken dubbelt så stor att hamna i fosterhem jämfört med "svenska barn" (det hänger i detta fall framförallt samman med att barn i familjer med finsk bakgrund är överrepresenterade). Invandrarungdomar är också kraftigt

överrepresenterade på §12-hem (Bergström och Sarnecki, 1996; Hessle och Vinnerljung, 1999; Socialstyrelsen, 1995c; 1998b).

När det gäller barnens/ungdomarnas könsmässiga fördelning är den kanske snarast förvånansvärt jämn. Pojkar är visserligen överrepresenterade om man ser till helheten, men inte särskilt starkt. I dygnsvården är omkring 53 procent pojkar och i öppenvård 55 procent. De mest uppseendeväckande könsskillnaderna gäller tvångsvård. Av de ungdomar över 13 år för vilka LVU-omhändertaganden påbörjades 1998, var drygt 60 procent pojkar och i gruppen över 18 år nära 70 procent. Störst skillnader mellan pojkar och flickor i öppenvården förefaller det vara i de så kallade strukturerade öppenvårdsprogrammen, där pojkarna utgjorde 60 procent (Socialstyrelsen, 1999b). Bakgrunden till de stora skillnaderna i tvångsomhändertaganden och sannolikt också i öppenvårdsprogrammen, får sökas i att de traditionella skälen för ingripanden mot ungdomar är sådana avvikande beteenden (kriminalitet och missbruk) där pojkar är överrepresenterade (för en diskussion av LVU: indikationer för ingripanden i ett könsperspektiv se Schlytter, 1999).

Ser vi på barnvårdsinsatsernas fördelning mellan kommuner, finner vi också där avsevärda skillnader. Antalet vårddygn för familjehem och i HVB-vård som andel av befolkningen (det vill säga antalet vårddygn dividerat med antalet barn och ungdomar upp till tjugo års ålder), varierar nämligen mycket kraftigt. Det högsta antalet vårddygn i förhållande till antalet barn är drygt fyra. I ett tänkt exempel med jämn fördelning har alla barn i den kommunen varit omhändertagna i fyra dygn. Den kommun som har det lägsta antalet ligger på drygt 0,1 vårddygn (siffrorna avser år 1996) (Lundström, 1999).

Det finns klara samband mellan andelen vårddygn och – i vid mening – strukturella förhållanden i kommunerna. Högt antal vårddygn hänger således samman med hög andel ensamstående kvinnor med barn, hög andel ensamstående män, höga socialbidragskostnader per kommuninnevånare och höga ohälsotal. Sambandsstrukturen är emellertid komplex. Det tycks exempelvis inte finnas några entydiga samband mellan kommuninnevånarnas ekonomiska resurser eller andel arbetslösa och barnomhändertaganden (Lundström, 1999). Skall man försöka sätta ord på hur sambanden ser ut kan man med den amerikanska barnvårdsforskaren James Garbarino tala om en samvariation mellan barnomhändertaganden och socioekonomiska stressfaktorer i kommunerna (Garbarino, 1992; Garbarino och Crouter, 1978).

1.7 Avslutning

Den sociala barnavården betraktas sällan som en del av det ”ordinarie” välfärdssystemet och analyseras därför inte heller som en välfärdsresurs. Ändå kan vi se klara kopplingar mellan barnavård och socioekonomiska faktorer. De familjer där barn och ungdomar blir omhändertagna uppvisar en kraftig överrepresentation av ensamstående mödrar, socialbidragstagare, arbetslösa och invandrare. Koppling mellan ekonomiska faktorer och omhändertaganden kan också avläsas i det faktum att andelen barn och ungdomar som varit föremål för den typen av insatser stadigt har minskat sedan 1930-talet, det vill säga under välfärdsstatens framväxt. Sambanden mellan socioekonomiska faktorer och omhändertaganden är emellertid komplexa och kunskaperna om hur de ser ut är svaga. Den ökande arbetslösheten, den försämrade ekonomin och försvagningar i välfärdsarrangemangen under 1980-talet och första halvan av 1990-talet går exempelvis inte att avläsa i ökade omhändertagandetal under första halvan av 1990-talet. Man kan tolka detta så att den ekonomiska krisen, arbetslösheten osv., inte har haft sådant genomslag att villkoren för barnfamiljerna radikalt försämrats eller att sådana effekter dröjer. En annan förklaring är att socialtjänstens indikatorer, dess känslspröt, är av sådan karaktär att de inte reagerar på faktiska försämringar av människors livsvillkor eller att reaktionerna är tröga.

Vad som i det sammanhanget bör understrykas är att det trots allt märks en svag tendens till ökning av antalet omhändertagna barn och ungdomar under andra halvan av 1990-talet, samt en stadig ökning av ingripanden i form av kontaktpersoner/-familjer. Om man till detta lägger ett kraftigt ökat antal anmälningar till polis och socialtjänst om misstänkt misshandel eller att barnen far illa på annat sätt, finns det således goda skäl att vara mycket uppmärksam på utvecklingen. Samtidigt finns det anledning att varna för alltför snabba slutsatser om mer avgörande trendförändringar. Ökningen av anmälningar kan delvis ha att göra med att barnavårdens frågor fått ökad uppmärksamhet och att känsligheten för barns utsatthet ökat. Mycket tyder på att barnavårdsproblematik är känslig för moraliskt grundade förskjutningar i allmänhetens och professionella gruppers inställning. Det hänger samman med att barnavården aktualiserar etiska grundfrågor som familjens rätt till integritet kontra barnets rätt till skydd och förhållandet mellan straff och behandling.

Ser man till lagstiftning och därtill knutna värderingsförändringar under 1990-talet är givetvis påverkan av FN:s barnkonvention det viktigaste som hänt på fältet. Barnen har fått en starkare ställning i socialtjänstlagen. Samtidigt bör det understrykas att förändringarna av soci-

altjänstlagen inte har ökat barnens faktiska rätt till bistånd. Tvärtom har de inskränkningar i överklagningsrätten som genomfördes 1998 inneburit en försvagning. Hur det så kallade barnperspektivet faktiskt realiseras, liksom effekterna av ändringarna i överklagningsrätten, måste givetvis följas upp under de kommande åren. På ungdomsområdet är den viktigaste förändringen domstolarnas rätt att döma till tidsbegränsade straff i sluten ungdomsvård på §12-hem. Också i detta fall är det alldeles för tidigt att uttala sig om långsiktiga effekter, även om antalet utdömda straff under det första året överstigit det förväntade.

Det finns ingenting som tyder på att den sociala barnavårdens resurser minskat under 1990-talet. Möjligen kan en bidragande förklaring till frånvaron av besparingar på detta fält vara att det faktiskt prioriterats politiskt. Under 1990-talet har också barnavården uppmärksamats genom olika satsningar från Socialstyrelsen och genom diskussionerna kring FN:s barnkonvention. Frivilligorganisationerna agerar dessutom kraftfullt på detta område, särskilt om man jämför med den uppmärksamhet som andra delar av individ- och familjeomsorgen får från ideella organisationer.

Även om inte resurserna har minskat så verkar neddragningar inom andra delar av välfärdsstaten och en serie andra faktorer ha bidragit till ett ökat tryck på den sociala barnavården, vilket främst går att avläsa i fler barnavårdsanmälningar. Det ökade antalet registrerade insatser, det vill säga framför allt antalet barn med kontaktperson/-familj, men också öknings av omhändertaganden pekar i samma riktning. När det gäller ökningen av antalet anmälningar går det inte att uttala sig om hur stora förändringar är eller på annat sätt analysera dem i detalj och systematiskt. Det är också omöjligt att säga i vilken utsträckning ökningen är en reflektion av att barn fått det sämre eller en avspeglning av förändrade attityder till att barn far illa.

Vad som kan betraktas som en resurs, och som framstår som särskilt viktig i ett system med omfattande decentralisering och med låg grad av kontroll och styrning utifrån, är den professionella kompetensen hos personalen. Den sociala barnavården kan, i jämförelse med andra delar av individ och familjeomsorgen, på flera sätt sägas vara relativt sett väl försörjd med utbildning och kurser, som åtminstone på ytan tycks ha hög relevans för fältet. Dessutom har 1990-talet inneburit satsningar på ett antal utvecklingsprojekt inom barnavårdsområdet, exempelvis Socialstyrelsens "barn i fokus".

Trots detta råder det stor enighet om att den sociala barnavårdens praktik knappast kan sägas vara kunskapsbaserad eller i huvudsak byggd på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta visar sig i frånvaro av systematisk dokumentation av arbetet samt brist på beprövade metoder och utvärderingar av de insatser som tillämpas. Bristerna har för det

första att göra med traditioner inom professionen och socialtjänstens organisationer, som innebär att socialarbetare i allmänhet inte systematiskt tillägnar sig den vetenskapligt grundade kunskap som faktiskt finns (Bergmark och Lundström, 1999; Nilsson och Sunesson, 1988). För det andra är det ett fält där dokumenterade, beprövade och väl fungerande metoder och insatser är en bristvara, även om man går utanför Sveriges gränser.

Under 1990-talet har vissa effekter av den långtgående centraliseringen av den sociala barnavården blivit tydliga. Mest uppenbart är detta inom institutionsvården, som fram till och med 1970-talet var ett hårt reglerat och kontrollerat (om än långtifrån alltid välfungerande) fält. Idag har vi en relativt vildvuxen flora av främst privat drivna institutioner, som spelar en mycket större roll i kvantitativt avseende än vad lagstiftaren ursprungligen hade tänkt sig. Trots möjligheterna till mer eller mindre fri etablering kan detta knappast beskrivas som en effektivt eller idealt fungerande marknad. I stället talar mycket för att utbudet av institutioner är styrt av de aktörer som lyckas etablera sig på fältet, utan att institutionsvården med nödvändighet svarar mot barnens och ungdomarnas behov. Kunskaperna om vilken behandling barn och ungdomar får på dessa institutioner och vilka effekter insatserna har är i det närmaste obefintliga.

Också den sociala barnavårdens "egen" organisering i kommunerna illustrerar frånvaron av regleringar och centralstyrning. Det visar sig inte minst i avsaknaden av enhetliga organisatoriska lösningar. Detta bidrar i sin tur till svårigheterna att mäta barnavårdens storlek och resurser i termer av personal, och att få fram enhetlig statistik om barnavårdsanmälningar. Det är till exempel idag inte möjligt att få fram enkla belastningsmått, som antalet barnavårdsärenden per socialsekreterare. Den höga graden av decentralisering skapar också svårigheter när det gäller att implementera olika typer av beslut, nya arbetsmodeller etc. Det kommunala självbestämmandet gör att kommunerna snarast i mån av intresse deltar i de olika projekt som initieras från centralt håll. I själva verket kan detta komma att bli ett av de största problemen om man från statens sida – och som Socialstyrelsen deklarerat – vill verka för ett kunskapsbaserat socialt arbete. Staten har helt enkelt numera mycket få maktmedel, om inte kommunerna är intresserade av förändringar. Som framgått kompenseras detta knappast av en stark profession med väl förankrade och kunskapsbaserade arbetsmodeller. Detta innebär att de lokala organisatoriska förhållandena, det sociala arbetets styrning och ledning, är mycket betydelsefulla faktorer för att förstå vad som påverkar möjligheterna att genomföra nya arbetssätt och andra förändringar av den sociala barnavården.

Forskningen om social barnavård har utvecklats relativt mycket under de senaste tjugo åren. Ändå är det bara på ett delområde, nämligen fosterbarnsvård, som det går att identifiera en forskningsfront, det vill säga ett område där det finns något sånär stabila forskningsresultat och där de går att relatera till utländsk forskning. Det kan vara värt att notera att detta är ett område där forskningsresultat fått direkt betydelse för lagstiftningen. Det visas bland annat när det gäller de så kallade släktingplaceringarna, vilka getts prioritet som vårdform i de senaste förändringarna av socialtjänstlagstiftningen. Ett delområde där det också finns en viss kunskapsackumulation är barnavårdsutredningar, framförallt sådana som görs när tvångsomhändertaganden är aktuella. En serie studier under senare halvan av 1980-talet och 1990-talet har, med olika metodologiska och teoretiska utgångspunkter, visat på svagheter i denna del av det sociala arbetet. Också dessa forskningsresultat har haft betydelse för förändringar av lagstiftningen.

I övrigt kan kunskapsläget beskrivas som svagt. Några av de viktigaste bristerna kan sammanfattas i följande punkter:

- Det saknas regelbundet redovisade basala statistiska uppgifter om anmälningar till socialtjänsten om barn som far illa. Det gäller såväl antal anmälningar som anmälare och orsak.
- Det saknas kunskaper om vad som faktiskt görs, det vill säga om innehållet i den sociala barnavårdens insatser och metoder. Detta avspeglar såväl brister i individ- och familjeomsorgens egen dokumentation som behov av forskning på området.
- Det saknas kunskaper om resultat och effekter av den sociala barnavårdens insatser och metoder. Dessa brister gäller även mycket vanliga insatser som kontaktperson/-familj samt ofta tillämpade metoder som nätverksbehandling och lösningsfokuserat arbete. Det behövs med andra ord mer utvärderingsinriktad forskning, också sådan som sätter konsumenternas/klienternas bedömningar i fokus.
- Kunskaper om den sociala barnavården organisation, struktur och ledning är inte tillräckliga. Sådana kunskaper är nödvändiga bland annat för att förstå villkoren för implementering av nya metoder och arbetsmodeller.
- Även på områden där det finns forskning, som dygnsvård, är vissa delområden fortfarande mer eller mindre vita fläckar. Det gäller (1) tonåringar i dygnsvård (här pågår dock ett större projekt i CUS regi), och (2) institutionsvård, särskilt de delar som inte ingår i SiS ansvarsområde.

Referenser

- Anderson, G., 1991. *Socialt arbete med små barn*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G., 1995. *Barn i samhällsvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G., 1984. *Små barn på barnhem*. Malmö: Liber Förlag/Gleerup.
- Andersson, G., 1992. *Stöd och avlastning: om insatsen kontaktperson/familj*. Lund: Socialhögskolan.
- Armelius, B.Å., S. Bengtzon, P.A. Rydelius, J. Sarnecki & K.S. Carpelan (red.), 1996. *Vård av ungdomar med sociala problem. En forskningsöversikt*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Barth, R., 1992. "Child welfare services in the United States and Sweden: different assumptions, laws and outcomes", *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 1:36-42.
- Bebbington, A. & J. Miles, 1989. "The Background of children who enter Local Authority Care", *British Journal of Social Work*, 19:349-368.
- Bergmark, A. & L. Oscarsson, 1994. "Swedish alcohol treatment in transition", *Nordic Alcohol Studies*, 11:42-54.
- Bergmark, Å., 1997. "From reforms to rationing? Current allocative trends in Social Services in Sweden", *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 6:74-81.
- Bergmark, Å. & T. Lundström, 1998a. "Metoder i socialt arbete". *Socialvetenskaplig tidskrift*, 4:291-314.
- Bergmark, Å. & T. Lundström, 1998b. "Socialhögskolorna och metoder i socialt arbete", *Socionomens forskningssupplement*, 9:67-81.
- Bergmark, Å. & T. Lundström, 1999. *Socialarbetares kunskapsbas*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete (under publicering).
- Bergström, U. & J. Sarnecki, 1996. "Invandrarungdomar på särskilda ungdomshem i Stockholm län", i Armelius, B.Å., S. Bengtzon, P.A. Rydelius, J. Sarnecki & K.S. Carpelan (red.), *Vård av ungdomar med sociala problem. En forskningsöversikt*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Brå, 1999. *Brottsstatistik*. Tabeller utlagda på internet. Brå: Stockholm.

- Börjeson, B & H. Håkansson, 1990. *Hotade försummade övergivna: är familjehemsplacering en möjlighet för barnen?: en bok för socialarbetare i den sociala barnomsorgen*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Cederström, A., 1990. *Fosterbarns anpassning – en relationsproblematik: om 25 barn i åldrarna 4-12 år som har placerats i fosterhem: en delstudie i Barn i kris-projektet*. Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms Universitet.
- Cleaver, H. & P. Freeman, 1995. *Parental Perspectives in Cases of Suspected Child Abuse*. London: HMSO.
- Dingwall, R., 1989. "Some problems about predicting child abuse and neglect", i Stevenson, O. (red.), *Child abuse: Professional practice and public policy*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Dingwall, R., J. Eekelaar & T. Murray, 1983. *The protection of children: state intervention and family life*. Oxford: Basil Blackwell.
- Edgardh, K., 1992. *Tonåringar – sex och samlevnad*. Göteborg: Gothia.
- Egelund, T., 1997. *Beskyttelse af barndommen: socialforvaltningers risikovurdering og indgreb*. København: Reitzel
- Estrada, F., 1997a. "Ungdomsbrottslighetens utveckling i Sverige", *Nordisk Tidskrift for Kriminalvidenskab*, 84:153-169.
- Estrada, F., 1997b. "Ungdomsvåld: uppkomsten av ett samhällsproblem. Ungdomsbrottsligheten i svensk dagspress 1950-94", *Sociologisk forskning*, 4:51-72.
- Estrada, F., 1999. *Ungdomsbrottslighet som samhällsproblem: Utveckling, uppmärksamhet och reaktion*. Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Folkhälsoinstitutet/CAN, 1999. *Drogutvecklingen i Sverige, Rapport 99*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet/CAN.
- Frost, N. & M. Stein, 1989. *The politics of child welfare: inequality, power and change*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Garbarino, J., 1992. *Children and families in the social environment*. New York: Aldine de Gruyter.
- Garbarino, J. & A. Crouter, 1978. "Defining the Community Context for Parent-Child Relations: The Correlates of Child Maltreatment", *Child Development*, 49:604-616.

- Gilbert, N. (red.), 1997. *Combatting Child Abuse. International Perspectives and Trends*. Oxford: Oxford University Press.
- Hall, C., S. Sarangi & S. Slembrouck, 1997. "Moral Construction in Social Work Discourse", i Gunnarsson, P-G., P. Linell & B. Nordberg (red.), *The Construction of Professional Discourse*. London: Longham.
- Hallberg, M. & E.M. Rigné, 1999. *En studie av debatten om sexuella övergrepp mot barn 1994-1998*. Expertrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Hessle, S., 1988. *Familjer i sönderfall: en rapport från samhällsvården*. Stockholm: Norstedt.
- Hessle, S. m. fl., 1996. "Sociala barnvårdsutredningar", i Andersson, G. m.fl., *Barnet i den sociala barnvården*. Stockholm: CUS, Liber.
- Hessle, S. & B. Vinnerljung, 1999. *Child welfare in Sweden – an overview*. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet.
- Hollander, A., 1985. *Omhändertagande av barn: en studie av barnavårdsmål vid förvaltningsdomstolarna åren 1974, 1977 och 1982*. Stockholm: Aktuell juridik.
- Jack, G., 1997. "Discourses of child protection and child welfare". *British Journal of Social Work*, 27:659-678.
- James, A., C. Jenks & A. Prout, 1998. *Theorizing Childhood*. Cambridge: Polity Press.
- Kommunförbundet, 1998. *Kommunal personal 1997*, (med stencilerade tabellbilagor avseende personalutvecklingen mellan 1990 och 1997). Stockholm: Kommunförbundet.
- Korpi, S., 1996. "Samhällets insatser för ungdomar", i Armelius, B.Å., S. Bengtzon, P.A. Rydelius, J. Sarnecki & K.S. Carpelan (red.), *Vård av ungdomar med sociala problem. En forskningsöversikt*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Lagerberg, D., 1998. *Barn som far illa – ett dilemma för barnhälsovården? Redovisning av en empirisk studie med en inledande kunskapsöversikt*. Uppsala: Barnhälsovården, Akademiska barnsjukhuset.
- Levin, C., 1998. *Uppfostringsanstalten: om tvång i föräldrars ställe*. Lund : Arkiv.

- Lindsay, D., 1992. "Adequacy of income and the foster care placement decision: Using an odds ratio approach to examine client variables", *Social work Research & Abstracts*, 28:29-36.
- Lindstein, T., 1995. *Vändpunkten: att arbeta med barn till alkoholister*. Stockholm: Gothia.
- Lindstein, T., 1997. *Unga vid Vändpunkten: att arbeta med ungdomar vars föräldrar missbrukar*. Stockholm: Gothia.
- Lundström, T., 1991. "Varför måste barn omhändertas?" i Aronsson, G. & H. Berglund, *Handling och handlingsutrymme*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundström, T., 1993. *Tvångsomhändertagande av barn: en studie av lagarna, professionerna och praktiken under 1900-talet*. Stockholm: Stockholms universitet, Socialhögskolan.
- Lundström, T., 1995. "Staten och det frivilliga sociala arbetet i Sverige", i Klausen, K.K. & P. Selle, *Frivillig organisering i Norden*. Oslo: Tano.
- Lundström, T., 1996. "Den sociala barnvården", i Andersson, G. m.fl., *Barnet i den sociala barnvården*. Stockholm: CUS, Liber.
- Lundström, T., 1997. *Barnvårdsorganisationer vid två sekelskiften. Frivilligt barnvårdsarbete förr och nu*. Sköndalsinstitutets skriftserie nr. 10. Stockholm: Sköndalsinstitutet.
- Lundström, T., 1999. "Barnomhändertaganden: en analys av kommunala variationer", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 5:220-232.
- Lundström, T & S. Sunesson, (under utgivning). "Socialt arbete utförs i organisationer", i Meuwisse, A., S. Sunesson & H. Swärd (red.), *Socialt arbete en grundbok*. Stockholm: Natur & kultur.
- Lundström, T. & F. Wijkström, 1997. *The nonprofit sector in Sweden*. Manchester: Manchester University Press.
- Nilsson, K. & S. Sunesson, 1988. *Konflikt, kontroll, expertis: att använda social forskning*. Lund: Arkiv.
- Parton, N., D. Thorpe & C. Wattam, 1997. *Child protection. risk and the moral order*. London: Routledge.
- Pettersson, U., 1999. *Samverkan i barnvårdsarbetet: En utvärdering av Centrum för samverkan i Flemingsberg*. Stockholm: Stockholms universitet (under publicering).
- Proposition 1979/80:1. *Socialtjänstlagen*.

- Proposition 1994/95:12. *Handläggning av ungdomsmål.*
- Proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen.*
- Proposition 1997/98:182. *Strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige.*
- Proposition, 1997/98: 96. *Vissa reformer av påföljdssystemet.*
- Regeringen, 1998. *Barnmisshandel och därmed sammanhängande frågor.* Dir. 1998:105.
- Regeringen, 1999. *Översyn av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga.* Dir. 1999:43.
- Rönström, A. 1984. *Sexuella övergrepp mot barn.* Stockholm: Rädda Barnen, Barnombudsmannen 1983/84.
- Rönström, A. 1986. *Den smärtsamma verkligheten. Sexuella övergrepp på barn.* Stockholm: Rädda Barnen, Barnombudsmannen.
- Sallnäs, M. 1999, in prep. *Barn- och ungdomshem.* Stockholm: Socialhögskolan.
- Sallnäs, M. 1995. "Att utreda föräldraskap. Om modern institutionsvård för barn". *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2:334-349.
- Sarnecki, J. 1993. "Ungdomsbrottslighetens omfattning, karaktär och orsaker". I SOU 1993:35
- SCB 1993. *Barn som far illa – utredningar enligt paragraf 50 SoL.* Stockholm: SCB.
- Schlytter, A. 1999. *Kön och juridik i socialt arbete.* Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1980:620, med ändring 1997. *Socialtjänstlagen.*
- SFS 1990:51. *Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)*
- SiS, 2000. *Sluten ungdomsvård 1999.* Allmän SiS-rapport 2000:2. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Sjöblom, Y., 1999. *Familjerådslag i Botkyrka: "inte som vi tänkt, men bra ändå".* Stockholm: FoU-enheten, Socialtjänstförvaltningen.
- Socialstyrelsen, 1990. *Vård utom hemmet.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1991. *Privat och offentligt i vården.* Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen, 1994. *Barn- och ungdomsinstitutioner. Hur påverkas vården av kommunernas ekonomiska situation?* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1994:10. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1995a. *Familjehemsvård i utveckling*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1995b. *Slutrapport från barn i fokus-projektet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1995c. *Invandrarbarn i familjehemlutrapport från barn i fokus-projektet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998a. *Anmälan, utredning, insats. Individ- och familjeomsorgens arbete med barn*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998b. *Individ och familjeomsorgens arbete med ungdomar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998c. *Insatser för barn och unga*. Statistik Socialtjänst 1988:10. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999a. *Ändringarna i socialtjänstlagen rörande barn och unga. Erfarenheter från de första 18 månaderna*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999b. *Insatser för barn och unga*. Statistik Socialtjänst 1999:7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialutskottet 1996/97:SoU18. *Ändring i socialtjänstlagen*.
- SOU 1974:7. *Barn och ungdomsvård. Betänkande av fosterbarnsutredningen*.
- SOU 1977:40. *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg: lagar och motiv: Socialutredningens slutbetänkande*.
- SOU 1994:139. *Ny socialtjänstlag: huvudbetänkande av Socialtjänstkommittén*.
- SOU 1995:58. *Kompetens och kunskapsutveckling: om yrkesroller och arbetsfält inom socialtjänsten: delbetänkande av Socialtjänstkommittén*.
- SOU 1997:116. *Barnets bästa i främsta rummet: FN:s konvention om barnets rättigheter förverkligas i Sverige: Barnkommitténs huvudbetänkande*.
- SOU 1998:31. *Det gäller livet: stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem: slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén*.

- SOU 1993:35. *Reaktion mot ungdomsbrott. Betänkanden av ungdomsbrottskommittén.*
- Stenius, K., 1999. *Privat och offentligt i svensk alkoholistvård: arbetsfördelning, samverkan och styrning under 1900-talet.* Lund : Arkiv.
- Sundell, K. & U. Hæggman, 1999. *Familjerådslag i Sverige. En utvärdering av Svenska Kommunförbundets försöksverksamhet.* Stockholm: FoU-enheten, Socialtjänsten, Stockholms stad.
- Sundell, K. & E. Humlesjö, 1996. *Sociala utredningar med fokus på barn.* Stockholm: FoU-enheten, Socialtjänsten, Stockholms stad.
- Sundell, K., E. Humlesjö & M. Carlsson, 1994. *Att hjälpa sin nästa. En undersökning av kontaktfamiljer i Stockholm.* Stockholm: Socialtjänsten, FoU-byrån.
- Sunesson, S., 1981. *När man inte lyckas.* Stockholm: AWE/Gebbers.
- Sunesson, S., 1985. "Outside the goal-paradigm: power and structured patterns of non-rationality", *Organization Studies*, 6:229-246.
- Sunesson S., 1990. "Familjevården, en del av individ- och familjeomsorgens i socialtjänsten", i Socialstyrelsen, *Sju perspektiv på barns och ungdomars levnadsförhållanden.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sunesson, S., 1992. "Problem och problematiseringar", *Nordiskt socialt arbete*, 2:57-69.
- Sunesson, S., 1997. "Barnavårdsutredningen och barnet: forskningens bild". I Med fokus på barnen. Konferensrapport. Stockholm: CSA, Svenska kommunförbundet, SFR.
- Svedin, C.G., 1999. *Sexuella övergrepp mot barn. Definitioner och förekomst.* Expertrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Swift, K., 1995. *Manufacturing bad mothers: A critical perspective on child neglect.* Toronto: Toronto University Press.
- Swärd, H., 1993. *Mångenstädes svårt vanartad: om problemen med det uppväxande släktet.* Floda: Zenon.
- Westlund, P., L. Wik & T. Lilja, 1991. *674 ärenden med barn och ungdomar som klienter.* Karlshamn: Blekinge FoU-enhet.
- Vinnerljung, B., 1993. "Släktingplaceringar i fosterbarnsvården", *Socionomens forsknings supplement*, 3:3-10.
- Vinnerljung, B., 1996a. *Fosterbarn som vuxna.* Lund: Arkiv.

- Vinnerljung, B., 1996b. *Svensk forskning om fosterbarnsvård: en översikt*. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS): Liber utbildning.
- Victor, D. (red.), 1995. *Varning för straff: om vådan av den nyttiga straffrätten*. Stockholm: Fritzes.
- Vinnerljung, B., 1998. "Socialt arv", i Denvall, V. & T. Jacobson (red.), *Vardagsbegrepp i socialt arbete: ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedts juridik.
- Vinnerljung, B., M. Sallnäs & L. Oscarsson, 1999. "Dygnsvård för barn och ungdom 1983-1995: förändringar i vårdlandskapet sedan Socialtjänstlagens tillkomst.", *Socionomens forskningssupplement*, 11:1-20.
- Wächter, R., 1998. "Utredning", i Denvall, V. & T. Jacobson (red.), *Vardagsbegrepp i socialt arbete: ideologi, teori och praktik*. Stockholm : Norstedts juridik.

2 Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet – förutsättningar, utveckling och behov

Lars Oscarsson

2.1 Inledning

Temat för denna uppsats är organisation, innehåll och utveckling inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet. Tyngdpunkten ligger på att mot bakgrund av officiell statistik, statliga utredningar och andra offentliga rapporter samt forskning beskriva och kommentera förhållanden inom området. De deskriptiva inslagen sker i huvudsak med hänvisningar till föreliggande statistik, statliga utredningar och forskning.

Detta inledande avsnitt innehåller en beskrivning av uppsatsens innehåll och disposition, vissa preciseringar av sakområdet i form av begrepp, målgrupper och insatser, och avslutningsvis några generella reservationer för framställningen med hänvisning till statistikproduktionen.

2.1.1 Innehåll och disposition

Förutom detta inledande avsnitt består uppsatsen av ytterligare sex huvudavsnitt: Avsnitt 2.2 är en kort beskrivning och kommentar av de samhälleliga institutionella ramarna för missbrukarvården i Sverige, och avsnitt 2.3 är en sammanfattande bedömning av utvecklingen av missbruket i Sverige under 1990-talet. Avsnitt 2.4 lyfter fram och kommenterar vissa politisk-ideologiska och samhällsekonomiska förändringar under slutet av 1980- och början av 1990-talet som påverkat kommunernas sätt att organisera och genomföra missbrukarvården. Avsnitt 2.5 är en beskrivning av resurser, insatser och klienter inom den öppna och slutna missbrukarvården, deras omfattning och fördelning på åtgärdstyper och grupper av missbrukare.

Det sjätte huvudavsnittet är en översikt över behandlingsmetoder och behandlingsforskningen inom området, dvs. vilka terapeutiska och andra metoder som används i klientarbetet och vad vi vet om behandlingseffekterna inom missbrukarvården. Här finns aktuella internationellt förankrade forskningsöversikter att utgå ifrån. Ett problem är dock att vi i stort saknar effektstudier inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården. I det sjunde och avslutande avsnittet presenteras några slutsatser av utvecklingen under 1990-talet, en lägesbeskrivning av den socialtjänstbaserade missbrukarvården idag samt behov av utveckling och resurser för den närmaste framtiden.

2.1.2 Socialtjänstbaserad missbrukarvård – några begrepp och avgränsningar

Med socialtjänstbaserad missbrukarvård menas här åtgärder eller insatser för vuxna missbrukare som genomförs med stöd av socialtjänstlagen (SoL) eller eljest inom ramen för socialtjänstens resurser, inklusive insatser med stöd av LVM (lagen om vård av missbrukare i vissa fall). Det kan handla om såväl förebyggande insatser för att förhindra uppkomsten av missbruk som insatser riktade till individer med olika grader och typer av etablerade missbruksproblem. I det första fallet brukar man tala om primärpreventiva insatser och i det senare om sekundär- eller tertiärpreventiva (Cronholm 1984). Med primärpreventiva insatser avses mer eller mindre generella åtgärder som på den kommunala nivån kan syfta till att dels skapa en restriktiv lokal alkoholmiljö, t.ex. via en återhållsam policy ifråga om serveringstillstånd för alkohol, dels påverka människors inställning till alkohol och narkotika, t.ex. via undervisning och information. Sekundärprevention syftar till att upptäcka och åtgärda problem på ett tidigt stadium för att om möjligt förhindra en fortsatt negativ utveckling, medan tertiärprevention syftar till att lindra och om möjligt avhjälpa ("bota") en redan utvecklad, allvarigare problematik.

När vi talar om vård och behandling av missbruksproblem är det således sekundär- och tertiärpreventiva insatser vi avser. Skillnaden dem emellan är ibland inte helt klar, men kan grovt sett hänföras till dels målpopulationen, dels tidpunkten i en tänkt problemutvecklingsprocess (Institute of Medicine 1990; Bergmark och Oscarsson 1994a). Sekundärprevention riktar sig i allmänhet till "riskgrupper" eller "högkonsumenter" och syftar som nämnts ovan till att på ett tidigt stadium förebygga eller upptäcka och bryta en negativ utveckling. Tertiärprevention avser i allmänhet identifierade individuella missbrukare med en mer utvecklad, manifest problematik, och syftet är här att lindra eller

att om möjligt vända en fortsatt allvarligt problemutveckling såväl somatiskt som socialt.

Ett exempel på sekundärpreventiva insatser på den kommunala nivån är tidig upptäckt av alkoholrelaterade problem och begränsade öppenvårdsinsatser inom primärvården, t.ex. via s.k. screening med hjälp av S-GT-prov. Detta innebär att patienter med förhöjda S-GT värden informeras om det eventuella sambandet mellan dessa värden och en hög alkoholkonsumtion, erbjuds återbesök för ny provtagning, och eventuellt också begränsade insatser av psykoterapeutisk karaktär för att understödja en förändring av alkoholvanorna. Liknande begränsade insatser kan ske inom ramen för andra kommunala öppenvårdsverksamheter som alkoholorådgivning, socialmedicinska mottagningar och dylikt. Ett annat exempel på sekundärpreventiva insatser är åtgärder riktade mot alkoholintensiva miljöer och målgrupper som besökare och personal på barer och restauranger. Insatserna kan här gå ut på att utbilda personalen i att stävja en excessiv alkoholkonsumtion bland gästerna.

Tertiärpreventiva insatser avser det som vi traditionellt har betraktat som socialtjänstbaserad missbrukarvård, dvs. en mer eller mindre omfattande intervention i missbrukarens livssituation som kan innefatta såväl medicinska som sociala och psykoterapeutiska insatser, ibland under formellt eller informellt tvång.¹ Exempel på insatser är här farmakologisk behandling med antabus, dipsan eller metadonunderhållsbehandling, psykoterapeutiska och/eller arbetsinriktade öppenvårdsprogram och institutionsvård med olika inriktningar. Ibland förekommer kombinationer av insatser.

Den följande framställningen kommer att koncentreras kring insatser av sekundär- och tertiärpreventiv karaktär. Det finns två skäl till detta. Det första är den kommunala missbrukarvårdens koncentreringsinsatser riktade mot identifierade individuella missbrukare med en mer utvecklad, manifest problematik, under senare år kompletterat med insatser av mer sekundärpreventiv karaktär riktade till ”högkonsumenter” och klienter med en relativt god social situation. Det andra skälet är att det saknas underlagsmaterial i form av offentlig statistik, statliga utredningar och andra offentliga rapporter eller forskning för att här kunna beskriva och diskutera socialtjänstens förebyggande, primärpreventiva arbete.

¹ Med formellt tvång avses här vård enligt LVM, och med informellt olika former av mer eller mindre explicit villkorade åtgärder eller ”hot”, t.ex. sjukskrivningar i efterhand vid nykterhet, betalande av hyresskuld mot deltagande i behandlingsinsats, eller LVM-vård om inte frivillig insats accepteras.

2.1.3 Några generella reservationer gällande statistiken

Uppsatsen är ett försök att mot bakgrund av bl.a. officiell statistik, statliga utredningar och andra offentliga rapporter på området beskriva och kommentera utvecklingen inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet. Ett grundläggande problem för en sådan uppgift är att den officiella statistiken på området sedan länge uppvisar stora brister. Det gäller faktorer som täckningsgrad, uppgiftslämnare, bortfall, begrepp och definitioner, kontinuitet, kvalitetskontroll och jämförbarhet. Exempel på problem är:

Täckningsgrad: Den öppna missbrukarvården redovisas först fr.o.m. 1998 års statistik och de frivilliga organisationernas missbrukarvård finns inte med i statistiken.

Uppgiftslämnare: Över åren har uppgiftslämnarna avseende olika former av vård skiftat mellan kommunerna, institutionerna ("hem för vård och boende", HVB) och Statens Institutionsstyrelse (SIS). Inom en och samma kommun har också uppgiftslämnande enheter skiftat över tiden.

Bortfall: Bortfallet från kommuner och institutioner varierar över tid. Det gäller såväl det totala bortfallet av uppgifter från vissa kommuner, kommundelar och institutioner som internbortfallet avseende vissa uppgifter. Bortfallet kan hos vissa uppgiftslämnare också avse delkategorier av insatser eller resurser, t.ex. HVB av typ inackorderingshem eller härbärgen.

Begrepp och definitioner: Över tid har innebörden eller tolkningen av olika begrepp och definitioner förändrats. Detta gäller såväl individ- som insats- och ekonomiuppgifter. Olika statistikkällor kan också använda olika enheter eller mått för att beskriva samma typ av insats.

Kontinuitet: Se ovan.

Kvalitetskontroll: Viss kvalitetskontroll sker av de till SCB och Socialstyrelsen inlämnade uppgifterna. Uppgifter om vilken kvalitetskontroll som förekommer hos de olika uppgiftslämnarna saknas dock. Det kan likaså förekomma fel i centrala register över huvudmän eller andra uppgiftslämnare, vilket t.ex. kan påverka bortfallsanalyser. Exempel här är registrerade HVB som upphört eller ändrat målgrupp.

Jämförbarhet: Mot bakgrund av bl.a. ovanstående exempel på brister i den officiella statistiken är det svårt att göra jämförelser över tid och ibland också ifråga om tvärsnittsdata.

Den officiella statistiken på området bör således tolkas med stor försiktighet. Det gäller speciellt den frivilliga vården, dess platsantal, klienter och insatser, och vid jämförelser över tid.² En användning av statistiken bör helst ske mot bakgrund av andra kända förhållanden inom området och huvudsakligen koncentreras till trender i materialet. När statliga utredningar och andra offentliga rapporter bygger på den officiella statistiken bör också dessa bedömas på motsvarande sätt.

2.2 Missbrukarvården i Sverige – några institutionella ramar³

I ett internationellt perspektiv kännetecknas den svenska synen på insatser för vuxna missbrukare av att dels vara behandlings- i motsats till kontrollinriktad, dels i stor utsträckning förlagd utanför hälso- och sjukvården (Klingemann m.fl. 1992). Den regionala landstingskommunala hälso- och sjukvården ansvarar i allmänhet för insatser mot alkoholrelaterade somatiska och psykiatriska konsekvenser av missbruket samt för avgiftning. Mer eller mindre begränsade polikliniska medicinska och psykoterapeutiska behandlingsinsatser mot själva missbruket kan också förekomma. För merparten av de långsiktiga behandlings- och rehabiliteringsinsatserna faller dock huvudansvaret på kommunerna (Bruun 1971; Takala och Lehto 1992).

För vuxna missbrukare regleras detta kommunala ansvar i socialtjänstlagen (SoL) och i lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). När det gäller den socialtjänstbaserade missbrukarvården är det viktigt att särskilja det lagstadgade ansvaret från dels det ekonomiska ansvaret, dels det konkreta genomförandet av insatserna. Det lagstadgade kommunala ansvaret för missbrukarvården går tillbaka till 1913 års lag om behandling av alkoholister. Staten har dock hela tiden bidragit ekonomiskt, antingen direkt via statsbidrag till kommunerna genom att själv bedriva institutionsvård. När det gäller produktionen av vården, så har den under hela perioden av tradition också haft ett stort inslag av olika privata huvudmän, såsom religiösa samfund, stiftelser, föreningar, aktiebolag, m.fl. (se vidare Stenius 1999).

Frånsett behandling av alkoholrelaterade somatiska och psykiatriska problem inom ramen för hälso- och sjukvården är den svenska missbrukarvården således traditionellt förankrad i en decentraliserad, kommunal och därmed också i hög grad lekmannabaserad förvaltningstra-

² För exempel, se Bergmark & Oscarsson, 1994b.

³ Avsnittet bygger huvudsakligen på Bergmark & Oscarsson, 1994b.

dition – en tradition som söker förena offentligt ansvarstagande med lokalt engagemang och kännedom om närmiljön. Som en konsekvens av bl.a. detta har den kommunala missbrukarvården som ett av sina mest centrala karakteristiska kommit att konstitueras sig i form av ”ett professionellt fält utan professionella” (Bergmark och Oscarsson 1990). Beteckningen ska inte ses som en kvalitativ bedömning av insatserna inom området, utan som en karakterisering av dess professionella status och legitimitet. ”Socialtjänstbaserad missbrukarvård” är institutionaliserat som offentligt verksamhetsfält via bl.a. lagstiftning och statsbidrag. Men till skillnad mot exempelvis läkarnas ställning inom hälso- och sjukvården saknar det en exklusiv profession med såväl officiell som vardaglig legitimitet och status att föra dess talan.

En central konsekvens av detta förhållande är att den socialtjänstbaserade missbrukarvården som verksamhetsfält är svårt att styra och kontrollera såväl ur statlig förvaltningsmässig som professionell synvinkel. Innan SoL med dess ramlagskaraktär trädde i kraft var lagstiftningen på området i och för sig relativt direktiv till sin karaktär. Men genom den traditionella exekutiva förankringen i kommunala lekmananämnder gavs ändå stort utrymme för en lokalt differentierad tillämpning av lagstiftningen. Och genom frånvaron av en specifik profession med samhällelig legitimitet att företräda fältet, kunde detta förvaltningsmässiga spelrum inte balanseras eller modifieras av en professionellt definierad och prövbar yrkespraxis.

En konsekvens av detta är att vi inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården inte har någon motsvarighet till medicinens ”vetenskap och beprövad erfarenhet”, eller en etablerad yrkesetisk praxis. Förutom för medicinska insatser saknas det formella krav för de personer som utför behandlingsarbete inom socialtjänstens missbrukarvård. Tidigare studier har också visat att andelen personal med utbildning speciellt avsedd för missbrukarvård är låg inom såväl den slutna som öppna vården (Bjurner 1990; Socialstyrelsen 1988).⁴ Och om vi ser till metoder, teoretiska och empiriska utgångspunkter för behandlingsinsatser, så uppvisar området ett brett spektrum: Från ideologiska, religiösa och lekmanbaserade verksamheter över kvasiprofessionell verksamhet till insatser med stöd i internationell vetenskaplig litteratur (Bergmark och Oscarsson 1994a, b, e; Bergmark och Lundström 1998).

Socialtjänstlagens ramlagskaraktär, i kombination med den sedan 1998 inskränkta besvärsrätten gällande typ och omfattning av beviljad vård, ger kommunerna än större utrymme för lokala tolkningar och tillämpningar av den lagstadgade skyldigheten att erbjuda missbrukar-

⁴ Andelen personal med sådan utbildning kan dock ha ökat under 1990-talet p.g.a. ett större utbud av kurser och utbildningar inom området.

vård. Om vi idag kan se någon tendens i motsatt riktning så är det dels på statlig förvaltningsnivå, dels inom den akademiska utbildningen och vissa delar av praktiken.

Exempel på det förra är markeringar från Socialstyrelsen att man vill se ett tydligare klientperspektiv inom socialtjänstens verksamhet och ett mer kunskapsbaserat socialt arbete (Dagens Nyheter 1999-01-26: A4, 1999-10-06: A4; Wigzell och Pettersson 1999); att man med sjukvården som förebild vill ställa större krav på att socialtjänsten kan visa att de insatser som görs är till nytta för klienten. Ett annat exempel är att socialdepartementet inom ramen för Socialstyrelsens organisation har tillskapat CUS, Centrum för Utvärdering av Socialt arbete. Förebild är SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. CUS:s uppgift är att stödja utvecklingen av en välgrundad professionell kunskapsbas för socialt arbete genom att metoder och arbetssätt inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg så långt som möjligt ska bygga på "vetenskap och beprövad erfarenhet". Här finns således tydliga markeringar från statens sida att man vill se kommunernas förvaltningsmässiga ansvar för missbrukarvården, kompletterat med ett professionellt ansvar för val och genomförande av insatserna med hälso- och sjukvårdens evidensbaserade praktik som förebild.

Forskningsanknytningen av socionomutbildningen (tillskapandet av professurer i socialt arbete med tillhörande forskning och forskarutbildning) har vidare lett till att delar av utbildningen och forskningen på området intagit ett kritiskt granskande perspektiv visavi dagens praktik. Delar av kursutbudet inom socionomutbildningen har också fått en inriktning som stimulerar en mer evidensbaserad professionell yrkesidentitet. Och inom den socialtjänstbaserade specialiserade missbrukarvården finns exempel på metodutvecklingsarbete som dels inbegriper en systematisk och standardiserad dokumentation av klienterna med hjälp av etablerade beskrivningsinstrument, dels prövar metoder som har empiriskt stöd i litteraturen på området. En stor brist inom området är dock fortfarande olika former av kontrollerade studier av insatsernas effekter.

Den faktiska påverkan som dessa exempel kan ha på socialtjänstpraktiken ska inte överdrivas. De kan dock ses som konkreta markeringar från statligt håll om att den socialtjänstbaserade missbrukarvården bör få ett ökat inslag av effekt- och kvalitetssäkring på klientnivå. Något som kan bidra till en sådan utveckling är också kommunernas ansträngda ekonomi under 1990-talet, vilket kan stimulera ett effektivare resursutnyttjande.

2.3 Bedömning av missbruksutvecklingen under 1990-talet

Vi saknar i Sverige centrala register över antalet alkohol- och narkotikamissbrukare, varför det är svårt att uttala sig om såväl missbrukats omfattning vid en viss tidpunkt som över tiden. Vad vi har är framför allt olika statistiska uppgifter som kan ses som indikatorer på omfattningen och utvecklingen. Det gäller främst Systembolagets försäljningsstatistik, skol- och värnpliktsundersökningar, sjukvårds- och socialtjänststatistik, samt polis-, tull- och kriminalvårdsstatistik. Dessa uppgifter kan också jämföras med bedömningar av omfattningen och utvecklingen bland olika personalkategorier inom dessa områden. Sammantaget torde dessa källor ge ett relativt gott underlag för att kunna bedöma trender och tendenser inom missbruksutvecklingen, medan faktiska siffror bör bedömas med försiktighet och sättas i relation till såväl mättekniska problem, förändringar i statistik-/registerföring som förändringar i omvärldsfaktorer. Exempelvis påverkar omprioriteringar och resursförändringar inom polis, sjukvård och socialtjänst antalet registrerade indikatorer på missbruk utan att missbrukspopulationen i sig behöver ha förändrats. Detsamma kan gälla förändringar i olika personalkategoriernas kompetens och uppmärksamhet att registrera missbruk i samband med s.k. case finding-undersökningar. Nedan görs ett försök till en sammanfattande bedömning av utvecklingen under 1990-talet.⁵

2.3.1 Alkoholutvecklingen

Under 1980-talet stabiliserades eller sjönk en sedan länge uppåtgående trend i olika indikatorer på alkoholmissbruk. När det gäller Systembolagets försäljningssiffror har denna utveckling fortsatt under 1990-talet; försäljningen sjönk från 6,4 liter ren alkohol per invånare från 15 år till 5,8 liter 1998. Det finns inte heller några indikatorer på att det tunga alkoholmissbruket generellt har ökat, t.ex. i form av antalet levercirrhoser, dödsfall med alkoholdiagnos eller dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar. Dock har det skett vissa förskjutningar i alkoholkonsumtionen mellan olika grupper.

Inom den vuxna befolkningen visar kvinnorna, men inte männen, en svag ökning av veckokonsumtionen, samtidigt som det finns studier som tyder på att det inom gruppen kvinnor har skett såväl en utjämning

⁵ Sammanfattningen bygger på Folkhälsoinstitutet och CAN, 1999; Guttormsson, m.fl., 1999; Helmersson Bergmark, 1999; Lenke, 1999. För ytterligare referenser hänvisas till dessa författare.

som en fragmentisering av dryckesmönstren (Helmersson Bergmark 1999). Det har bland annat inneburit att andelen helnykterister bland yngre kvinnor ökar samtidigt som högkonsumenterna blir äldre och de kvinnor som dricker dricker mer idag än för ett par decennier sedan. Indikatorer på problemdrickande bland kvinnorna har också ökat.

Också inom ungdomsgruppen visar alkoholmissbruket en ökande trend under 1990-talet. Det gäller för såväl pojkar som flickor, och såväl den genomsnittliga årskonsumtionen som berusningsdrickande och andelen som regelbundet dricker större mängder alkohol per vecka. För flickorna har dock berusningsdrickandet minskat mellan 1995 och 1998. Här finns ett samband med en markant ökning av andelen alkohol som konsumeras på restaurang under de senaste decennierna (Lenke 1999). När det gäller berusningsdrickande inom ungdomsgruppen, så är detta betydligt vanligare bland ungdomar som saknar invandrarbakgrund.

2.3.2 Narkotikautvecklingen

Liksom på alkoholrådet var 1980-talet ett decennium som uppvisade en positiv, dvs. minskande trend i olika indikatorer på missbruk. Denna utveckling har dock brutits under 1990-talet. Såväl andelen ungdomar som någon gång provat narkotika som de som använt narkotika under senaste månaden har ökat, i det förra fallet från sex procent bland mönstrande 1992 till 16 procent 1998 och från cirka fyra procent bland eleverna i årskurs 9 i början av 1990-talet till nio procent för pojkarna och sex procent för flickorna 1998. Också andelen ungdomar som regelbundet använder narkotika har ökat under 1990-talet. Till skillnad mot vad som gäller berusningsdrickande är andelen ungdomar med invandrarbakgrund överrepresenterade när det gäller narkotikaanvändning. Andra faktorer som hör ihop med narkotikaerfarenhet är avsaknad av arbete eller studier (dessa faktorer torde i sin tur vara positivt korrelerade till invandrarbakgrund).

Angående det yngre missbruket har det genomförts två s.k. case finding-undersökningar i Sverige för att uppskatta antalet narkotikamissbrukare (undersökningarna är dock inte helt jämförbara). 1979 uppskattades antalet tunga narkotikamissbrukare till 10 - 14 000 och 1992 till 14 - 20 000. För närvarande pågår en ny case finding-studie inom det s.k. MAX-projektet (se Guttormsson m.fl. 1999).

Nyrekryteringen av yngre missbrukare tycks inte ha följt den nedgång i den generella konsumtionen av narkotika som fanns under 1980-talet. Det finns indikatorer för åldersgruppen under 25 år som antyder att nyrekryteringen har ökat under 1990-talet, även om detta bör tolkas

med en viss försiktighet. Det gäller bl.a. en utebliven förväntad nedgång i narkotikarelaterade dödsfall och istället en tendens till ökning, en ökning i antalet personer som vårdats inom den slutna sjukhusvården med narkomani-diagnos och med heroin som (huvud)preparat, en ökande andel mänstrade som prövat heroin, och ett ökande antal yngre misstänkta och lagförda för narkotikabrott. Till detta kommer mer eller mindre samstämmiga rapporter från olika berörda personalkategorier om ett ökande allvarligt narkotikamissbruk bland ungdomar. Det gäller bland annat att ungdomar idag prövar ett antal olika narkotiska preparat, däribland det i Sverige nyligen introducerade rökheroinet. Det tycks också framför allt vara bland socialt marginaliserade ungdomsgrupper som nyrekryteringen sker.

Samtidigt med denna tendens till nyrekrytering tycks det finnas en relativt stabil population etablerade tyngre narkotikamissbrukare. Detta indikeras bl.a. av en jämn ökning i antalet narkotikarelaterade dödsfall i gruppen äldre missbrukare, liksom av ett ökande antal misstänkta och lagförda för narkotikabrott och av stigande medelålder bland personer som slutenvårdas för narkomani. Det rör sig således om en mycket tung grupp missbrukare med ett ökande omsorgsbehov.

2.3.3 Sammanfattning

När det gäller alkoholutvecklingen finns det studier som pekar mot att det inom den vuxna befolkningen framför allt är kvinnorna som har ökat sitt problemdrickande. Man bör dock komma ihåg att männen svarar för den största andelen sett till såväl alkoholkonsumtion som indikatorer på problem. Inom ungdomsgruppen finns det flera indikatorer som pekar på en negativ utveckling under 1990-talet både vad gäller genomsnittskonsumtion och riskkonsumtion. Berusningsdrickande är betydligt vanligare bland ungdomar utan invandrarbakgrund.

Också när det gäller narkotikautvecklingen pekar tillgängliga data på en negativ utveckling under 1990-talet. Det gäller såväl andelen ungdomar som prövat narkotika som en nyrekrytering av socialt marginaliserade ungdomar till tyngre missbruk, samtidigt som det finns en kvarstående population äldre etablerade missbrukare med stigande genomsnittsålder och ökande omsorgsbehov. När det gäller narkotikaanvändning bland ungdomar är gruppen med invandrarbakgrund överrepresenterad.

2.4 Missbrukarvården under 1990-talet – nya förutsättningar

Under 1980-talet skedde flera förändringar inom missbrukarvården såväl som i det svenska samhället i stort, vilket skapade delvis nya förutsättningar för kommunernas genomförande av missbrukarvården. Detta avsnitt inleds med en översikt över några av de mest centrala av dessa förändringar, och därefter beskrivs hur dessa förändringar i kombination med framför allt den stats- och kommunalekonomiska krisen i slutet av 1980- och början av 1990-talet kom att påverka förutsättningarna för de kommunala verksamheterna under innevarande decennium.

2.4.1 1980-talet – politik och praktik⁶

Under 1980-talet skedde flera viktiga förändringar som berörde missbrukarvården lagstiftnings- och policymässigt, ekonomiskt och professionellt. Bland dessa kan nämnas socialtjänstlagens (SoL) tillkomst, prioritering av öppna vårdformer och nya målgrupper, ett förändrat politiskt-ideologiskt klimat i synen på välfärdsstaten, förändringar i statsbidragen till kommunerna, och introducerandet av nya behandlingsprogram.

När SoL trädde i kraft 1982 innebar det lagstiftningsmässigt en radikal förändring av förutsättningarna för den kommunala missbrukarvården. Den tidigare till sin karaktär direktiva nykterhetsvårdslagen (NvL) med tillhörande nykterhetsnämnder ersattes av en ramlag med stor frihet för kommunerna att själva utforma sina insatser. Narkomanvården, som inte reglerats av NvL, inkluderades också i SoL. Socialtjänsten skulle ses som en social service-resurs för medborgarna. Behovet av öppna vårdformer nära klientens hemmiljö lyftes fram liksom nya målgrupper för socialtjänstens insatser: ”problemdrickare” eller ”högkonsumenter”; dvs. klienter med en högre grad av social integration än nykterhetsvårdens ”utslagna” och ”avvikare” (Socialstyrelsen 1978:4, 1987:5; Reg prop 1979/80:1; Rosenqvist och Stenius 1986).

Under 1980-talet utvecklades också en politisk-ideologisk diskussion som ifrågasatte den traditionella svenska välfärdsmodellen. Bakgrunden var att de stora generella välfärdsprogrammen i stort var genomförda, barnomsorgen undantagen. Frågan blev hur den svenska välfärden nu skulle administreras och anpassas till omgivningens krav och till förändrade nationella och internationella förutsättningar. Mot socialdemokraternas traditionella mål att via en stark statsmakt och

⁶ Avsnittet bygger på Bergmark & Oscarsson, 1994b.

högskattepolitik garantera medborgarna ett homogent utbud av i huvudsak egenproducerad social service (avgiftsfritt eller till låga avgifter) ställdes de borgerliga partiernas (och då framför allt moderaternas) krav på skattesänkningar, decentralisering och privatisering av stora delar av välfärdssystemet (Olsson 1990). Via sänkta skatter skulle medborgarna själva finansiera köp av olika sociala tjänster på en marknad där offentliga och privata producenter konkurrerade med pris och kvalitet.

Under 1980-talet, och fortsatt under 1990-talet, har det också skett en decentralisering av delar av de offentliga tjänsterna från stat och landsting till kommunerna. Det gäller t.ex. skola, barn- och äldreomsorg. Denna rörelse från stat till kommun har inneburit minskad statlig styrning av verksamheterna och en större frihet för kommunerna att själva avgöra hur delar av samhällets tjänster inom välfärdssystemet ska förvaltas och produceras. Det har t.ex. skett genom en lagstiftning av ramlagskaraktär, genom att gå från produktionsbaserade och öronmärkta statsbidrag till mål- och resultatorienterade generella bidrag. Stat och kommun som dominerande producenter av tjänster har också kompletterats med ett ökande antal privata producenter, men finansieringen sker fortfarande i huvudsak via skattemedel.

Dessa olika förändringar i lagstiftning, statlig styrning och finansiering kom dock att ha en begränsad påverkan på missbrukarvården. Den offentliga missbrukarvården, och då framför allt institutionsvården, har under hela 1900-talet haft en betydande andel icke-offentliga vårdproducenter (Stenius 1999). De öppningar för olika privata producenter inom andra delar av den sociala servicesektorn som decentralisering, ramlagar och generella statsbidrag innebar förändrade således inte förutsättningarna inom missbrukarvården. De möjligheter som förändringarna skulle öppna upp för var redan för handen. Missbrukarvården var dock en av de första sociala servicesektorer där aktiebolag under slutet av 1980-talet kom att etableras som en ny form av juridisk huvudman för tjänsteproduktion (Stenius a.a.).

Men inte heller statens ambitioner att insatserna skulle gå mot öppnare vårdformer och att den offentliga missbrukarvården skulle omfatta nya, mindre socialt belastade klienter, tycks ha infriats i någon större utsträckning.⁷ Enligt vissa siffror minskade antalet öppna behandlings- och rådgivningsbyråer för alkoholmissbrukare under senare delen av 1980-talet (Socialstyrelsen 1991). Institutionsvården dominerade och vården koncentrerades fortfarande till tungt belastade missbrukare

⁷ Vilket bl.a. påpekats av Riksrevisionsverket, RRV F 1993:2. Bristerna i den officiella statistiken gör det dock svårt att följa utvecklingen.

(Blomquist 1996, 1998). Bakom detta torde det ligga flera orsaker (Bergmark och Oscarson 1994b):

En av orsakerna torde ha varit statsbidragssystemet till kommunernas missbrukarvård. Fram till 1986 utgick merparten av bidraget till institutionerna och resterande till de kommuner som haft kostnader för institutionsvård. Och även efter 1986 och en bit in på 1990-talet, då huvuddelen av statsbidraget utgick i form av ett generellt kommunbidrag, baserades bidragets storlek på kommunernas institutionsanvändning. Under större delen av 1980-talet stod också narkomanvården fortfarande i centrum för den offentliga diskussionen, och här sågs institutionsvård som det enda tänkbara alternativet (se t.ex. Ds S 1984:11). Statens satsning på finansiellt stöd till kommunerna i form av Offensiv narkomanvård (Reg prop 1985/86:171, 1987/88:79), som tillkom mot bakgrund av HIV-/AIDS-problemet, innebar visserligen en utbyggnad av den öppna narkomanvården i form av s.k. narkomanvårdsbaser, men också en utvidgning av institutionsvården (Socialstyrelsen 1993:1).

Också den s.k. Minnesotamodellens introduktion och snabba spridning i Sverige under slutet av 1980-talet påverkade praktiken (Stenius 1991). Med sitt fyra till fem veckors välstrukturerade institutionsprogram och sin professionella framtoning och marknadsföring gav behandlingsmodellen en positiv, optimistisk bild av den slutna alkoholvårdens möjligheter. Med de korta behandlingstiderna kunde kommunerna sänka sina kostnader per klient och vårdtillfälle utan att byta vårdform från institutions- till öppenvård.

Alla dessa tre faktorer understödde således direkt eller indirekt en fortsatt användning av institutionell missbrukarvård. Det kan också vara bra att påminna om att vi här talar om ett decennium innan den stats- och kommunalekonomiska krisen slagit igenom. SoLs införande, statsbidragen till kommunerna i samband med satsningarna mot HIV/AIDS och överhettade statsfinanser skapade i kombination med bl.a. avsaknaden av en såväl professionell som politisk kontroll av vårdens genomförande och resultat, en politisk och ekonomisk situation som kan beskrivas som ett ”producenternas paradiset” (Bergmark och Oscarsson 1994c): Mot bakgrund av ett till synes expanderande behov köpte kommunerna missbrukarvård av såväl offentliga som icke-offentliga vårdproducenter, i de flesta fall utan att ifrågasätta vare sig kostnader eller resultat.

2.4.2 1990-talet – ”marknadisering” och förnyelse⁸

För kommunernas del innebar 1980-talet således dels ett ökat ansvar för delar av välfärdssektorn genom en decentralisering av uppgifter från staten till kommunerna, dels en ökad frihet att genomföra dessa och andra uppgifter via generella statsbidrag. När den ekonomiska krisen slog igenom i slutet av 1980- och början av 1990-talet, minskade emellertid statsbidragen till kommunerna. Detta i kombination med det kommunala skattestoppet, växande arbetslöshet och vikande skatteunderlag, samt ökande kostnader för bl.a. socialbidrag och invandrare, ledde bl.a. till att kommunernas konsumtion sjönk för första gången under efterkrigstiden (Bergmark, 1997, Svenska Kommunförbundet, 1995, SOU 1996:169). Vi fick under 1990-talets första år en akut stats- och kommunalekonomisk kris som för kommunernas del inte kunde lösas på traditionellt vis via ökat skatteuttag eller ökade statsbidrag.

Om 1980-talets politisk-ideologiska klimat tillsammans med förändringar i lagstiftning och statsbidragssystem skapade delvis nya förutsättningar för kommunerna att bedriva missbrukarvård, så var det den försämrade ekonomiska situationen under slutet av 1980- och början av 1990-talet som ledde till att dessa förändringar också i praktiken fick genomslag i den kommunala förvaltningen (se t.ex. SOU 1993:73, Ds 1993:27, Bergmark och Oscarsson 1994b). Från en situation där staten och kommunen mer eller mindre haft monopol på produktionen av offentliga tjänster, fick vi under början av 1990-talet på den kommunala nivån en förvaltningsmässigt radikalt förändrad situation, som tog gestalt i form av en ”marknadisering” av bl.a. missbrukarvården.⁹ Andra faktorer som bidrog till förändringarna var den nya lagen om offentlig upphandling, EES-avtalet och det borgerliga regeringsövertagandet 1991 (Bergmark och Oscarsson 1994; SOU 1996:169).

Med begrepp som ”kostnadseffektivitet genom konkurrensutsättning” som mål och medel infördes nya kommunala förvaltnings- och organisationsformer, där s.k. beställar-/utförarorganisationer och köp-/säljssystem utgjorde grundmodellerna. Politikerna skulle ställa upp mål för den kommunala verksamheten och den offentliga servicen i form av budget och inriktning, vilket realiserades i form av beställningar av vissa offentliga tjänster till medborgarna. Dessa tjänster skulle sedan utföras av olika offentliga och icke-offentliga producenter. Beställningen kunde t.ex. ske via en central upphandling (”köp”) av tjänsten ifråga, med självständiga kommunala resultatenheter med eget budget-

⁸ Avsnittet bygger på Bergmark & Oscarsson 1998.

⁹ Förutom inom missbrukarvården skedde detta också inom den kommunala barn- och äldreomsorgen, skolan och den tekniska förvaltningen.

ansvar, ibland i konkurrens med icke-offentliga huvudmän, som producenter/säljare av tjänsten (SOU 1993:73; Ds 1993:27; Bergmark och Oscarsson 1998).

För kommunerna skulle detta innebära ett effektivt utnyttjande av de kommunala medlen. Samtidigt skulle det skapa möjligheter för kommunmedborgaren/"kunden" att, mot bakgrund av ett differentierat utbud av kommunala tjänster inom t.ex. skola och barnomsorg, göra individuella val. Detta var en av de centrala ideologiska ambitionerna i de borgerliga partiernas alternativ till socialdemokraternas system med det offentliga som huvudsaklig producent av en homogen, offentlig kommunal service.¹⁰

Förutom "marknadisering", differentiering och individualisering är också ideologisering, eller snarare avideologisering, ett kännetecken för utvecklingen inom den kommunala förvaltningen (SOU 1996:169). De stundtals skarpa motsättningarna i den politisk-ideologiska debatten på riksnivå brukar ibland ställas mot vad som framställs som ett gott samarbete mellan borgerliga och socialistiska partier när det gäller praktisk kommunalpolitik. Och på den kommunala nivån tycks det i den ekonomiska krisens spår ha skett en avideologisering också när det gäller förvaltning och produktion av kommunal verksamhet. Oberoende av politisk majoritet är idag en rad kommunala verksamheter inom skola, social service och teknisk förvaltning öppna för såväl offentliga som privata producenter, och olika grader eller former av "marknadisering" har införts. Samtidigt har olika mer eller mindre långtgående försök med en privatisering av de kommunala tjänsterna och med en uppdelning i beställar- och producentroller övergivits eller modifierats p.g.a. av uteblivna ekonomiska och/eller servicemässiga vinster (Stenius 1999).

2.4.3 Ekonomisering och retorik

I den offentliga debatten framställs 1990-talet som ett decennium som inneburit mer eller mindre radikala försämringar av resurserna inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Det har samtidigt varit svårt att få denna bild bekräftad i den officiella statistiken. Vad vi kan konstatera är att under senare hälften av 1980-talet och början av 1990-

¹⁰ I den offentliga politiska debatten var det inte välfärdsstaten som sådan som ifrågasattes från borgerligt håll, och inte behovet av att spara i de offentliga utgifterna från socialdemokratiskt, utan skillnaderna gällde synen på vilka konsekvenser sparbehovet skulle få för finansieringen och produktionen av olika välfärdstjänster (Palme 1994).

talet inträffade flera politisk-ideologiska och ekonomiska förändring som strukturellt innebar förändrade förutsättningar för den kommunala missbrukarvården. Vi kan också konstatera att det inom den kommunala förvaltningen skedde en omorientering ifråga om retorik och organisationsformer: De ekonomiska aspekterna av den kommunala verksamheten har kommit i fokus, och den hittillsvarande politiska retoriken i form av en ”marknadisering” av de kommunala tjänsterna har i viss mån omsatts i praktiken. Men frågan är om det ”bara” har rört sig om en ekonomisering av missbrukarvården – om en ”marknadens retorik” och vissa organisatoriska förändringar (Bergmark och Oscarsson 1994b). Vad som hittills inte har kunnat visas i statistik och forskning är ifall dessa förändringar också påverkat missbrukarvårdens struktur och innehåll eller resurser på ett mer märkbart sätt under 1990-talet.

2.5 Missbrukarvården under 1990-talet – statistik och studier

Nedan görs ett försök att sammanfatta missbrukarvårdens utveckling såsom den framträder i statistiken och i några studier. Som tidigare framhållits bör den officiella statistiken, och de utredningar m.m. som bygger på den, tolkas med stor försiktighet; olika uppgifter bör ställas mot varandra och med hänsyn till förändringar i statistikrutinerna och i omvärldsfaktorer. Med beaktande av detta bör statistiken i huvudsak ses som en indikator på trender under 1990-talet, men också som sådan tolkas varsamt. Speciellt den ekonomiska statistiken innehåller så pass stora osäkerhetsmarginaler vid jämförelser över tid att den här i huvudsak inte har använts.

För det senaste året som individ- och insatsstatistiken täcker, 1998, skedde flera större förändringar. Mätdagen för insatser en viss dag under året förändrades från 31/12 till 1/11, kommunerna istället för institutionerna är uppgiftslämnare för den frivilliga institutionsvården, och åldersgränsen för att inkluderas i denna vårdtyp höjdes från 18 till 21 år. Jämfört med tidigare års statistik torde den ändrade mätdagen innebära en ökning av antalet personer som är föremål för frivilliga insatser, medan den höjda åldersgränsen minskar antalet. I båda fallen ökar osäkerheten vid jämförelser över tid. Fr.o.m. 1998 ingår för första gången också öppenvården för missbrukare i den officiella statistiken.

Om inte annat anges så bygger siffrorna i det följande på SCBs och Socialstyrelsens statistik över Insatser för vuxna missbrukare 1990-1997, Socialstyrelsens Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1998 (Socialstyrelsen 1999a), Jämförelsetal för socialtjänsten

1990-1997, samt Socialstyrelsens Förteckning över hem för vård eller boende (HVB) och familjevårdsenheter.¹¹

2.5.1 Institutionsvårdens resurser

Det finns ingen löpande statistik för att följa utvecklingen av antalet hem, platsantal och målgrupper för vuxna missbrukare. Vad som finns är Socialstyrelsens årliga Förteckning över hem för vård eller boende (HVB) och familjevårdsenheter. Av de hem som i förteckningen riktar sig till vuxna personer tar cirka fem procent emot personer med andra sociala problem än missbruk. Den siffran har varit relativt konstant under 1990-talet och i avsaknad av annan statistik skulle förteckningen kunna ge en bild av utvecklingen bland institutionerna. Vi måste då hålla i minnet att siffrorna bara visar totala antalet institutioner, platser och huvudmän och t.ex. inte fördelningen mellan HVB som erbjuder behandlingsinsatser och sådana som enbart erbjuder boende. Bortfallets storlek varierar också över åren och är för vissa år dessutom svårt att beräkna då baspopulationens storlek skiftar mellan olika källor. Det finns också studier som antyder att en del av de institutioner som enligt förteckningen tar emot missbrukare i praktiken inte gör detta.¹² Siffrorna bör således tolkas med mycket stor försiktighet och enbart som en grov indikation på trender i utvecklingen av antalet institutioner, platser och huvudmän.

Antalet platser och institutioner inom den frivilliga vården¹³ steg under början av 1990-talet för att efter 1994 visa en sjunkande trend. År 1990 fanns totalt 346 institutioner med 6 552 platser, 1994 381 institutioner med 6 771 platser och 1999 307 institutioner med 5 526 platser. Motsvarande siffror för tvångsvården är 31 institutioner med 1 122 platser 1990, 25 institutioner med 954 platser 1994 och 15 institutioner med 346 platser 1999. Här finns således en fallande trend under hela 1990-talet.

Om vi ser till antalet institutioner och platser fördelade över huvudmän så har det skett stora förändringar under 1990-talet. Av tabell 1 nedan framgår att antalet stiftelsedrivna platser nästan har halverats och att antalet platser med kommuner och landsting som huvudmän har

¹¹ Jag vill tacka Annika Puide, Socialstyrelsen, för att hon givit mig tillgång till den sammanställning av den officiella statistiken som hon utarbetat åt kommittén Valfärdsbokslut på Socialstyrelsens uppdrag (Socialstyrelsen 1999b).

¹² Enligt Bergmark & Oscarsson (1994) erbjöd 15 procent av HVB-hemmen för vuxna missbrukare 1994 enbart boende och 7 procent var felklassificerade, dvs. tog i realiteten inte emot missbrukare. Motsvarande studier för andra år saknas.

¹³ Av antalet institutioner riktar sig cirka fem procent till icke-missbrukare.

minskat med cirka 20 procent. Antalet platser drivna av privata huvudmän har samtidigt ökat med cirka 70 procent. Inom den volymmässigt relativt begränsade LVM-vården har antalet institutioner halverats och antalet platser sjunkit med cirka 70 procent. Sett till olika huvudmäns andel av platsantalet (exklusive LVM-vården) så har landsting och kommuner minskat sin andel mellan 1990 och 1999 från 37 till 34 procent, stiftelser från 45 till 29 procent, medan privata huvudmän har ökat sin från 18 till 37 procent. Privata huvudmän har idag således en större "marknadsandel" än såväl stiftelser som offentliga vårdgivare.

En genomgång av behandlingsinriktade HVB-hem för alkoholmissbrukare byggd på Socialstyrelsens Förteckning över hem för vård eller boende (HVB) och familjevårdsenheter bekräftar bilden (Stenius 1999). År 1990 fanns 269 hem med totalt 6 105 platser. 1997 var motsvarande siffror 242 enheter med 4 598 platser. Om vi också inkluderar olika former av skyddat boende fanns det 7 501 platser 1990 och 6 163 1997. Det konstateras att det skett en förskjutning under slutet av 1980-talet och under 1990-talet från statligt, kommunalt, och landstingskommunalt drivna institutioner mot främst privat drivna. Om man beaktar olika former av skyddat boende har dock andelen kommundrivna hem inte sjunkit så mycket som om man bara ser till dem med behandlingsinriktning. En allt större andel av kommunernas institutionsvård består alltså av olika former av skyddat boende.

Studier från 1994 (Socialstyrelsen 1996:3) och 1996 (Socialstyrelsen 1998:3) ger en likartad bild. År 1994 var fördelningen mellan platser av vård- och behandlingskaraktär respektive boende inom HVB 66 procent respektive 33 procent. I undersökningen från 1996 var motsvarande siffror 57 procent respektive 43 procent, dvs. andelen resurser i form av vård- och behandling har minskat inom den slutna vården (inkluderande olika former av skyddat boende).

Tabell 1. Hem för vård och boende (HVB). Antal institutioner och platser för vuxna 1990, 1994 och 1999, efter huvudman

Huvudman	1990	1994	1999
Kommuner och landsting			
antal institutioner	142	120	88
antal platser	2 428	2 268	1 875
Statens institutionsstyrelse (LVM)			
antal institutioner	31	25	15
antal platser	1 122	954	346
Stiftelser			
antal institutioner	122	110	80
antal platser	2 931	2 319	1 598
Privat			
antal institutioner	82	151	139
antal platser	1 193	2 084	2 053

Källa: Socialstyrelsen 1999b.

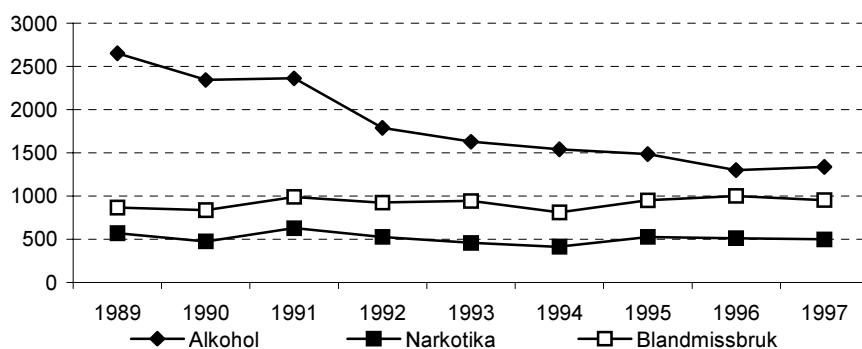
2.5.2 Institutionsvårdens klienter

Av diagram 1 nedan framgår att antalet narkotika- och blandmissbrukare inom den frivilliga institutionsvården har varit relativt konstant under åren 1990 till 1997.¹⁴ Antalet alkoholmissbrukare har däremot minskat kraftigt under samma period, vilket lett till att de 1997 utgör mindre än hälften av den vårdade populationen. Ansökningarna till länsrätterna om beredande av vård enligt LVM visar en liknande utveckling (diagram 2 nedan). Medan antalet narkotikamissbrukare har varit oförändrat, har antalet alkoholmissbrukare minskat kraftigt. Också här utgör alkoholmissbrukarna nu mindre än hälften av populationen. Andelen narkotikamissbrukare är betydligt större inom LVM-vården än inom den frivilliga institutionsvården, medan andelen blandmissbrukare är större i den senare.

Mellan 55 och 60 procent av de intagna inom institutionsvården har under hela perioden varit mellan 30 till 49 år, de frivilligt intagna kvinnorna i genomsnitt något äldre än männen. Andelen utländska medborgare har också legat konstant på cirka 10 procent under perioden, medan andelen intagna utan barn sjunkit från 86 procent 1990 till 73 procent 1997.

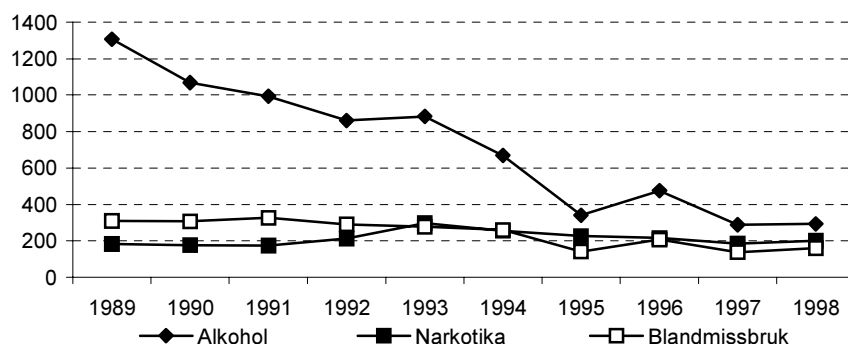
¹⁴ Uppgifter saknas för 1998.

Diagram 1. Antal intagna på HVB 31/12 enligt SoL, efter typ av missbruk 1989-1997. (statistik saknas fr.o.m. 1998)¹⁵



Källa: Socialstyrelsen 1999b.

Diagram 2. Ansökningar till länsrätten om beredande av vård enl LVM, efter typ av missbruk 1989-1998¹⁶



Källa: SCBs och Socialstyrelsens statistik över insatser för vuxna missbrukare 1990-1997 och Socialstyrelsens vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1998.

Det saknas statistik och studier för att ge en säkrare bild av institutionsvårdens klienter sett till grad av social förankring. Några studier från första hälften av 1990-talet (Socialstyrelsen 1996:3; Blomquist, 1996) pekar mot att mer socialt integrerade alkoholmissbrukare i högre utsträckning hänvisas till öppenvård istället för institutionsvård. Det samma gäller mer gravt socialt utslagna missbrukare, men här sker hänvisningen mot olika omvårdnadsalternativ (t.ex. skyddat boende i form av träningslägenheter) i hemmakommunen istället för inackorderingshem eller tvångsvård. Narkotika- och blandmissbrukare tycks dock få institutionsvård i ungefär lika stor utsträckning som tidigare.

¹⁵ Exklusive missbruk av lösningsmedel som varierar mellan 1-6 fall per år.

¹⁶ Exklusive missbruk av lösningsmedel som varierar mellan 1-16 fall per år.

2.5.3 Institutionsvårdens insatser

Antalet personer som under åren 1990 till 1998 var föremål för insatser inom den slutna missbrukarvården en viss dag (31/12 1990-1997, 1/11 1998) framgår av tabell 2 nedan.

Tabell 2. Antal missbrukare i institutionsvård (HVB) den 31 december 1990-1997 och den 1 november 1998

År	Tvångsintagna	Frivilligt intagna	Totalt
1990	708	3 794	4 502
1991	753	4 168	4 921
1992	651	3 403	4 054
1993	577	3 207	3 784
1994	575	2 996	3 571
1995	479	3 251	3 730
1996	336	3 047	3 383
1997	304	2 996	3 300
1998	393 ¹⁷	3 188 ⁱ	3 581

ⁱ Dessa siffror är inte helt jämförbara med övriga eftersom vuxen 1998 definieras som 21 år och äldre. Tidigare definierades vuxen som 18 år och äldre. Den ändrade mät dagen gör också att siffrorna bör jämföras med viss försiktighet.

Källa: Socialstyrelsens statistik. Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1998.

Som vi kan se av tabell 2 sjönk antalet personer inom den frivilliga vården markant under åren 1992 till 1994, men har sedan stabiliserats till runt 3 000 personer. Tvångsvården uppvisar en längre nedåtgående trend från 1992 t.o.m. 1997, som medfört en minskning av antalet personer med cirka 60 procent, från 753 st 1991 till 304 1997. Statistiken för 1998 visar en markant uppgång. Vid en närmare kontroll av siffrorna har detta dock visat sig felaktigt och den minskande trenden har istället fortsatt (se not 17).¹⁸

Ett annat, men osäkrare statistiskt mått på den slutna missbrukarvårdens omfattning är antalet utskrivningar från HVB under åren 1990 till 1997.¹⁹ Ett känt problem med denna statistik har varit att inkludandet av HVB med mycket korta vårdtider och samtidigt ett stort antal

¹⁷ Uppgiften har vid kontroll med SIS och SCB visat sig felaktig p.g.a. mättekniska orsaker. Den korrekta siffran torde preliminärt vara 274 för 1998. För 1999 är motsvarande preliminära siffra 257.

¹⁸ Siffran är således ett exempel på vissa av de brister som belastar den officiella statistiken (se avsnittet "Några generella reservationer gällande statistiken" i inledningen).

¹⁹ Fr.o.m. 1998 års statistik saknas den senare uppgiften.

insatser, typ härbärgen och andra former av skyddat boende, har varierat starkt under åren och därmed också de inrapporterade uppgifterna om det totala antalet utskrivningar från frivilliga HVB. Inom tvångsvården har andelen ”omedelbara omhändertaganden” ökat kraftigt under 1990-talet – en insatsform som också i många fall är kopplad till korta behandlingstider. I tabell 3 nedan har därför utskrivningar med kortare vårdtider än 30 dagar uteslutits.

Jämfört med tabell 1 får vi då en något annorlunda bild av utvecklingen. Tvångsvården uppvisar fortfarande en markant om än inte lika stark minskning. Liksom ifråga om antalet intagna den 31/12 uppvisar den frivilliga vården en markant nedgång under åren 1991 till 1994, men däremot vänder sedan utvecklingen och antalet utskrivningar 1996 och 1997 är högre än i början av 1990-talet.

Tabell 3. Antal utskrivningar från HVB-vård enligt SoL och LVM, 1990-1997. Vårdtider 30 dagar eller mer

År	LVM	SoL	Totalt
1990	1 263	9 211	10 474
1991	1 164	8 894	10 058
1992	1 188	7 215	8 403
1993	1 202	6 445	7 647
1994	1 236	6 236	7 472
1995	969	6 680	7 649
1996	834	10 344	11 178
1997	644	9 922	10 566

Källa: Socialstyrelsen, 1991-1998.

Med reservation för tillförlitligheten i utskrivningsstatistiken skulle en möjlig (del)förklaring till de två olika bilderna kunna vara vårdtidens längd. Om den genomsnittliga vårdtiden minskar, men det totala antalet personer som vårdats under viss tid är oförändrat, kommer också antalet individer som är föremål för insatser en viss dag att minska. Hypotetiskt kan vi således tänka oss att antalet personer som totalt vårdats under ett år och antalet utskrivningar under samma period är oförändrat eller t.o.m. har ökat över tid, trots att antalet vårdade en viss dag minskat. Statistiken för tvångsvården visar att antalet vård dagar sjunkit från i genomsnitt 150 dagar år 1990 till 124 dagar år 1997. Före 1998 saknas motsvarande statistik för den frivilliga institutionsvården, där vi bara har aggregerade och klassindelade data.²⁰ I 1998 års statistik är det genomsnittliga antalet vård dagar per person 102 inom den frivilliga institutionsvården. En möjlig jämförelsepunkt är en studie från 1996

²⁰ Fr.o.m. 1998 års statistik finns genomsnittligt antal vård dagar per person redovisat.

som anger 146 dagar (Socialstyrelsen 1998:3). En försiktig tolkning av tillgängliga uppgifter är att andelen korta vårdtider har ökat inom den frivilliga institutionsvården (SCBs och Socialstyrelsens statistik över Insatser för vuxna missbrukare 1990-1997; Socialstyrelsen 1998:3; Socialstyrelsen 1999b).

Ytterligare en indikator på den frivilliga institutionsvårdens utveckling är kommunernas kostnader för vården. Det saknas tillförlitlig löpande statistik för att följa kostnadsutvecklingen, men för åren 1993, 1994 och 1996 finns sådana framtagna (Socialstyrelsen 1998:3). Siffrorna som redovisas i tabell 4 nedan visar att kommunernas bruttokostnader för missbrukarvården totalt i stort legat still och detsamma gäller institutions- och familjehemsvårdens kostnader.²¹

Tabell 4. Kommunernas kostnader²² för missbrukarvård 1993, 1994, 1996 i miljoner kr (fasta priser med 1993 som basår)

	1993	1994	1996
Öppenvård	370	431	401
Institutionsvård	1 325	1 332	1 285
Skyddat boende	360	397	403
Bidrag till friv.org	95	82	67
Övriga kostnader	210	223	240
Totalt	2 360	2 467	2 396

Källa: Socialstyrelsen, 1998:3.

Bortsett från en markant nedgång avseende antal intagna och också en nedgång i det genomsnittliga antalet vård dagar inom LVM-vården, är det således svårt att utifrån tillgänglig statistik dra säkrare slutsatser om den frivilliga institutionsvårdens utveckling under 1990-talet. Den mest säkra statistiken, antalet intagna viss dag, pekar på ett minskat institutionsutnyttjande. Mer osäkra utskrivningsdata pekar på en nedgång i mitten av 1990-talet följt av en uppgång 1996 och 1997. Uppgifter om kommunernas kostnad för institutionsvården från mitten av 1990-talet, antyder inte att institutionsvården minskat. Vidare är det troligt att andelen kortare vårdtider har ökat inom institutionsvården, vilket påverkar tolkningen av siffrorna.

²¹ Familjehemsvården svarar för en mycket liten andel av dessa kostnader, 1996 4 procent.

²² Med kostnader avses här samtliga driftskostnader inklusive exempelvis lokaler, personal och kapital.

2.5.4 Öppenvården

Öppenvården ingår fr.o.m. 1998 för första gången i den officiella statistiken. I tabell 5 nedan är öppenvårdens insatser indelade i kategorierna ”strukturerad öppenvård”, som avser klienter inskrivna i ”individuellt målinriktad, regelbunden och tidsbegränsad dagvård enligt § 6 SoL” (Socialstyrelsen 1999a). Förutom vård och behandling kan insatserna avse arbete och utbildning; bistånd enligt § 6 SoL ”som avser boende” och som omfattar olika former av skyddat boende utanför HVB-formen, t.ex. inackorderingshem, härbärke, försöks- och träningslägenhet; och ”övrig öppenvård” enligt § 6 SoL i form av personligt stöd och behandling och övriga former av stödinsatser, t.ex. kontaktperson enligt § 10 SoL.

Som framgår av tabell 5 är sett till antalet individer som erhåller bistånd en viss dag (1/11) övrig öppenvård den dominerande insatsen både inom öppenvården och inom missbrukarvården totalt. Därefter följer bistånd avseende boende och strukturerad öppenvård. Också om vi ser till antalet personer och insatser/inskrivningar totalt under 1998 (tabell 6 nedan) så dominerar övrig öppenvård. Bistånd avseende boende står dock för det största antalet vård dagar/vårddygn under året. Det kan vara intressant att notera att det genomsnittliga antalet vård dagar per person är ungefär detsamma inom den strukturerade öppenvården och den frivilliga institutionsvården, 97 respektive 102.

Tabell 5. Missbrukarvård 1998: Antal personer i vård den 1 november efter typ av insats.

Strukturerad öppenvård ⁱ	3 404
Bistånd som avser boende ⁱ	4 806
Övrig öppenvård ⁱⁱ	8 508
Frivillig institutionsvård ⁱⁱⁱ	3 188
Tvångsvård på institution	392

ⁱ Uppgifter saknas för 16 kommuner. Korrigering för bortfallet ingår i ovan redovisade värden. ⁱⁱ Uppgifter saknas för 15 kommuner. ⁱⁱⁱ Uppgifter saknas för 10 kommuner.

Källa: Socialstyrelsen 1999a.

Tabell 6. Missbrukarvård 1998: Antal personer, antal insatser/inskrivningar, beviljade vård dagar/vårddygn och genomsnittlig beviljad vårdtid under året efter typ av insatsⁱ

Typ av insats	Antal personer	Antal insatser/inskrivningar	Antal vård dagar/vårddygn	Genomsnittligt antal vård dagar/person
Strukturerad öppenvård	6 688	7 673	646 068	97
Bistånd som avser boende	9 455	12 700	1 694 582	179
Övrig öppenvård med stöd av SoL	13 613	16 759		
Frivillig institutionsvård	8 667	10 420	883 584	102

ⁱ Uppgifter saknas för 41 kommuner. Korrigering för bortfallet ingår i ovan redovisade värden.

Källa: Socialstyrelsen 1999a.

Då öppenvården kom med i den officiella statistiken först fr.o.m. 1998 kan den inte ge en bild av utvecklingen under 1990-talet. Det finns dock några studier som kan tjäna som stödjepunkter för en diskussion av utvecklingen.

En enkätundersökning avseende den öppna alkoholvårdens klienter, insatser och resurser 1991 visar att vården nådde drygt 58 000 individer och hade närmare 900 000 besök under året (Socialstyrelsen 1994:7). Kvinnornas andel var cirka 22 procent, och mer än hälften av klienterna var i åldrarna 30-50 år. Drygt var fjärde besökare var förstagsbesökare och 57 procent bedömdes som socialt förankrade. Rådgivande, motiverande och behandlande samtal är de vanligaste insatserna som erbjuds, men även grupp- anhängarbete och medicinsk verksamhet är relativt frekvent förekommande. 39 procent anger att de har strukturerade behandlingsprogram. Av de 310 enheter som ingår i studien är 66 procent offentligt drivna, 29 procent har en organisation och fyra procent en privat huvudman. Samarbetet mellan olika huvudmän och insatsers bedöms ha stora brister.

En enkätundersökning 1994 visar på en relativ stabilitet i öppenvårdens insatser (Socialstyrelsen 1996:3). De 260 ingående enheterna rapporterar 48 000 besökare under året. Medeltalet besök per enhet 1991 var 3 365 och antalet klienter 201; 1994 var motsvarande siffror 3 790 besök och 184 klienter. Undersökningarna är dock inte helt jämförbara och siffrorna får tolkas försiktigt. Också i denna studie bedömdes en stor andel av klienterna vara socialt förankrade, närmare 50 procent.

I en senare studie av resurser och insatser inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården (Socialstyrelsen 1998:3) konstateras att öp-

penvårdsresurserna troligen har byggts ut sedan undersökningen 1994. Platsantalet inom öppenvården i form av behandling, arbetsträning och skyddat boende är något mer omfattande än platsantalet i form av HVB-hem. Man konstaterar också att fördelningen mellan platser av vård- och behandlingskaraktär respektive boende är ungefär desamma inom öppenvården som inom HVB, 57 procent respektive 43 procent. I undersökningen från 1994 var motsvarande siffror inom institutionsvården 66 procent respektive 33 procent, dvs. andelen resurser i form av vård- och behandling har minskat inom den slutna vården (inkluderande olika former av skyddat boende). Här redovisas också antalet vårddygn/vårddagar per person 1996. Om vi jämför dessa siffror med 1998 års statistik ökar antalet dagar/dygn inom strukturerad öppenvård från 76 till 97 och inom skyddat boende från 153 till 179.

Om vi p.g.a. avsaknaden av annan tillförlitlig statistik rörande kommunernas kostnader för missbrukarvården vågar oss på en jämförelse av antalet insatser och vård dagar/vård dygn enligt tabell 6 med kommunernas kostnader för missbrukarvården 1996 enligt tabell 4 (observera att jämförelsen avser olika år) kan vi se att skyddat boende svarar för cirka 17 procent av bruttokostnaderna. Det är därmed en relativt billig insatsform för kommunerna sett till det stora antalet insatser och vård dagar. Den tyngsta kostnadsposten står institutionsvården för, drygt 50 procent av kostnaderna.

2.5.5 Insatser för vissa grupper

När det gäller vissa grupper av missbrukare så har bl.a. kvinnor, gravida missbrukare och missbrukande föräldrar, invandrare, tyngre, socialt utslagna missbrukare och psykiskt störda missbrukare uppmärksamats under 1990-talet. För flera av dessa grupper finns det dock fortfarande betydande kunskapsluckor, och erfarenheterna av insatser är ofta begränsade till lokala och/eller projektbaserade initiativ. Generellt tyder erfarenheterna dels på svårigheter att nå och erbjuda insatser som uppfattas som attraktiva t.ex. för invandrare med missbruksproblem, dels på organisatoriska och samarbetsmässiga svårigheter mellan exempelvis socialtjänst och sjukvård när det gäller gravida, föräldrar eller psykiskt störda missbrukare (se vidare Socialstyrelsen 1993:6; Socialstyrelsen och SCB 1993; Socialstyrelsen 1994; Socialstyrelsen 1995:6; Socialstyrelsen 1996:3; Socialstyrelsen 1997:13; Socialstyrelsen 1998a; Socialstyrelsen 1998:3; Socialstyrelsen 1999:1).

Andelen kvinnliga missbrukare inom den frivilliga institutionsvården ligger på cirka 20 procent under hela perioden, medan den fram till 1997 fördubblats inom LVM-vården och uppgick till nästan 40 procent.

1998 sjönk andelen till 35 procent. Som så ofta inom missbrukarvården torde det ligga flera orsaker bakom denna utveckling. Tre som kan nämnas är den ökande alkoholkonsumtionen och indikatorer på problemdrickande bland de kvinnor som dricker alkohol, de stats-, lands- och kommunalekonomiska åtstramningarna under 1990-talet som bl.a. drabbat kvinnoyrkena hårt, samt psykiatrireformen och de problem den inneburit vid byte av huvudman och fortsatt satsning på öppna vård- och omsorgsformer. Samtliga dessa tre faktorer kan ha bidragit till att fler kvinnor än tidigare p.g.a. en kombination av missbruksmönster, socio-ekonomisk utsatthet och brister i andra omhändertagandeformer blivit föremål för LVM-vård. Skillnader i synen på mäns och kvinnors utsatthet kan också ha betydelse när det gäller samhällets benägenhet att vidta åtgärder i en (ekonomisk) prioriteringssituation.

Ett område där bl.a. den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens insatser och de speciella statliga och kommunala satsningarna inom ramen för vad som kallats Offensiv narkomanvård (Socialstyrelsen 1993:1; Socialstyrelsen 1998b) torde ha haft en positiv effekt är HIV/AIDS-spridningen bland injektionsnarkomaner. Från en topp vid mitten av 1980-talet har antalet nydiagnosticerade fall sjunkit markant och stabiliserats på en mycket låg nivå (Folkhälsoinstitutet och CAN 1999). Det innebär att riskerna för en HIV-epidemi bland injektionsnarkomaner f.n. anses vara under kontroll (Socialstyrelsen 1998b).²³

2.6 Behandlingsmetoder och behandlingseffekter

2.6.1 Inledning

Att beskriva och analysera statusen avseende behandlingsmetoder och behandlingseffekter inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården är svårt av ett grundläggande skäl: vi saknar i stort empiriskt grundade kunskaper. Vad vi har är några kartlägningsstudier kring behandling-utbudet, medan vi på effektsidan i stort saknar kunskaper om insatsernas resultat. När det gäller behandlingsmetoderna har vi de nominella beteckningarna (t.ex. ”psykodynamiskt arbete”, ”nätverksarbete”, ”tolvstegsprogram” och ”systemteoretiskt arbete”). Däremot vet vi

²³ Förutom insatser inom missbrukarvården har faktorer som antalet missbrukare och missbruksmönster, regionala skillnader i dessa faktorer, samt missbrukarkulturens relation till vård- och normalsamhället betydelse för smittspridningen.

mycket lite om såväl det konkreta innehållet i dessa metoder/arbetsätt som kvalitativa och kvantitativa sidor av genomförandet. Vi vet inte heller hur pass god överensstämmelsen sett till innehåll, kvalitet och kvantitet är mellan olika konkreta program med samma beteckning (se t.ex. Bergmark och Oscarsson 1994d). När det gäller den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens effekter så saknar vi aktuella översikter. Det främsta skälet torde vara bristen på effektstudier. Ett annat kan vara att mycket av den utvärderings- och behandlingsforskning som bedrivs inom socialtjänsten är av lokal FoU-karaktär och publiceras på ett sätt som inte gör den lätt tillgänglig för nationella översiktsarbeten, s.k. ”grå litteratur”.

Om vi ser till den internationella behandlingsforskningen så är utgångsläget för en beskrivning och analys av fältets status bättre. Dels utgörs insatserna i allt större utsträckning av s.k. manualbaserade metoder, dvs. mer eller mindre standardiserade insatser som ska genomföras på ett dokumenterat sätt, dels publiceras numera kontinuerligt effektstudier av olika behandlingsmetoder liksom forskningsöversikter. När det gäller att dra mer substantiella slutsatser från dessa arbeten finns dock en rad svårigheter, såväl generellt som i förhållande till den socialtjänstbaserade missbrukarvården (Bergmark och Oscarsson 1993; Bergmark 1999). Generellt gäller det t.ex. terminologiproblem och tendenser till övergeneraliseringar av olika resultat eller att vissa behandlingsmetoder/modeller är mer beforskade än andra. Det kan också röra sig om att vissa forskare och kliniker har en speciell relation till den praktik som utvärderas eller forskningsöversikten avser, eller att vissa kunskapsöversikter har grundläggande brister i kvaliteten när det gäller faktorer som urval av ingående studier och bedömning av deras validitet.

Om vi ser till den internationella forskningen i förhållande till den socialtjänstbaserade missbrukarvården så måste man beakta såväl populationsfaktorer som metod- och professionsmässiga, organisatoriska och vårdpolitiska samt strukturella faktorer på samhällsnivå. Hänsyn måste även tas till följande faktorer: likheter och skillnader mellan de olika missbrukargrupper eller typer som internationella studier täcker och motsvarande populationer inom och utanför socialtjänstens verksamhet; till de metoder och andra insatser som utvärderas internationellt och som idag tillämpas inom socialtjänsten; inom vilka professionella och organisatoriska kontext insatserna bedrivs (t.ex. medicinskt-psykiatriskt eller socialpolitiskt-samhälls-/beteendevetenskapligt); om verksamheten bedrivs och finansieras offentligt eller privat och olika kopplingar till lagstiftning och politiska intentioner; samt slutligen olika insatsers förhållande till vissa strukturella faktorer som villkoren på arbets- och bostadsmarknaden. Med tanke på den ökande mängden in-

ternationell forskning på området är det mycket angeläget att dessa frågor analyseras.

2.6.2 Behandlingsmodeller och metoder

Den kunskap vi har om vilka behandlingsmetoder, modeller och ideologier som förekommer inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården bygger på ett antal kartläggningsstudier. När det gäller institutionsvården visar en rikstäckande enkätundersökning från 1989 att "miljöterapi", Minnesota-/tolvstegsprogram (som utgår ifrån Alcoholics Anonymous, AA:s, tolv steg) samt Transaktionsanalys (TA) och andra förståelseinriktade terapiformer dominerar utbudet (Bergmark och Oscarsson 1994a). I en studie av Stockholms kommuns och landstings institutionsvård för missbrukare 1989 dominerar också ett AA-baserad synsätt, här tillsammans med ett psykodynamiskt och/eller humanistiskt och ett pedagogiskt (Blomqvist 1991). I en senare nationell studie från 1994 avseende institutioner för alkoholmissbrukare (Bergmark och Oscarsson 1994e) dominerar Minnesota-modellen fortfarande tillsammans med miljöterapi, psykodynamisk och socialpedagogisk inriktning.

En nationell kartläggning från 1999 av bl.a. behandlingsmodeller och behandlingstekniker inom missbrukarvården genomförd av Socialstyrelsen visar att Minnesota-/tolvstegsbehandling och en socialpedagogisk inriktning fortfarande tillhör de mer frekvent förekommande bärande inslagen i behandlingsarbetet inom den socialtjänstbaserade slutna missbrukarvården. De klart dominerande är dock social färdighetsträning och jagstärkande psykoterapi/stödterapi.²⁴ Beteendeterapi, kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk insiktsterapi och lösningsfokuserad terapi förekommer också frekvent när det gäller inslag som tillämpas i viss mån, liksom identitetsterapi, motivationsinriktad terapi och konfrontativ intervention. Också i denna kategori förekommer jagstärkande psykoterapi/stödterapi, social färdighetsträning och socialpedagogisk ansvarsmodell.

När det gäller öppenvården återfinns i Stockholmsundersökningen (Blomqvist a.a.) också Minnesota-modellen, psykodynamiska och pedagogiska utgångspunkter för verksamheterna. En nationell enkät till den öppna alkoholvården 1992 (Socialstyrelsen 1994:7) uppvisar också en dominans av Minnesota-modellen, tillsammans med en psykodynamisk

²⁴ Jag vill tacka Roger Holmberg på Socialstyrelsen för att ha kommunicerat vissa preliminära data från den s.k. IKB 1999-kartläggningen som underlag för detta avsnitt.

grund. I en nationell enkät till specialiserade öppenvårdsmottagningar för missbrukare 1994 (Socialstyrelsen 1996:3) dominerar psykodynamiskt inriktad terapi. Andra vanliga metoder är Minnesotamodellen, lösningsfokuserad terapi, nätverksterapi och kognitiv terapi. I en nationell studie från samma år (Bergmark och Oscarsson 1994b) där kommunerna tillfrågats vilka behandlingsmetoder eller ideologier som de prioriterar inom öppenvården dominerar AA/Minnesota-modellen helt tillsammans med nätverks-/familjeterapi; social-pedagogisk modell är också relativt vanlig. Och i en studie från 1997 till ett representativt urval av Sveriges kommuner angående metoder som används inom bl.a. kommunernas missbrukarvård dominerar lösningsfokuserat arbete tillsammans med Minnesota-/tolvstegsprogram och nätverksarbete. Psykodynamiskt och systemteoretiskt arbete är också vanligt (Bergmark och Lundström 1998).

I den ovan refererade Socialstyrelse-studien från 1999 är jagstärkande psykoterapi/stödterapi det dominerande bärande inslaget i behandlingsarbetet bland öppenvårdsenheter för missbruksbehandling följt av social färdighetsträning, dvs. de två behandlingsmodeller/tekniker som också var de dominerande inom institutionsvården. Minnesota-/tolvstegsbehandling förekommer också relativt frekvent. Om vi ser till inslag som förekommer i viss mån så är förutom dessa tre modeller/tekniker lösningsfokuserad terapi, kognitiv terapi, beteendeterapi motivationsinriktad terapi, socialpedagogisk ansvarsmodell, systemteoretisk modell, psykodynamisk insiktsterapi och konfrontativ intervention frekvent förekommande. Inom det socialbyråbaserade behandlingsarbetet förekommer samma modeller/tekniker som bärande inslag eller i viss mån. Till dessa kommer här också handledda självhjälpkurser. De tre dominerande bärande inslagen är här social färdighetsträning, lösningsfokuserad terapi och jagstärkande psykoterapi/stödterapi. Om vi ser till enheter som erbjuder både slutna och öppna insatser förekommer samma uppsättning modeller/tekniker, här med social färdighetsträning som dominerande bärande inslag följt av Minnesota-/tolvstegsbehandling, socialpedagogisk ansvarsmodell och jagstärkande psykoterapi/stödterapi.

Utifrån de ovan refererade studierna kan vi se att fram till mitten av 1990-talet svarade olika former av Minnesota-/tolvstegsbehandling, psykodynamisk och socialpedagogisk inriktning, tillsammans med den något diffusa beteckningen "miljöterapi" för huvuddelen av innehållet i det mer artikulerade behandlingsutbudet inom institutionsvården. Under senare hälften av 1990-talet tycks det också ha blivit vanligare med inslag av bl.a. beteendeterapi, kognitiv beteendeterapi och lösningsfo-

kuserad terapi.²⁵ En tidigare vanlig metod som däremot tycks ha mer eller mindre försvunnit ur utbudet är TA. En metod eller teknik som istället har överlevt olika förändringar inom behandlingsutbudet under de senaste decennierna är olika varianter av konfrontativ intervention, och det gäller inom både den slutna och öppna vården.

När det gäller öppenvårdens utveckling i övrigt under 1990-talet så är det framför allt lösningsfokuserad terapi som uppträder som ett nytt inslag bland de dominerande metoderna. Nätverksarbete och eventuellt också kognitiv terapi, beteendeterapi och motivationsinriktad terapi är andra modeller eller tekniker som tycks ha eller kan vara på väg att etablera sig, medan olika former av tolvstegsbehandling, psykodynamiska och socialpedagogiska arbetsmetoder tycks vara relativt konstanta inslag i metodutbudet. Social färdighetsträning som en speciell metod eller teknik torde också vara ett relativt nytt inslag inom öppenvården till skillnad från inom den slutna vården (se not 25).

Det bör observeras att det i vissa av studierna ovan ibland efterfrågas vilka de ideologiska, terapeutiska eller pedagogiska utgångspunkterna är för behandlingsarbetet, och i andra fall vilka specifika metoder eller modeller som används. Detta försvårar ibland jämförelser mellan olika studier. En generell iakttagelse som också är värd att beakta är att i flera av de här refererade studierna är det en mycket stor andel av de enheter och verksamheter som besvarat frågor kring behandlingsmetoder, modeller och ideologi som antingen inte uppgivit någon utgångspunkt alls, eller uttryckt ett mer eller mindre eklektiskt eller differentierat synsätt.

2.6.3 Behandlingseffekter

Som nämnt inledningsvis i detta avsnitt publiceras numera kontinuerligt effektstudier av olika behandlingsmetoder liksom forskningsöversikter. Här presenteras i sammanfattning resultaten från tre aktuella svenska översiktsarbeten.²⁶

I en reviderad och uppdaterad upplaga av Berglund m. fl. 1994 angående behandlingseffekter inom alkoholvården,²⁷ konstateras bl.a. att man med relativt begränsade insatser i form av t.ex. rådgivande samtal

²⁵ Social färdighetsträning torde ha varit ett frekvent inslag i behandlingen inom institutionsvården under hela 90-talet, och att den lyfts fram speciellt i Socialstyrelsens IKB-kartläggning från 1999 beror troligen på skillnader i frågekonstruktionen mellan de enkätinstrument som använts i de olika studierna.

²⁶ För den intresserade innehåller dessa i sin tur referenser till olika internationella arbeten.

²⁷ Publiceras under år 2000 på Liber.

i öppenvård kan uppnå goda effekter för s.k. högkonsumenter av alkohol, dvs. personer som ännu inte utvecklat mer komplexa alkoholrelaterade problem. För personer i den senare gruppen är prognosen dock sämre, och här behövs mer omfattande och längre insatser i öppna eller slutna former.

Det konstateras vidare att det inte finns någon behandling som är verksam för alla typer av missbrukare, och att behandling bör betraktas som en faktor bland flera andra som tillsammans kan bidra till en positiv utveckling. För missbrukare med en mer utvecklad och komplex problematik bör tidsperspektivet vara långsiktigt och det finns stöd för att ett brett behandlingsupplägg som kombinerar social färdighetsträning och återfallsprevention kan ha goda effekter i öppenvård. För personer med en mindre utvecklad problematik har självkontrollträning med en kognitiv/beteendeterapeutisk inriktning dokumenterade effekter. Också farmakologisk behandling i kombination med psykosocial behandling har visat lovande resultat.

När det gäller s.k. matchning av vissa klientkaraktärstiska till vissa typer av behandling är det framför allt graden av social stabilitet, missbrukets svårighetsgrad, förekomst av psykisk störning och olika personlighetsdimensioner som anses vara av betydelse. Vid social instabilitet, speciellt i kombination med psykisk störning, bör behandlingen inledas i slutenvårdsform, och ju svårare missbruksproblematik och vid psykisk störning, desto längre behandlingstid. I det senare fallet finns det också visst stöd för att kognitiv beteendeterapi är en lämplig behandlingsmetod, medan modern dynamisk terapi kan vara effektiv när den psykiska störningen är ringa.

Författarna skriver också att vid mer omfattande missbruksproblem bör målsättningen vara helnykterhet. En viktig slutsats är också att inom ramen för olika behandlingsprogram måste insatserna anpassas till behoven hos den enskilde missbrukaren. I sina avslutande rekommendationer framhåller författarna bl.a. att behandlingen i första hand bör bedrivas i öppna former och att slutenvård bör avse personer som p.g.a. svåra medicinska, psykiatriska och sociala problem behöver en stabil och socialt skyddande miljö.

I ett pågående översiktsarbete av psykosocial behandling för alkoholproblem konstaterar författarna bl.a. att det finns stöd i den internationella litteraturen för att ”specifik behandling” (teori- och manualbaserade insatser som genomförs med stöd av kvalitetssäkringsinslag) ger bättre resultat i form av nykterhet än ingen behandling eller ”sedvanlig behandling”. Med det senare avses ofta insatser som är mindre fokuserade på själva missbruket och som kombinerar stödjande samtal med socialkurativa insatser, ibland med stöd av disulfirambe-

handling.²⁸ Detta gäller såväl lättare alkoholproblem som vid en mer utvecklad problematik. Specifika behandlingsmetoder som visat sig effektiva är kognitiv beteendeterapi, Community Reinforcement Approach (CRA), tolvstegsbehandling, motivationshöjande behandling och psykodynamisk interaktionell terapi.

Resultaten ger inget stöd för att mer omfattande och intensiv behandling av missbruket generellt ger bättre effekt än kortare och mindre extensiva insatser. Det är dock viktigt att uppmärksamma eventuellt behov av kompletterande insatser för t.ex. psykiska störningar eller olika sociala eller medicinska problem. När det gäller t.ex. hemlösa missbrukare finns det exempel på positiva effekter av beteendeterapeutiska insatser och case management, men inget belägg för att stödboende eller slutenvård skulle ge bättre resultat än insatser i öppna former. När det gäller jämförelser mellan sluten- och öppenvård är kunskapsläget i övrigt oklart.

Författarna konstaterar att översikten talar för att insatser för alkoholmissbrukare bör differentieras i förhållande till missbrukets tyngd. Utöver att behandla missbruket bör övriga insatser anpassas till den individuella problembilden. De konstaterar vidare att det i många fall är orealistiskt att förvänta sig bestående positiva behandlingseffekter av en enskild behandlingsepisod. Insatsperspektivet bör vara långsiktigt, och en ofta tillräcklig kortare initial insats bör följas upp med kontakter och vid behov ytterligare punktinsatser under kanske flera år.

Ett annat pågående översiktsarbete rör effekter av psykosociala metoder inom narkomanvården.²⁹ Endast s.k. randomiserade kontrollerade studier har inkluderats. Totalt omfattar genomgången närmare 100 undersökningar. Författaren utgår här från en gruppering av studier av olika interventionsformer, metoder eller tekniker i tre nivåer: stödjande interventioner (t.ex. farmakologisk behandling, institutionsvård, case-management); inlärnings-/beteendeinriktade metoder (t.ex. drogrådgivning, återfallsprevention, social färdighetsträning, och kombinationer av liknande metoder); och psykoterapier (olika varianter av dynamisk,

²⁸ Översiktsarbetet sker på uppdrag av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och jag vill tacka författarna docent Agneta Öjehagen och docent Sven Andréasson för att de kommunicerat utdrag ur sitt pågående arbete som underlag för detta avsnitt. SBU har ännu inte tagit ställning till författarnas arbete, och de slutsatser som presenteras är författarnas egna.

²⁹ Översiktsarbetet sker på uppdrag av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och jag vill tacka författaren docent Mats Fridell för att ha kommunicerat utdrag ur sitt pågående arbete som underlag för detta avsnitt. SBU har ännu inte tagit ställning till författarens arbete, och de slutsatser som presenteras är författarens egna.

kognitiv och familjeterapi). I ett första steg har enbart effekterna på själva missbruket studerats.

Den generellt bästa effekten när det gäller opiatmissbruk visar studier av inlärnings-/beteendeariktade metoder (dock med stora variationer inom gruppen) följt av stödjande interventioner, medan studier av psykoterapeutiska metoder uppvisar en låg effekt. När det gäller kokainmissbruk visar inlärnings-/beteendeariktade metoder de klart bästa effekterna. Dock pekar fynden så långt mot att effekterna är som störst över mätintervaller upp till sex månader, men inte längre. Vid jämförelser av graden av förbättring i opiat- och kokainmissbruk mellan experiment- och kontrollgrupper visar alla tre interventionstyperna positiva resultat. Däremot finns inga positiva resultat vid cannabissmissbruk. Andra intressanta resultat är att det finns studier som visar att ideologiskt baserade interventioner som tolvstegsbehandling kan ge positiva resultat vid både opiat- och kokainmissbruk.

Tre generella slutsatser är att det finns ett starkt stöd för hög grad av strukturering av interventionen, att behandlingstidens längd är viktig och i allmänhet bör vara tre månader eller mer, och att interventionen måste fokusera på själva drog beteendet. När det gäller tid i behandling så finns det studier som visar på avtagande effekter vid behandlingstider på mer än sex till tolv månader.

När det gäller att jämföra institutionsvård och öppenvård är forskningsläget mer svårbedömt. En möjlig (tentativ) slutsats är att institutionsvård i allmänhet ger störst nytta vid tyngre missbruk och för klienter som behöver olika former av "social träning" (t.ex. hemlösa och blandmissbrukare). Man får högre effekter på missbruk och kvarstående, men i rena kostnadseffektivitetstermer kostar institutionsvården mer än öppenvården.

Om vi ser till tvångsvården av missbrukare enligt LVM, så saknar vi aktuella studier för att kunna bedöma utvecklingen sedan Statens institutionsstyrelse (SIS) tog över verksamheten 1994. Tidigare sammanställningar och bedömningar av LVM-vårdens resultat är i huvudsak negativa (för översikter se Bergmark och Oscarsson 1993; Kinnunen 1994; Fridell 1996). Det gäller såväl sett till faktorer som dödlighet, fortsatt missbruk och socio-ekonomiska variabler som fortsatt vård, med ett möjligt positivt frågetecken för den sista faktorn. Andelen klienter som skrivs ut till och fortsätter vården i annan sluten eller öppen form, inklusive frivillig vård enligt SoL, har ökat sedan 1993 (Socialstyrelsen 1996:3; SIS 1999). I så måtto tycks tvångsvårdens syfte ha uppnåtts i ökande utsträckning under 1990-talet. Utifrån tillgängliga data är det svårt att bedöma orsakerna till denna utveckling och dess konsekvenser sett till klienternas fortsatta kontakter med socialtjänstens insatser. Här spelar faktorer som en ökande andel omedel-

bara omhändertaganden enligt LVM, kortare vårdtider och omdisponeringar och omprioriteringar inom öppenvården roll.

Vad som kan konstateras är att det under senare hälften av 1990-talet har gjorts stora satsningar på kompetensutveckling, systematisk dokumentation och forskning inom LVM-vården, men att vi ännu inte sett resultatet av detta i form av klienteffektstudier. Våra kunskaper om samspelet mellan LVM-vårdens insatser och socialtjänstens är också bristfälliga, samtidigt som samordningen mellan dessa insatser torde vara central som utgångspunkt för det fortsatta långsiktiga behandlingsarbetet. Här finns behov av ett grundläggande kartläggningsarbete för att bedöma behovet av vidare forskning och annan kunskapsutveckling.

2.6.4 Sammanfattning och några kommentarer

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det finns varierande grader av stöd i internationell forskning för att behandling kan vara effektiv. Detta gäller i såväl öppna som slutna former, för såväl lättare missbruksproblem som vid en mer omfattande problematik. Vi saknar dock i huvudsak effektstudier inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Det är vidare så att man inom den socialtjänstbaserade vården i stor utsträckning inte använder sig av vad man brukar kalla evidensbaserade metoder, dvs. metoder som har ett väl dokumenterat stöd i form av konstaterade behandlingseffekter. Vi saknar därför också i stort erfarenheter av att inom ramen för den socialtjänstbaserade missbrukarvården tillämpa i utländska behandlingskontext lovande metoder.

Den mer systematiska metodutvecklingen inom missbrukarvården sker idag inom medicinsk-psykiatrisk verksamhet, medan metodutvecklingen inom den socialtjänstbaserade vården dels bygger på tidigare etablerade modeller och metoder inom framför allt en socialpedagogisk ("social träning") och psykodynamisk tradition, dels på ett övertagande av "populära" metoder från USA – vare sig dessa har stöd i den internationella litteraturen eller ej. Exempel här är Minnesota-modellen och lösningsfokuserad terapi. Socialstyrelsens studie från 1999 antyder dock ett ökat inslag av metoder som har uppmärksammats i forskningslitteraturen. Exempel här är metoder med kognitiv och beteendeterapeutisk inriktning och motivationsinriktade terapier.

Att metodutvecklingen inom den socialtjänstbaserade vården inte följer den internationella forskningsanknutna missbrukarvården torde ha såväl historiska och professionella som organisatoriska orsaker. Den svenska missbrukarvården utförs i stor utsträckning inom en socialpolitisk och socialkurativ kontext med rötter i den kommunala lekman-

förvaltningen. Det innebär t.ex. att personalen inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården arbetar i en offentlig organisation med andra gränsdragningar mellan det politiska-ekonomiska ansvaret och det professionella-kliniska än inom den landstingsbaserade medicinska verksamheten. Inom socialtjänsten måste behandlingspersonalen t.ex. underställa sina enskilda behandlingsinsatser en prövning i ett politiskt organ, eller så utförs det på delegation från den politiska nivån (se också avsnitt 2.2. Missbrukarvården i Sverige – några institutionella ramar). De förändringar i sättet att organisera och genomföra kommunala verksamheter som tagits upp i avsnitt 2.4 (Missbrukarvården under 1990-talet – nya förutsättningar) har i huvudsak haft politisk-ideologiska och ekonomiska grunder och inte inom-professionella. Utbildningsmässigt har fokus för stora delar av personalen inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården också legat på de förvaltningsmässiga aspekterna av verksamheten eller på själva insatsen, och mindre på att följa och dra slutsatser av dess konsekvenser när det gäller den fortsatta utvecklingen av klienternas problembild.

2.7 Några tentativa slutsatser och utvecklingsbehov

Utifrån tillgänglig statistik och andra studier är det svårt att dra säkra slutsatser om den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens utveckling under 1990-talet och dess status idag sett till resurser, insatser och resultat. Undantaget är en markant minskning av antalet tvångsvårdade missbrukare. Det är därför också vanskligt att uttala sig om behov av utveckling och satsningar inför framtiden. En försiktig tolkning av utvecklingen, av utbudet av behandlingsmetoder och behandlingsforskningens läge, av missbrukarvårdens status idag och utvecklingsbehov under det närmaste decenniet kan dock se ut enligt följande:

2.7.1 Utvecklingen under 1990-talet – möjliga hypoteser

- *En hypotes är att det har skett en minskning i såväl antalet personer som får insatser i form av frivillig institutionsvård som i det genomsnittliga antalet vårddagar per insats. En möjligen osäkrare men alternativ hypotes är att det inte skett någon markant minskning i antalet personer som får frivillig HVB-vård, men att vårdtiderna*

har kortats och att en större andel får olika former av skyddat boende istället för mer behandlingsinriktad institutionsvård.

- *En hypotes är att mer socialt integrerade alkoholmissbrukare idag i större utsträckning hänvisas till öppenvården.*
- *En hypotes är att mer socialt utslagna alkoholmissbrukare idag i större utsträckning hänvisas till olika former av skyddat boende.*
- *En hypotes är att narkotika- och blandmissbrukare får frivillig institutionsvård och tvångsvård i ungefär lika stor utsträckning idag som tidigare under 1990-talet.*
- *En hypotes är att det under 1990-talet har skett en viss ökning av öppenvårdens resurser och en minskning av den slutna vårdens.*
- *En hypotes är att det inom den slutna vården har skett en minskning av de behandlingsinriktade resurserna och en ökning av insatser inriktade på olika former av skyddat boende och omvårdnad.*
- *En hypotes är att det inom den öppna vården har skett en ökning av resurserna såväl i form av strukturerade öppenvårdsprogram (för att ersätta behandlingsinriktad institutionsvård) som i olika former av skyddat boende.*

Mot bakgrund av dessa hypoteser kan följande bild av den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens utvecklingen under 1990-talet skisseras.³⁰

Utvecklingen under 1990-talet har inneburit en resursförskjutning från slutna vårdformer mot mer öppna, och från behandlingsinriktade insatser mot insatser av mer stödjande och omvårdande karaktär. Vårdtiderna inom institutionsvården har minskat, samtidigt som vårdtiderna inom såväl strukturerad öppenvård som inom olika former av skyddat boende har ökat. De grupper av missbrukare som framför allt berörts av utvecklingen under 1990-talet är dels de mer socialt integrerade alkoholmissbrukarna, som inte erbjuds institutionsvård i lika stor utsträckning utan hänvisas till olika öppenvårdsalternativ, dels de mer eller mindre socialt utslagna alkoholmissbrukarna, som i allt större omfattning erbjuds öppenvårdsinsatser av omvårdande karaktär. Där emellan finns en grupp alkoholmissbrukare med viss social förankring eller kapacitet, som tidigare erhöll institutionsvård, men som under senare år eventuellt i allt större utsträckning istället erbjuds insatser i form av strukturerad öppenvård. Narkotika- och blandmissbrukare tycks dock inte ha berörts så mycket av dessa omstruktureringar inom vården, vilket bl.a. har lett till att andelen narkotikamissbrukare inom LVM-vården har ökat markant.

Huruvida de totala resurserna inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården ökat eller minskat är svårt att uttala sig om, men det går

³⁰ Även den skisserade bilden ska således uppfattas som hypotetisk.

inte att belägga en markant minskning. Vad vi ser är sannolikt en omstrukturering från slutna till öppna insatser, samt en ökning av insatser av omvårdande och stödjande karaktär på bekostnad av mer behandlingsinriktade. Det senare kan eventuellt i viss mån ha kompensrats av att fler missbrukare erbjuds insatser i form av behandlings- eller arbetsinriktade öppenvårdsprogram ("strukturerad öppenvård").

Den faktor som framför allt ligger bakom utvecklingen under 1990-talet är den ekonomiska åtstramningen inom den kommunala verksamheten. Men utvecklingen torde ha underlättats av den politisk-ideologiska debatten under 1980-talet, som banade väg för nya organisatoriska lösningar när det gäller produktion av offentliga tjänster. Ett inomprofessionellt ifrågasättande av klienteffekterna inom missbrukarvården, och då kanske speciellt institutionsvården inklusive tvångsvården, har också haft betydelse.

2.7.2 Metoder och behandlingsresultat

- *Det finns varierande grader av stöd i internationell forskning för att behandling kan vara effektiv i såväl öppna som slutna former.*
- *Vi saknar i huvudsak effektstudier inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården.*
- *Inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården används i huvudsak inte evidensbaserade metoder.*
- *Vi saknar i stort erfarenheter av att inom ramen för den socialtjänstbaserade missbrukarvården tillämpa i utländska behandlingskontext lovande metoder.*

Inom den medicinsk-psykiatriska missbrukarvården internationellt liksom i Sverige pågår det idag en relativt stark utveckling av behandlingsmetoder som bygger på internationell klinisk forskning. Det gäller framför allt insatser för socialt förankrade missbrukare med ett mindre utvecklat missbruk, men det finns även studier som visar på lovande resultat för tyngre och mer socialt marginaliserade missbrukare. Här är dock erfarenheterna mer begränsade än för den förra gruppen.

När det gäller svensk socialtjänstbaserad missbrukarvård saknar vi studier som kan visa på effekterna av insatserna. Det gäller den frivilliga vården liksom tvångsvården; institutionsvården liksom öppenvården. Inte heller tycks det ske någon större spridning av metoder med stöd i internationell forskning och klinisk verksamhet. Metodutvecklingen tycks istället ske dels mot bakgrund av tidigare innehåll i vården, framför allt arbete, social färdighetsträning och olika former av psykoterapi på psykodynamisk grund, dels i form av att nya "populära"

metoder anammas, framför allt från USA. Exempel här är Minnesota-/12-stegsbehandling och lösningsfokuserad terapi.³¹

2.7.3 Missbrukarvårdens status idag

Det är mycket vanskligt för att inte säga omöjligt att ge en någorlunda säker och heltäckande bild av den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens status idag. Några av orsakerna till detta är att vi:

- *Saknar en bred och tillförlitlig bild av resurser, klienter, insatser och resultat.*
- *Saknar uppgifter om behovet av insatser i befolkningen i stort och i olika subgrupper.*
- *Saknar uppgifter om efterfrågan av olika insatser från såväl socialtjänsten som från olika riskgrupper och missbrukare.*
- *Saknar en bild av fördelningen av resurser, klienter, insatser och resultat inom respektive mellan den socialtjänstbaserade och landstingsbaserade missbrukarvården.*

Det vi kan ge är en bild av delar av utbudssidan av den socialtjänstbaserade missbrukarvården sedd som del av den sociala servicesektorn, och av områdets karaktär sett som professionellt fält. En sådan bild kan skisseras enligt följande:³²

Den socialtjänstbaserade missbrukarvården har på nationell nivå ett brett utbud av olika insatsformer och också en bredd i innehållet i insatserna. Det finns idag en balans i utbudet mellan insatser i sluten- och öppenvårdsform, både vad det gäller insatser av mer behandlande karaktär och av mer skyddande och stödjande. Som alternativ till slutenvård utvecklas det inom öppenvården idag olika s.k. strukturerade öppenvårdsprogram, som ofta har antingen en behandlings- eller en arbetsinriktning. Samtidigt finns det stora variationer mellan olika kommuner när det gäller de tillgängliga insatsernas former och innehåll, antingen beroende på ekonomiska förutsättningar och socio-ekonomisk struktur, eller på grund av politisk-administrativa beslut av policykaraktär.

Men om denna utbuds- och insatsstruktur matchar behov och efterfrågan från socialtjänstens sida, från de klientgrupper som idag är fö-

³¹ Som framgått av avsnitt 2.6 om behandlingsmetoder och behandlingseffekter finns det idag också ett stöd för att tolvstegsbehandling kan vara effektiv.

³² Också denna skiss av områdets status ska läsas mot bakgrund av den grundläggande osäkerheten och bristande täckningen i statistiken och i olika utredningar.

remål för insatser, eller från berörda grupper i samhället i övrigt saknas det underlag för att bedöma. Det kan dock konstateras att missbrukarvårdens insatser och delvis också volym i stor utsträckning styrs av inomprofessionella eller ideologisk-politiska faktorer på samhällsnivå (t.ex. ideologiska, teoretiska eller politiska perspektiv på missbruk och behandling) eller av ekonomiska förhållanden, och mindre av ett känt behov eller en artikulerad efterfrågan från olika grupper av nuvarande och presumtiva klienter. Karakteriseringen att det idag råder en balans i utbudet mellan insatser i sluten- och öppenvårdsform, och mellan insatser av mer behandlande karaktär och sådana av mer skyddande och stödjande, avser således strukturen i den interna distributionen av insatser inom området, och inte i förhållande till ett känt behov.

Det är vidare så att tillskapandet av olika insatsresurser och valet av insatser i det enskilda fallet styrs mindre av evidensbaserat kunnande inom socialtjänsten, och mer av bedömningar som antingen vilar på historiska mönster,³³ på trender inom behandlingssfären,³⁴ eller på ekonomiska förutsättningar.³⁵ Från centralt statligt och regionalt håll sker det ekonomiska och kunskapsmässiga satsningar på att stimulera en mer evidensbaserad utveckling av den socialtjänstbaserade missbrukarvården,³⁶ men dessa satsningar har hittills endast givit punktvisa resultat. Det förekommer idag också behandlings- och utvärderingsinriktade utbildningar och kurser inom såväl högskolan som inom olika myndigheter, förvaltningar och organisationer,³⁷ men också här är det svårt att se annat än punktvisa konsekvenser för metodutvecklingen inom fältet.

En orsak till detta tillstånd torde vara att såväl statligt och kommunalt FoU-stöd som olika utvärderingsinsatser ofta saknar kontinuitet och förankring inom forskarsamhället och i olika grader av evidensbaserad praktik. Kommunerna har också en mycket bristande ”uppköpar-kompetens” när det gäller tjänster för att bedriva metodutveckling, utvärderings- och dokumentationsarbete. Det finns dock exempel på ambitiösa försök inom såväl den öppna som slutna missbrukarvården.

³³ T.ex. institutionsvård för narkotikamissbrukare och terapi på psykodynamisk grund.

³⁴ T.ex. Minnesota-/tolvstegsbehandling och lösningsfokuserad terapi.

³⁵ T.ex. förskjutningen från sluten- till öppenvård och från behandlande insatser till skyddat boende och stödjande insatser.

³⁶ T.ex. i form av Socialstyrelsens och länsstyrelsens projektmedel, satsningar på ekonomiskt stöd till uppbyggnaden av regionala FoU-enheter, samt tillskapandet av CUS, Centrum för utvärdering av socialt arbete, under Socialstyrelsen.

³⁷ Utanför högskolan ges dessa kurser ofta av privata entreprenörer/konsulter och/eller av enskilda forskare.

Typexemplet när en kommun, FoU-enhet eller annan enhet vill bedriva metodutvecklings- eller utvärderingsarbete torde dock vara att de kontaktar en enskild konsult eller forskare som de känner till "ryktesvägen" eller via kontakter. Detta leder ofta till lokala lösningar baserade på enskilda konsulter/forskares mer eller mindre egna uppfattningar om och svar på praktikens behov. Genom att sådana lösningar ofta saknar förankring i en bredare svensk och internationell forskning och praktik har de ofta svårt dels att ge perspektiv på den lokala missbrukarvårdens arbete, dels att bidra till en inomprofessionell, kumulativ kunskapsutveckling på nationell nivå. Detta förhållande, en ofta lokal och entreprenörsgenererad bas för metodutvecklings- och utvärderingsarbete inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården, torde utgöra ett av de mer grundläggande hindren för utvecklingen av en mer evidensbaserad, professionell missbrukarvård.

Missbrukarvården som professionellt fält och behandlingsforskningen delar idag ett dilemma som kan sammanfattas i följande punkter (Bergmark och Oscarsson 1991):

- *Det saknas en bredare konsensus kring missbrukets orsaker och konsekvenser.*
- *Det saknas kunskaper om de terapeutiskt verksamma faktorerna i olika behandlingsformer och modeller.*
- *Det saknas en stringent och empiriskt förankrad begreppsapparat för teoretiskt och kliniskt utvecklingsarbete.*
- *Det saknas stabila behandlingspraktiker för att bedriva ett systematiskt metodutvecklingsarbete.*

Till detta kommer ytterligare två punkter:

- *Det saknas realistiska, professionellt förankrade mål för den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens insatser.*
- *Det saknas kunskaper om relationen mellan klienteffekter och kostnader för olika behandlingsformer och modeller.*

Det är här viktigt att komma ihåg att det faktum att vi saknar kunskaper om t.ex. relationen mellan insatser och klienteffekter inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården, inte behöver betyda att det inte finns positiva behandlingseffekter. Avsaknaden av kunskaper kan bero på andra faktorer som t.ex. bristen på just klienteffektstudier inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården, orealistiska behandlings/insatsmål inom socialtjänsten, och metodologiska faktorer som populationsstorlekar, uppföljningstider och svårigheter att genomföra kontrollerade studier.

Sammanfattningsvis kan sägas att den socialtjänstbaserade missbrukarvården idag har ett relativt brett utbud av olika insatser av såväl behandlande som stödjande slag, men att detta utbud inte bygger på kunskaper om behov av insatser inom olika risk- och missbruksgrupper, eller på en evidensbaserad professionell kunskap om relationen mellan insatser och klienteffekter. De insatser som gjorts för att stimulera uppbyggnaden av en mer evidensbaserad missbrukarvård har hittills varit splittrade, ofta saknat förankring inom forskarsamhället och i en bredare forskningsinriktad praktik, och bara punktvis bidragit till metodutvecklingen inom fältet.

2.7.4 Utvecklingsbehov

Vi saknar i huvudsak kunskaper om vårdbehovet såväl bland olika riskgrupper och missbrukare nationellt som inom socialtjänsten. Vi har också en delvis mycket bristfällig bild av resurser och insatser inom och resultat av den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens arbete. Missbrukarvårdens utveckling tycks också styras mindre av ett artikulerat insatsbehov och av evidensbaserade inomprofessionella faktorer än av olika tillfälliga faktorer inom fältet, eller av strukturella faktorer på samhällsnivå. Mot bakgrund av detta är det angeläget att utveckla den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens praktiska verksamhet i riktning mot ett mer evidensbaserat arbete. Det är också nödvändigt att öka kunskaperna om utvärdering och metodutveckling bland politiker och ledande tjänstemän på kommunal nivå, att stimulera och utveckla andra resurser inom utbildning, forskning och FoU-verksamhet, och att öka kunskaperna om faktorer som påverkar fältets utveckling.

När det gäller missbrukarvårdens insatser har det hittillsvarande statliga och regionala stödet i form av projektmedel och stöd till lokal och regional FoU-verksamhet inte lett till någon påtaglig utveckling av evidensbaserad kunskap om insatsernas klienteffekter. Detta trots att stödet är i mångmiljonsklassen. Orsakerna till detta har diskuterats ovan. En central punkt här är att FoU-verksamheten inom området hittills i huvudsak har bedrivits lokalt, och ofta utan förankring i forskning och klinisk praktik med en bredare svensk och internationell bas. För att börja bygga en professionell, evidensbaserad missbrukarvård måste ett nära samarbete mellan socialtjänsten, den högskolebaserade forskningen och annan forskningsinriktad klinisk verksamhet etableras. Att få till stånd en sådan utveckling är en av de mest angelägna punkterna under de kommande åren och kräver troligen initierande och samordnande initiativ från centralt och regionalt statligt håll.

Mot bakgrund av detta anges nedan några angelägna områden för satsningar inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården under det närmaste decenniet.

För att grundlägga ett professionellt perspektiv på och inom den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens verksamhet krävs:

- *Att olika yrkesgrupper som verkar inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården redan under sin grundutbildning ges kunskaper för att senare i yrkeslivet kunna bedriva ett systematiskt dokumentations- och metodutvecklingsarbete.*
- *Att politiker och ledande tjänstemän på kommunal nivå får ökade kunskaper om och förståelse för behovet av ett systematiskt metodutvecklingsarbete och av dokumenterade klienteffekter inom missbrukarvården.*

För att få till stånd en inomprofessionell, kumulativ kunskapsuppbyggnad inom området krävs:

- *Att staten via olika former av forsknings- och utvecklingsbidrag stimulerar ett systematiskt utvecklingsarbete när det gäller att dokumentera och bedöma klienternas behov, val av insatser och effekterna av insatserna på klientnivå.*
- *Att olika former av statliga forsknings- och utvecklingsbidrag används på ett sätt som garanterar en förankring inom forskarsamhället och i en forskningsinriktad praktik.*
- *Att utvärdering, dokumentations- och metodutvecklingsarbete bedrivs i ett nära samarbete mellan socialtjänsten, högskoleförankrad forskning och forskningsinriktad klinisk verksamhet.*

För att bättre kunna följa och bedöma utvecklingen inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården krävs:

- *Att det ställs ökade krav på olika huvudmän att systematiskt dokumentera och redovisa sina insatser och deras resultat i form av klienteffekter.*
- *Att den officiella statistiken förbättras när det gäller såväl klientkarakteristika, som insatser och kostnader.*
- *Att den officiella statistiken utvecklas för att möjliggöra jämförelser mellan den socialtjänstbaserade och den landstingsbaserade missbrukarvården.*

För att på nationell och lokal nivå kunna analysera och diskutera den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens roll och position som del av den offentliga tjänstesektorn, krävs:

- *Att forskning kring faktorer som påverkar den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens former, innehåll och utveckling stimuleras.*

Referenser

- Berglund, M., S. Andréasson, A. Bergmark, L. Lindström, L. Oscarsson, G. Ågren & A. Öjehagen, 1994. *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt*. Stockholm: CUS & Liber. (ny upplaga under 2000).
- Bergmark, A. & L. Oscarsson, 1990. "Vad får det kosta att bota missbrukare? En text kring etik och missbrukarvård inom socialtjänsten", i Pettersson, U. (red.), *Etik och socialtjänst*. Stockholm: Gothia.
- Bergmark, A. & L. Oscarsson, 1991. "Kunskapens gränser inom missbrukarvården – om forskningens möjligheter och praktikens villkor", i Berglund, H. & P.-O. Kristenson (red.), *Socialt arbete i utveckling*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Bergmark, A. & L. Oscarsson, 1993. "Behandlingseffekter inom narkomanvården. En diskussion av forskningsläget och dess implikationer för den socialtjänstbaserade narkomanvården", i Socialstyrelsen, *Effekter av offensiv narkomanvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Bergmark, A. & L. Oscarsson, 1994a. "Om behandlingsbegreppet inom alkoholvården", i Berglund, M., S. Andréasson, A. Bergmark, L. Lindström, L. Oscarsson, G. Ågren & A. Öjehagen 1994. *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt*. Stockholm: CUS & Liber.
- Bergmark, A. & L. Oscarsson, 1994b. "Swedish alcohol treatment in transition? Facts and fiction", *Nordic Alcohol Studies*, 11:43-53.
- Bergmark, A. & L. Oscarsson, 1994c. "Från producenternas paradiset till marknadens retorik. Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1980- och 90-talet", i Pettersson, U. (red.), *Socialtjänstens klientarbete. Från vision till marknad?* Lund: Studentlitteratur.
- Bergmark, A. & L. Oscarsson, 1994d. "Att forska på institutionell narkomanvård – några erfarenheter och implikationer", i Bergmark, A., B. Björling, L. Grönbladh, B. Olsson, L. Oscarsson & V. Segraeus 1994, *Klienter i institutionell narkomanvård*. Stockholms universitet: institutionen för socialt arbete.
- Bergmark, A. & L. Oscarsson, 1994e. *Den socialtjänstbaserade institutionsvården*. Stockholms universitet: institutionen för socialt arbete.

- Bergmark, A. & L. Oscarsson, 1998. "Hur styrs missbrukarvården? Om utvecklingen under 1990-talet", *Socionomen*, 4:47-53.
- Bergmark, A., 1999. "Vård och behandling – Gör de någon nytta", i *Alkohol och narkotika – politik, vård och dilemman*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Bergmark, Å. & T. Lundström, 1998. "Metoder i socialt arbete", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 4(5):291-314.
- Bergmark, Å., 1997. "From reforms to rationing? Current Allocative Trends in Social Services in Sweden", *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 6:74-81.
- Bjurner, K., 1990. *Samverkan socialtjänst-kriminalvård. Erfarenheter från utvecklingsprojekt inom narkomanvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Blomqvist, J., 1991. *Rätt behandling för rätt klient – ingen enkel match*. Stockholm: Stockholms socialtjänsts Forsknings- och Utvecklingsbyrå.
- Blomqvist, J., 1996. *Från ideologi till ekonomi – institutionsförlagd missbrukarvård under tre decennier*. Stockholm: Stockholms socialtjänsts Forsknings- och Utvecklingsbyrå.
- Blomqvist, J., 1998. *Beyond Treatment? Widening the approach to alcohol problems and solutions*. Stockholm Universitet: institutonen för socialt arbete.
- Bruun, K., 1971. "The non-medical approach", *29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence*, Melbourne, 545-555.
- Cronholm, C., 1984. "Sammanfattning av forskarsynpunkter", i Andersson, O. (red.), *Alkoholpolitiken och forskningen*. Stockholm: Riksbankens Jubileumsfond.
- Dagens Nyheter, 1999-01-26: A4.
- Dagens Nyheter, 1999-10-06: A4.
- Ds 1993:27. *Alternativa produktionsformer i kommunal verksamhet. Vem utför och på vilka villkor?* Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Ds S 1984:11. *Offensiv narkomanvård II*. Stockholm: Liber.
- Folkhälsoinstitutet & CAN, 1999. *Drogutvecklingen i Sverige. Rapport nr 8*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).

- Fridell, M., 1996. *Institutionella behandlingsformer vid missbruk – organisation, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Guttormsson, U., S. Helling, & B. Olsson, 1999. *Vad händer på narkotikaområdet?* MAX-projektet, delrapport 1. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Helmersson Bergmark, K., 1999. ”Om kvinnors bruk och missbruk”, i *Alkohol och narkotika – politik, vård och dilemman*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Institute of Medicine, 1990. *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kinnunen, A., 1994. ”Den bristande motivationen. En litteraturstudie över tvångsvård av rusmedelsmissbrukare i de nordiska länderna”, i Järvinen, M & A. Skretting (red.), *Missbruk och tvångsvård*, NAD-publikation Nr 27. Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning.
- Klingemann, H., J.-P. Takala & G. Hunt (eds.), 1992. *Cure, care, or Control. Alcoholism treatment in sixteen countries*. Albany: State University of New York Press.
- Lenke, L., 1999. ”Den svenska missbruksutvecklingen – en överblick”, i *Alkohol och narkotika – politik, vård och dilemman*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Olsson, S. E., 1990. *Social policy and Welfare State in Sweden*. Lund: Arkiv förlag.
- Palme, J., 1994. ”Recent developments in income transfer systems in Sweden”, i Ploug, N. & J. Kvist (eds.), *Recent trends in cash benefits in Europe*. Copenhagen: National Institute of Social Research.
- Reg. prop. 1979/80:1.
- Reg. prop. 1985/86:171.
- Reg. prop. 1987/88:79.
- Riksrevisionsverket, F 1993:2. *Narkomanvården. Om kostnader, resursutnyttjande, samordning och statlig styrning*. Stockholm: Riksrevisionsverket.
- Rosenqvist, P. & K. Stenius, 1986. ”Nya målgrupper för alkoholistvården”, *Alkoholpolitik – Tidskrift för nordisk alkoholforskning*, 3-4: 215-219.

- SCB, 1991-1994, *Statistiska meddelanden. Insatser för vuxna missbrukare*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- Socialstyrelsen, 1978:4. *Vården av alkoholmissbrukare. Problem och möjligheter*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1987:5. *Alkohol och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, PM 1988:3. *Institutionell narkomanvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1990-1999. *Förteckning över hem för vård eller boende (HVB) och familjevårdsenheter*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1991. *Förändringar inom missbrukar- och ungdomsvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1993:1. *Effekter av offensiv narkomanvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1993:6. *Drogmissbruk och föräldraskap*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1994. *Missbrukare med svår psykisk störning i Stockholms län*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1994:7. *Öppenvård för alkoholmissbrukare*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1995:6. *Den andra flykten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1995-1998. *Insatser för vuxna missbrukare i hem för vård eller boende/HVB*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1996:3. *Kursändring i missbrukarvården – mot öppna former*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1997:13. *Nya vägar inom den öppna missbrukarvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998a. *Kvalitet inom öppen missbrukarvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998b. *Redovisning av regeringsuppdraget om fortsatta insatser inom ramen för Offensiv narkomanvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen, 1998:3. *Balans i missbrukarvården? Resurser och insatser i öppenvård och institutionsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999a. *Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1998*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999b. *Fyra underlagsrapporter till kommittén för Valfärdsbokslut över 1990-talet: barn och unga, missbrukarvård, socialbidrag, personer med funktionshinder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999:1. *Personer med svår psykisk störning och missbruk*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen & SCB, 1993. *Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige 1993*. Stockholm: Socialstyrelsen & SCB.
- Socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Statistiska centralbyrån, 1990-1997. *Jämförelsetal för socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1993:73. *Radikala organisationsförändringar i kommuner och landsting*. Rapport till Lokaldemokratikommittén. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1996:169. *Förnyelsen av kommuner och landsting*. Slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén. Stockholm: Fritzes.
- Statens institutionsstyrelse, 1999. *Årsredovisning 1998*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Stenius, K., 1991. "The Most Successful Treatment in the World. Introduction of the Minnesota Model in the Nordic Countries", *Contemporary Drug Problems*, 18(1):151-179.
- Stenius, K., 1999. *Privat och offentligt i svensk alkoholistvård. Arbetsfördelning, samverkan och styrning under 1900-talet*. Lund: Arkiv förlag.
- Svenska kommunförbundet, 1995. *Kommunerna fram till 2020*. Stockholm: Kommentus.
- Takala, J.-P. & J. Lehto, 1992. "The non-medical model reconsidered", i Klingemann, H., J.-P. Takala & G. Hunt (eds.), *Cure, care, or control. Alcoholism treatment in sixteen countries*. Albany: State University of New York Press.
- Wigzell, K. & L. Pettersson, 1999. "Socialtjänsten ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet", *Socionomen*, 7: 18-20.

3 Sjukvård och vårdutnyttjande¹

Olle Lundberg

I sjukvården möts välfärdsstatens hälsopolitiska ambitioner, den medicinska teknikens möjligheter och medborgarnas behov av vård. Hälsa är ett centralt värde i människors liv, vilket bl.a. tar sig uttryck i att närmare 90 procent anser att hälsan är mycket viktig (Holmberg och Weibull 1999a). Sjukvården åtnjuter också ett stort förtroende i befolkningen – 1998 uppgav 70 procent att de hade ganska stort eller mycket stort förtroende för sjukvården, vilket kan jämföras med 58 procent för kungahuset, 31 procent för storföretagen, 28 procent för regeringen och nio procent för EU-kommissionen (Holmberg och Weibull 1999b). Sjukvården är också en central del av välfärdsstaten i det att den utgör en stor utgiftspost i de offentliga utgifterna, och att den kan sägas vara en symbol för välfärdsstatens möjligheter att ta hand om medborgarna.

En god sjukvård med hög tillgänglighet och hög kvalitet utgör också en viktig resurs för medborgarna och kan liknas vid en försäkring – den som blir sjuk skall kunna räkna med ett gott omhändertagande och en behandling av hög medicinsk kvalitet. Precis som i andra försäkringar skall dessutom kostnaderna för den medicinska behandlingen fördelas på alla försäkrade så att de som drabbas inte också behöver ta hela den ekonomiska bördan. En välfärdsrelevant genomgång av sjukvården under 1990-talet bör därför belysa vårdens tillgänglighet dels i termer av möjligheten att besöka läkare, få en god sjukhusvård och en korrekt medicinering, dels i betydelsen av den enskildes direkta kostnader för erhållen vård. Frågan om vårdens innehåll och kvalitet är självfallet också central för ett välfärdsbokslut över 1990-talet, men kommer inte att belyses i detalj i denna uppsats.

En sammanhållen beskrivning och bedömning av sjukvården som försäkring eller kollektiv resurs under 1990-talet är dock svår att göra

¹ Denna uppsats utgör en omarbetad version av det underlag om sjukvård och vårdutnyttjande under 1990-talet som jag skrev för Kommittén Välfärdsboksluts delbetänkande *Välfärd vid vägskalet* (SOU 2000:3). Jag vill tacka kommitténs ledamöter och sekretariat för synpunkter och kommentarer på tidigare versioner av texten.

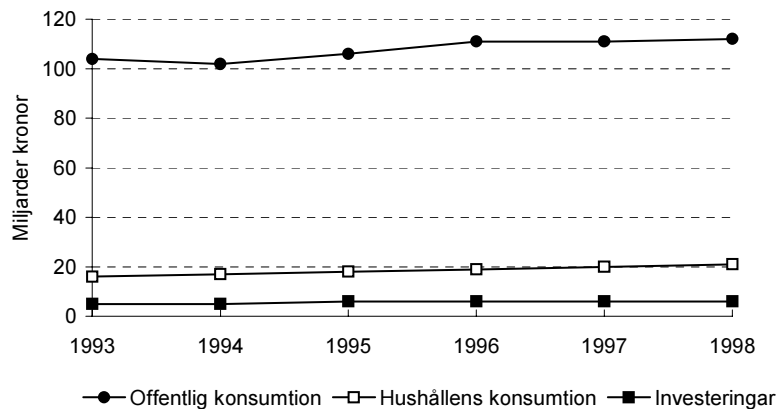
även givet en fokusering på olika aspekter av tillgänglighet. För att få en så fullständig bild som möjligt redovisas här dels uppgifter om förändringar i sjukvårdssystemets resurser och organisering (i termer av pengar, personal, vårdplatser) samt i någon mån dess resultat (i form av antal läkarbesök och de genomsnittliga vårdtiderna), dels uppgifter om vårdutnyttjande baserade på data från SCB:s ULF-undersökningar 1988-1989 och 1996-1997.

3.1 Hälsa- och sjukvården under 1990-talet

Hälsa- och sjukvården har under det gångna decenniet varit föremål för tämligen stora förändringar vad gäller finansiering och organisering. Flera av dessa förändringar har inneburit att omvårdande verksamheter flyttats ut från landstingen till kommunal regi. Ädelreformen som i huvudsak genomfördes 1992 är den största av dessa omdaningar. Förändringarna har inneburit en administrativ omfördelning av resurser mellan olika huvudmän, liksom en ometikettering av exempelvis landstingens sjukhem och långvårdsavdelningar till så kallat särskilt boende i kommunernas regi. Det finns en tendens att de administrativa reformerna i sig har skapat ett slags polarisering av kommuners och landstings åtaganden, så att landstingen i allt mindre utsträckning tycks ägna sig åt omvårdnad utan överlåter detta till kommunerna att ombesörja. Samtidigt har det skett andra stora omvälvningar av sjukvården vid sidan av dessa stora reformer.

Om man bortser från utgiftsminskningar orsakade av Ädelreformen och andra reformer, har de samlade utgifterna för sjukvården förblivit relativt konstanta, eller till och med ökat något, under 1990-talet. Hälsa- och sjukvårdens andel av det samlade värdet av varor och tjänster (BNP) har sjunkit från 8 till 7,4 procent mellan 1993 och 1998 enligt Nationalräkenskaperna. Att beskriva sjukvårdens kostnader genom andelen av BNP är dock problematiskt, bland annat eftersom denna andel kan variera såväl beroende på förändringar av utgifterna för hälsa- och sjukvården som beroende på förändringar i den totala ekonomin (Anell och Persson 1998). I figur 1 ges en översiktlig bild av kostnadsutvecklingen i absoluta termer inom hälsa- och sjukvården mellan 1993 och 1998.

Figur 1. Utgifter för hälso- och sjukvård i miljarder kronor, 1993-1998 (1998 års priser). Uppgifterna för 1997 och 1998 är preliminära



Källa: Nationalräkenskaperna, SCB.

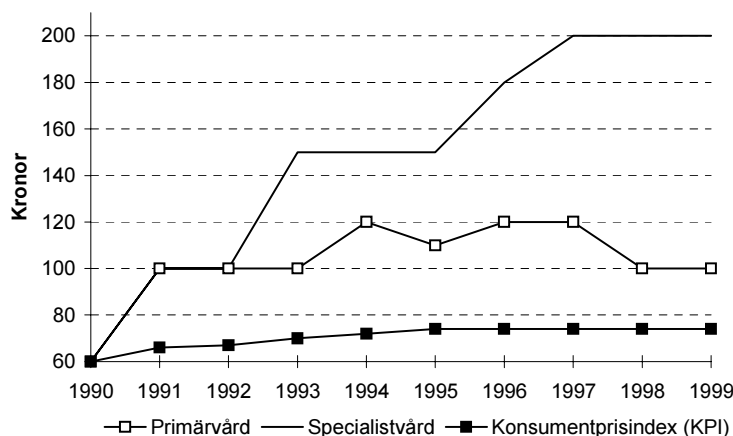
Sjukvårdens förändringar vid sidan av reformer som Ädel är av flera slag. Bland annat har statsmakterna ändrat spelreglerna för sjukvårdshuvudmännen, till exempel genom införandet av vårdgarantin och husläkarreformen. Vidare har det under decenniet skett stora förändringar av styr- och ägarformer i sjukvården. Ett flertal landsting har infört beställar-utförarmodeller med intern prestationsersättning, samtidigt som privata vårdgivare blivit vanliga framför allt inom primärvården. År 1998 gjordes nästan vart femte läkarbesök i primärvården hos privata läkare. De sammantagna konsekvenserna av dessa förändringar är svåra att överblicka. I en sammantagen bedömning av beställar/utförarmodellernas konsekvenser konstaterar Socialstyrelsen att prestationerna har ökat mer i de landsting som infört prestationsersättning, medan de landsting som har behållit den traditionella anslagsfinansieringen tycks ha lyckats bättre med att begränsa kostnadsutvecklingen (Socialstyrelsen 1999a).

Det är viktigt att notera att de sammanlagda utgifterna för sjukvård inkluderar offentliga utgifter för sjukvård driven i offentlig regi, men också läkemedelssubventioner, ersättningar till privata vårdgivare, patienternas utgifter för läkarvård, tandvård, mediciner och glasögon samt olika typer av investeringar. Totalt användes närmare 140 miljarder kronor för hälso- och sjukvård 1998.² Samhällets åtaganden för vården

² Denna uppgift, liksom följande redovisning av resursanvändningen för hälso- och sjukvården, baseras på det reviderade beräkningsförfarande som Nationalräkenskaperna använder sedan 1993. Beräkningar utförda med den äldre metoden finns tillgängliga endast fram till 1996.

(exklusive investeringar) har reallt sett ökat med sju procent mellan 1993 och 1998. Patienternas utgifter har ökat med närmare 30 procent under samma period, varvid det har skett en viss förskjutning av kostnaderna för hälso- och sjukvård från det offentliga till den enskilde. År 1993 bekostades 13 procent av sjukvårdskonsumtionen av vårdtagarnas brukaravgifter, medan motsvarande andel 1998 var 16 procent. Det är framför allt kostnaderna för tandvård och mediciner som står för denna ökning, men det har också skett förändringar av individens kostnader för läkarbesök. Under 1970- och 1980-talen var patientavgifterna för läkarbesök enhetliga, och uppgick 1990 till 60 kr. Under 1990-talet har sjukvårdens huvudmän haft möjlighet att själva bestämma nivån på patientavgifterna, vilket medfört en snabbare ökning, men också en differentiering av avgifterna för besök i primärvården respektive specialiserad sjukhusvård. Utvecklingen av patientavgifterna under 1990-talet framgår av figur 2.³ Patientavgiften i såväl primärvård som specialiserad vård har ökat snabbare än konsumentprisindex (KPI). Avgifterna i specialistvården beskriver den kraftigaste ökningen och det kan konstateras att differentieringen mellan avgifterna i de olika vårdformerna har ökat påtagligt under decenniet.

Figur 2. Patientavgifter i öppen vård, 1990-1999, vägda medianvärden för riket. Kronor



Källa: Socialstyrelsen 1999b.

Variationen i avgiftsnivå mellan de olika landstingen har varit relativt stor under 1990-talet och detta gäller särskilt den specialiserade vården.

³ Avgiftsnivåerna i figuren är beräknade som medianvärden för hela landet, där patientavgifterna i respektive sjukvårdsområde vägts med invånarantalet.

År 1999 varierar patientavgiften i specialistvården från 120 kronor till 250 kronor. Patientavgiften i primärvården är i flertalet landsting 100 kronor, men det finns landsting som tar ut upp till 140 kronor per besök. Det finns dock ett högkostnadsskydd för vård som gäller gemensamt för hela landet. Högkostnadsskyddet innebär för närvarande att ingen behöver betala mer än högst 900 kronor för läkarbesök under en tolv månadersperiod. För barn och ungdomar under 20 år infördes den 1 januari 1998 dessutom avgiftsfrihet för läkarbesök i öppenvård.⁴

Inom tandvården utgör patientavgifterna en betydande del av de totala kostnaderna. Patientavgifterna för tandvård har ändrats åtskilliga gånger under 1990-talet, men är generellt sett högre i slutet än i början av decenniet. Den del av den totala kostnaden som betalas av patienten har ökat kraftigast för dyrare behandlingar och sammantaget har de enskildas kostnader för tandvård ökat dramatiskt. Det bör dock noteras att tandvård till barn och ungdomar i åldrarna upp till 19 år är avgiftsfri.

3.1.1 Betydande personalminskningar inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvård är en personalintensiv verksamhet, vilket innebär att personalkostnaderna svarar för en betydande del (ungefär två tredjedelar) av de totala sjukvårdskostnaderna. Landstingens kostnader för personal har minskat kraftigt under 1990-talet, vilket till stor del kan förklaras av de förskjutningar från landsting till kommun som Ädelreformen innebar. Dock har såväl antalet anställda som antalet årsarbetare i landstingen minskat även då man korrigerar för de personalöverföringar som Ädelreformen medförde. Både antalet anställda och antalet årsarbetare minskade kontinuerligt mellan 1990 och 1996. Arbetstiden per sysselsatt var till en början relativt konstant, men ökade sedan mot slutet av perioden. Neddragningarna inom landstingen har främst gällt personalgrupper med kort utbildning, såsom undersköterskor och sjukvårdsbiträden, medan antalet läkare och sjuksköterskor har fortsatt att öka något under hela 1990-talet.

Totalt sett har personalen inom sjukvård och äldreomsorg minskat med i storleksordningen 75 000 personer under 1990-talet, och merparten av personalminskningarna har skett inom sjukvården. Inom den

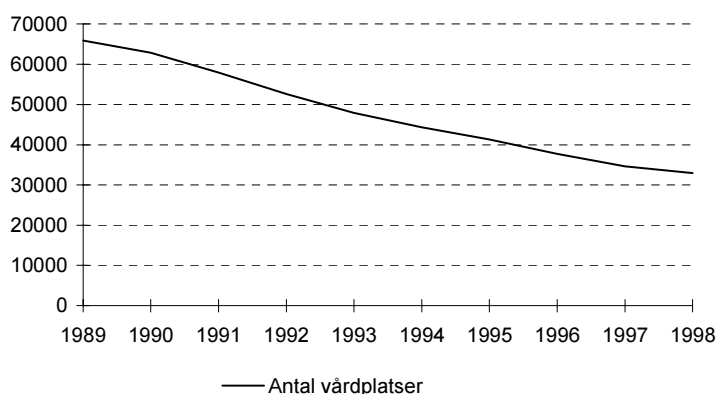
⁴ Denna policy har dock modifierats, exempelvis i Stockholms läns landsting där 18-20-åringar från och med april 2000 betalar avgift vid alla former av läkarbesök och barn och ungdomar under 18 år betalar 120 kr vid besök på akutmottagning på sjukhus.

sjukvård som landstingen bedriver har antalet årsarbetare per 1 000 invånare minskat från 20,4 till 18,0 mellan 1992 och 1998, vilket motsvarar en minskning med 15 procent. Denna minskning kan helt och hållet förklaras med att antalet sjukvårdsbiträden och personer i liknande personalgrupper har minskat. Detta kan ses som en avspeglning av den renodling som skett av den landstingsbaserade sjukvården och som innebär att de omvårdande inslagen har tonats ned.

3.1.2 Antalet vårdplatser har minskat...

Samtidigt som personalen totalt sett har minskat i omfattning har också antalet vårdplatser minskat. Också denna minskning har delvis att göra med förskjutningar till följd av Ädelreformen och reformer som psykiatri- och handikappreformerna, men även beaktat detta har det skett en betydande minskning av antalet vårdplatser i Sverige under 1990-talet. Exempelvis har antalet vårdplatser inom läns- och regionsjukvården, som inte berördes av Ädelreformen, minskat med närmare 30 000 platser mellan 1990 och 1998, vilket framgår av figur 3.

Figur 3. Antalet vårdplatser inom läns- och regionsjukvård, 1989-1998

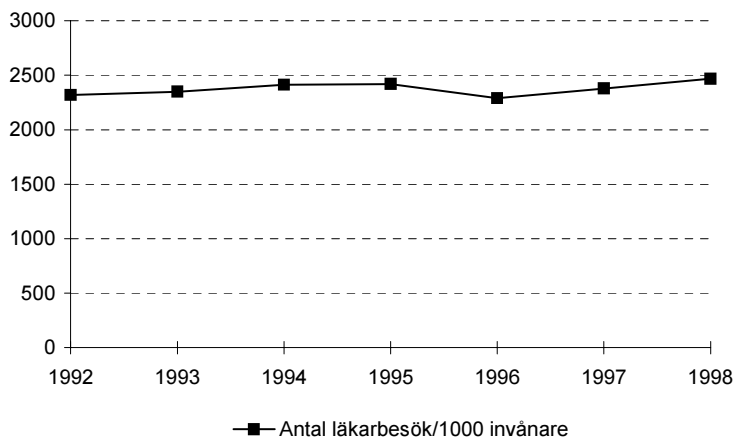


Källa: Landstingsförbundet.

Trots att personalen och vårdplatserna har minskat, har sjukvårdens konkreta verksamhet mätt som antal behandlingar och antal behandlade personer förblivit relativt konstant under 1990-talet. Såväl antalet vårdtillfällen som antalet läkarbesök är större 1997 än 1990. Även antalet läkarbesök i relation till befolkningen beskriver en viss ökning,

vilket framgår av figur 4.⁵ Det faktum att antalet besök och vårdtillfällen har ökat något under 1990-talet trots att vårdplatserna och personalstyrkan på det hela taget har minskat, kan delvis förklaras att vårdtiderna har kortats bland annat som en följd av förändringar i medicinsk teknologi.

Figur 4. Antalet läkarbesök per 1000 invånare, 1992-1998



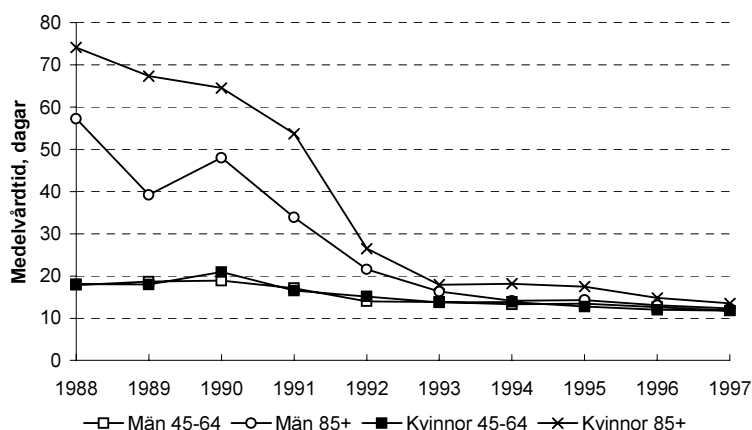
Källa: Landstingsförbundet.

3.1.3 ...och vårdtiderna har blivit kortare

Det faktum att antalet platser i sjukvården har minskat samtidigt som antalet vårdtillfällen i stort sett varit oförändrade innebär med nödvändighet att varje vårdtillfälle blivit kortare. Medelvårdtiden, det vill säga det genomsnittliga antalet dagar för varje avslutat vårdtillfälle, har sjunkit från drygt elva till sju dagar under 1990-talet. Denna generella minskning uppträder också för mycket vårdkrävande sjukdomstillstånd. Ett exempel på detta är slaganfall (stroke), där medelvårdtiden i genomsnitt minskat från 27 till 12 dagar för män och från 37 till 13 dagar för kvinnor. Denna generella minskning är dock ojämnt fördelad över olika åldersgrupper (figur 5).

⁵ Det bör dock poängteras att statistiken över antalet vårdtillfällen och läkarbesök inte gäller personer utan "händelser", varvid en och samma person kan bidra med flera vårdtillfällen och läkarbesök. På basis av statistiken går det därför inte att uttala sig om vårdens fördelning i befolkningen.

Figur 5. Medelvårdtid för strokepatienter, män respektive kvinnor 46-65 år samt 85 år och äldre



Källa: Landstingsförbundet.

För medelålders patienter har medelvårdtiden efter ett slaganfall minskat från knappt 18 dagar 1988 till knappt 12 dagar 1997, det vill säga en drygt 30-procentig minskning av vårdtiden på ett decennium. Minskningarna har dock varit störst bland de äldre, och medelvårdtiden är 1997 ungefär densamma för de äldsta som för de medelålders. Detta ställer självfallet stora krav på kommunernas äldreomsorg, på rehabilitering i öppen vård samt på anhöriga.

En orsak till kortare medelvårdtider är att Ädelreformen har inneburit en överflyttning av äldre patienter med långa vårdtider till kommunernas äldreomsorg. Detta avspeglas också i en särskilt kraftig minskning av medelvårdtiden mellan 1991 och 1992. Samtidigt har förbättrade medicinska tekniker och utvecklat kunnande möjliggjort skonsammare ingrepp, vilket också kan medverka till kortade vårdtider. På grund av förändrade behandlingsrutiner kan många behandlingar och ingrepp exempelvis utföras utan att patienten behöver stanna kvar på sjukhus.⁶ Denna typ av förändringar kan ses som en välfärdsvinst under förutsättning att patienter inte skrivs ut från sjukhusen i ett så dåligt skick att detta i sig leder till oro, lidande eller direkta hälsorisker. På basis av tillgängliga underlag är det dock mycket svårt att avgöra hur

⁶ När det gäller stroke har exempelvis en satsning på särskilda stroke-enheter gjorts under 1990-talet, och idag vårdas 70 procent av patienterna med slaganfall på sådana enheter (Socialstyrelsen 1999c). Behandlingen som kan erbjudas vid sådana enheter anses ha en positiv effekt vad gäller dödlighetsrisk och framtida hjälpbehov.

stor del av minskningen av vårdtiderna som enbart är en konsekvens av att långvarig vård på grund av Ädelreformen numer inte bedrivs i landstingens regi, hur stor del som är välfärdsvinster för patienterna som ett resultat av förbättrad medicinsk teknik, respektive hur stor del som är välfärdsförluster till följd av rena nedskärningar och resursminskningar. Studier utförda i Stockholms län pekar i riktning mot att andelen som inte anser sig botade efter sjukhusvård ökade mellan 1990 och 1993, varefter andelen har legat relativt konstant på 32 procent (Bäckström och Henriksson 1999). Detta antyder om något en viss försämring av vårdens innehåll.

3.2 Vårdutnyttjande och ojämlikhet

Dessa förändringar av vårdsystemet reser flera frågor rörande vårdens tillgänglighet och kvalitet, både i allmänhet och för olika befolkningsgrupper. I det följande är det tillgängligheten i vid mening som behandlas på basis av intervjuuppgifter från ULF-undersökningarna. Analyserna fokuserar på läkarbesök, eftersom läkarkonsultation både är en viktig form av vårdutnyttjande i sig och dessutom i många fall utgör en viktig ingång till vårdsystemet som helhet. Mot bakgrund av de ökande patientavgifterna görs en särskild analys av dem som avstått från att söka läkarvård trots ett upplevt behov. Slutligen studeras användningen av medicin.

Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) är Statistiska centralbyråns årliga intervjuundersökning om människors förhållanden vad gäller exempelvis sysselsättning och arbetstider, arbetsmiljö, ekonomi, boendeförhållanden, sociala relationer, politiska resurser, trygghet och säkerhet samt hälsa. Inom respektive välfärdsområde används en mängd olika frågor för att fånga människors faktiska förhållanden snarare än deras värderingar eller upplevelser av dessa förhållanden. ULF-undersökningarna har en basdel med årligen återkommande frågor vilka ger grundläggande information om levnadsförhållanden inom vart och ett av dessa områden. Därutöver görs med åtta års mellanrum fördjupningar inom olika områden. Åren 1988-1989 och 1996-1997 gjordes fördjupningar på bl.a. hälsa och vårdutnyttjande, vilket är anledningen till att dessa årgångar valts för analyserna i denna uppsats. ULF genomförs normalt sett som intervjuer med ett representativt urval av befolkningen i åldrarna 16-84 år.⁷

⁷ Årgångarna 1988-89 genomfördes undersökningen utan övre åldersgräns, men intervjuerna med personer 85 år och äldre används inte i denna uppsats.

Analyserna av ULF-materialet syftar till att besvara frågorna 1) *Har vårdutnyttjandet förändrats under 1990-talet?*, 2) *Hur fördelas vårdutnyttjandet mellan olika befolkningsgrupper?*, samt 3) *Har denna fördelning förändrats under 1990-talet?*. De befolkningsgrupper som särskiljs i analyserna är kön, ålder, födelseland, familjetyp och social klass.⁸ Valet av dessa grupper kan motiveras utifrån de fördelningspolitiska konflikter som traditionellt präglat svensk välfärds- och socialpolitik. Exempelvis har arbetare, tjänstemän och företagare alltså olika livsvillkor, såväl på som utanför arbetet, och det är därför centralt att analysera i vilken mån sjukvården motverkar eller förstärker dessa skillnader. Motsvarande resonemang kan tillämpas på män och kvinnor, utrikes och inrikes födda osv.

För att ge välfärdsrelevanta svar på dessa frågor måste förutom enkla redovisningar av procentandelar också fördjupade analyser göras där hänsyn tas till att olika befolkningsgrupper skiljer sig åt vad gäller ålders- och könssammansättning. Till detta används s.k. logitregressioner. Med hjälp av dessa modeller kan standardisering också göras för att olika befolkningsgrupper även skiljer sig åt vad gäller sjukdomsbörda. Detta är centralt eftersom det ur välfärdssynpunkt endast går att värdera vårdutnyttjande i relation till det vårdbehov som finns, så gott detta nu går att fånga med hjälp av sjukdomar rapporterade i en intervjuundersökning som ULF. Regressionsmodellerna används också för att beräkna så kallade interaktions- eller samspelseffekter mellan år (1988-1989 respektive 1996-1997) och respektive befolkningskategori (kön, ålder, födelseland, familjetyp och klass). Dessa interaktionseffekter svarar mot den tredje frågan, det vill säga om exempelvis köns- eller åldersskillnaderna i vårdutnyttjande har förändrats eller förblivit konstanta.

3.2.1 Läkbesök

Att besöka läkare kan ske i olika sammanhang och med olika syften. En årlig kontroll, vaccination inför en utlandsresa, ett sjukt barn eller egna sjukdomar och besvär är några vanliga anledningar att söka sig till läkare. Bilden av människors läkarbesök blir något olika beroende på vilken typ av besök en analys fokuserar på. För att få större bredd i be-

⁸ Valet av befolkningsgrupper och kategoriseringsprinciper är identisk med den som använts i en bredare analys av välfärdsförändringar under 1990-talet, se Fritzell och Lundberg, kommande.

skrivningen av 1990-talsutvecklingen används här både ett vidare⁹ och ett mer avgränsat¹⁰ mått på läkarbesök. Andelen som har haft någon form av läkarkontakt för egen räkning under de senaste tre månaderna (den vidare definitionen) är drygt 40 procent vid båda mättillfällena. En stor del av dessa kontakter har gjorts via telefon eller har gjorts för att få vaccinationer och liknande (tabell 1). Lite drygt var fjärde person har träffat en läkare under de senaste tre månaderna om enbart besök hos läkare för egna sjukdomar eller besvär beaktas (den snävare definitionen).

⁹ Fem frågor om läkarbesök har lagts samman, nämligen: Har du under de senaste tre månaderna för egen räkning, utan att du varit sjuk, varit hos läkare för friskintyg, hälsokontroll eller vaccination? Har du under de senaste tre månaderna för egen del... a) talat med läkare per telefon?, b) haft hembesök av läkare?, c) besökt jourhavande läkare eller akutmottagning?, d) gjort något besök på läkarmottagning utöver de som hittills nämnts?

¹⁰ Andelen som besökt läkare för egen sjukdom under de senaste tre månaderna baserat enbart på de två sista frågorna i frågebatteriet.

Tabell 1. Vårdutnyttjande. Andel som varit i kontakt med läkare totalt sett under senaste tre månaderna, samt andel som besökt läkare för egen sjukdom under de senaste tre månaderna. Befolkningen 16-84 år 1988-1989 respektive 1996-1997 efter kön, ålder, födelseland, familjetyp och klass. Antal observationer 23 848 respektive 24 070

		Läkarkontakt (vidare)		Besökt läkare (snävare)	
		1988-1989	1996-1997	1988-1989	1996-1997
Kön					
	Kvinnor	44,1	43,6	28,9	27,1
	Män	39,9	38,7	24,2	24,4
Ålder					
	16-24	39,8	33,7	25,1	22,5
	25-34	37,6	35,6	24,5	22,9
	35-44	36,7	35,7	22,9	21,7
	45-54	42,4	40,2	26,1	24,6
	55-64	49,0	48,5	31,3	28,9
	65-74	45,8	49,5	28,0	31,0
	75-84	52,1	56,7	34,7	36,3
Födelseland					
	Sverige	41,7	41,1	26,3	25,5
	Utrikes	45,8	42,0	29,5	27,9
Familjetyp					
	Ensamstående utan barn	43,7	41,2	27,9	26,0
	Sammanboende utan barn	45,1	45,7	28,4	28,3
	Sammanboende med barn	35,5	34,9	22,3	21,7
	Ensamstående med barn	49,0	41,6	29,5	27,3
Klass					
	Högre tjänstemän	39,2	41,8	22,8	24,2
	Tjänstemän, mellannivå	42,8	39,6	25,9	23,9
	Lägre tjänstemän	44,2	44,6	26,4	27,6
	Arbetare i kvalificerade yrken	41,9	40,4	27,2	26,8
	Arbetare i okvalificerade yrken	43,0	41,9	28,7	27,7
	Egen företagare	39,2	38,7	24,2	24,3
	Övriga	38,8	38,2	27,5	17,6
Alla		42,1	41,2	26,6	25,8

Som framgår av tabell 1 finns en tendens till generellt sett minskat läkarutnyttjande, men denna tendens är inte statistiskt signifikant. Det finns också vissa variationer i andelen som gjort minst ett läkarbesök de senaste månaderna mellan olika befolkningsgrupper. Exempelvis besöker äldre personer läkare oftare än yngre, och arbetare besöker läkare för egna besvär oftare än högre tjänstemän. Likaså finns trender över 1990-talet, där exempelvis yngre i allt mindre grad och äldre i allt högre tycks besöka läkare. Dessa variationer kvarstår i huvudsak även om en multivariat analys används där skillnader i sammansättningen med avseende på ålder, kön, familjetyp etc. mellan olika grupper ren-

sats bort. Kvinnor, äldre, utrikes födda, ensamstående med barn och arbetare har i högre grad än andra gjort läkarbesök under de senaste tre månaderna. Skillnaderna i besöksfrekvens mellan olika befolkningsgrupper som redovisas i tabell 1 är således inte ett resultat av skillnader i exempelvis åldersfördelning.

Det är dock mycket svårt att tolka skillnaderna i utnyttjandet av läkarvård i termer av välfärd eller ofärd. Precis som med försäkringar för brand eller stöld är ett läkarbesök på grund av egen sjukdom något som de flesta önskar slippa göra. Därför är det först då hänsyn tas till olika gruppers sjukdomsbörda som en rättvisande bedömning av sjukvårdens fördelning mellan grupper i början respektive slutet av 1990-talet kan göras.

I tabell 2 redovisas en analys av läkarbesök för egna besvär där hänsyn också tas till skillnader i hälsotillstånd. Fyra olika hälsomått har använts, vilka tillsammans kan förväntas fånga en stor del av den variation i hälsotillstånd som finns mellan olika grupper. Även om de skillnader i vårdutnyttjande som kvarstår efter kontroll för hälsotillstånd inte entydigt kan sägas indikera över- eller underutnyttjande av vården ger en sådan analys ändå en rimligare bild av om vården fördelas på ett rättvist sätt eller ej.¹¹

¹¹ Ett tecken på att standardiseringen för skillnader i hälsotillstånd fungerar tillfredsställande är att åldersvariationen reduceras mycket kraftigt jämfört med en multivariat modell där hälsovariablerna inte inkluderats.

Tabell 2. Läkarbesök givet hälsotillstånd. Relativa skillnader (oddskvoter) för benägenheten att under de senaste tre månaderna för egen räkning besökt läkarmottagning, jourhavande läkare eller akutmottagning med hänsyn taget till hälsotillstånd¹² efter år, kön, ålder, födelse-land, familjetyp och klass. Referenskategori (1,0) är genomsnittet för alla. Antal observationer 23 802

	Effekt	p-värde
År		0,1894
	1988-89	1,02
	1996-97	0,98
Kön		0,0010
	Kvinnor	1,05
	Män	0,95
Ålder		0,0025
	16-24	1,10
	25-34	1,06
	35-44	0,91
	45-54	0,95
	55-64	0,97
	65-74	0,93
	75-84	1,11
Födelseland		0,4732
	Sverige	0,98
	Utrikes	1,02
Familjetyp		0,1970
	Ensamstående utan barn	0,99
	Sammanboende utan barn	1,04
	Sammanboende med barn	0,94
	Ensamstående med barn	1,03
Klass		0,0023
	Högre tjänstemän	1,11
	Tjänstemän, mellannivå	1,10
	Lägre tjänstemän	1,09
	Arbetare i kvalificerade yrken	1,04
	Arbetare i okvalificerade yrken	1,03
	Egen företagare	0,90
	Övriga	0,77
Förändringar av skillnaderna mellan:		
	könen	Ja
	åldersgrupperna	Ja
	utrikes och inrikes födda	Nej
	olika hushållstyper	Nej
	klasserna	Nej

¹² Fyra aspekter av nedsatt hälsa inkluderas i analysen, nämligen självskattad hälsa sämre än god, begränsande långvarig sjukdom, långvarig sjukdom med svåra besvär, samt ängslan, oro eller ångest.

I tabellen redovisas benägenheten att söka läkarvård baserat på en multivariat analys där justering gjorts också för skillnader i hälsotillstånd mellan olika grupper. Resultaten visar bland annat att kvinnor går till läkare i något högre grad än män också då skillnader könen emellan vad gäller ålder, ursprungsland, familjesituation, klass och hälsotillstånd rensats bort. Eftersom effektskattningarna beräknats som avvikelser från ett genomsnitt, där kvinnor ligger över och män under genomsnittet, är skillnaden mellan könen i utnyttjandet av läkarvård lite drygt tio procent (1,05/0,95). Denna skillnad är tillräckligt stor för att vara statistiskt signifikant, det vill säga det är i högsta grad sannolikt att den finns i verkligheten och inte enbart i intervjumaterialet. Detta kan avläsas av p-värdet vilket enligt gängse kriterier inte skall vara större 0,05 (det vill säga fem procents sannolikhet att skillnaden uppkommit av en slump) för att en skillnad skall betraktas som signifikant.

Med hänsyn taget till skillnader i hälsotillstånd finns det således ingen egentlig förändring i nyttjandet av läkarvård i allmänhet, och inte heller några skillnader i vårdutnyttjande mellan olika familjetyper och mellan in- och utrikes födda. Däremot kvarstår skillnader mellan män och kvinnor samt mellan olika samhällsklasser även efter kontroll för hälsotillstånd. Kvinnor har i högre grad än män besökt läkare även då hälsoskillnader vägs in, men skillnaden är måttlig. Klasskillnaderna ställs däremot på huvudet – utan hänsyn till hälsoskillnader utnyttjar arbetare vården mer än högre tjänstemän, men med kontroll för skillnader i ohälsa är det tvärtom. Skillnaderna är dock också här måttliga, och det är framför allt i gruppen ”övriga”¹³ som vårdutnyttjandet är betydligt mindre än vad som kunde anses befogat med tanke på hälsotillståndet.

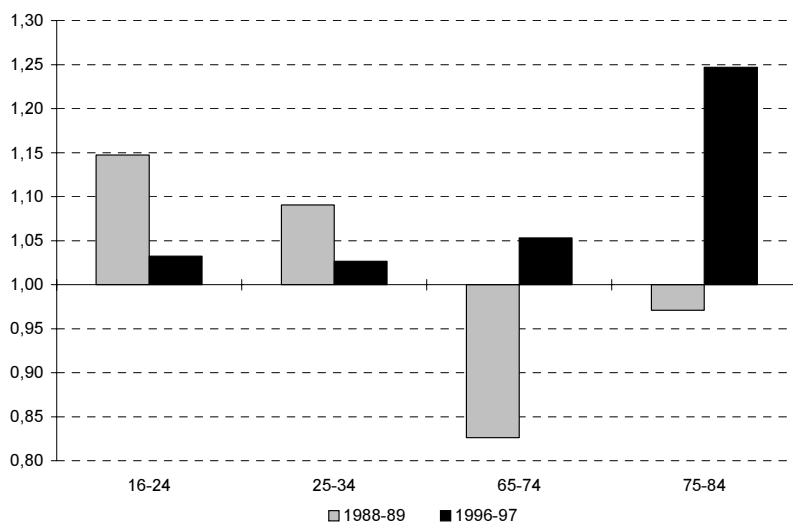
Den svaga tendensen till ett relativt överutnyttjande av läkarvård bland högre tjänstemän förstärks dock ju fler typer av läkarkontakter som inkluderas. Framförallt ökar skillnaderna då även läkares hembesök (som är mycket ovanliga) och telefonkontakter beaktas, och till skillnad från personliga besök hos läkare har telefonkontakterna blivit vanligare under 1990-talet. Om därutöver också läkarbesök för vaccination, friskintyg och liknande inkluderas är skillnaderna mellan klasserna i vårdkonsumtion givet hälsotillstånd ytterligare något större. Det finns således ett slags omvänt vårdgap, där i synnerhet högre tjänstemän i förhållande till sitt hälsotillstånd har kontakt med läkare i högre grad än arbetare. Denna tendens var dock lika stark 1996-1997 som den

¹³ Gruppen ”övriga” består i huvudsak av studenter, förtidspensionärer samt ålderspensionärer för vilka yrkesinformation saknas.

var 1988-1989. Inte i något fall har klasskillnadernas storlek förändrats på ett statistiskt signifikant sätt mellan dessa tidpunkter.¹⁴

Däremot har skillnaderna mellan åldersgrupperna förändrats på ett statistiskt signifikant sätt, och detta oavsett vilken typ av mått på läkarkontakt som används. Denna förändring av åldersrelationerna innebär att yngres vårdkonsumtion (givet hälsotillstånd) minskat medan de äldres vårdkonsumtion ökat (se figur 6). Motsvarande bild erhålls även vid en analys av läkarkontakter totalt sett, men är då än mer uttalad.

Figur 6. Förändring av ålderskillnader i läkarbesök under 1990-talet för de yngsta och de äldsta. Referenskategori (1,00) är genomsnitt för alla. Justerat för kön, födelseland, familjetyp, klass och hälsotillstånd



Minskningen av benägenheten att göra minst ett läkarbesök de senaste kvartalet i åldrarna 16-34 år är också absolut, liksom ökningen bland de två äldsta åldersgrupperna är det (se tabell 1).¹⁵ Analysen pekar på att

¹⁴ Det bör påpekas att en analys av ULF-data 1990-91 och 1993-94 (Whitehead, Evandrou, Haglund och Diderichsen 1997) redovisar en ökning av vårdkonsumtionen bland högre tjänstemän, vilket också lett till ökade klasskillnader i läkarbesök givet hälsotillstånd. Dessa undersökningsår har dock enbart en övergripande fråga på läkarkontakt använts, och författarna har också specificerat den statistiska analysen något annorlunda. Högre tjänstemäns vårdkonsumtion tycks öka också i de analyser som här redovisas, men denna ökning är långt ifrån statistiskt signifikant, och motverkas dessutom av en svag utjämning mellan andra klasser.

¹⁵ Den absoluta andelen som besökt läkare, det vill säga då ingen standardisering för klass, hälsotillstånd m.m. gjorts, var naturligtvis högre i de äldsta åldersgrupperna vid båda tillfällena.

äldre i slutet av 1980-talet underutnyttjade läkarvård givet sitt hälsotillstånd, men att de åtta år senare snarare överutnyttjade sådan vård. En sådan tolkning bör dock omgärdas med ett stort mått av försiktighet. Exempelvis kan det ökande bruket av läkarvård bland de äldsta orsakas av ökande hälsoproblem som ej fångas in i våra hälsomått. Den tendens till minskande läkarvårdsutnyttjande bland yngre, såväl i absoluta termer som relativt andra grupper och i relation till hälsotillstånd måste dock anses alarmerande. I synnerhet ungdomar 16-24 år tycks ha minskat sitt utnyttjande av läkarvård utan att detta kan förklaras med ett förbättrat hälsotillstånd.

3.2.2 Att ej söka läkarvård

Överlag tycks således de direkta kontakterna med läkare ha minskat något, medan telefonkonsultationerna ökat. Sammantaget har därmed kontakterna med läkare minskat endast marginellt. Givet de ökande kostnaderna för läkarbesök kan det dock inte uteslutas att denna konstans i utnyttjad läkarvård döljer ett växande problem med läkarbesök som så att säga aldrig blir av. Att inte besöka eller på annat sätt kontakta läkare fast man egentligen har behov av det kan vara en sista utväg om patientavgiften verkar för hög eller inkomstbortfallet för stort.¹⁶

Att någon gång de senaste månaderna inte ha sökt läkarvård trots att man anser sig behöva det är dock inte liktydigt med att man helt stått i avsaknad av läkarvård, eftersom man mycket väl kan ha avstått från att söka vård någon gång men gått till läkaren vid något annat tillfälle under den senaste tremånadersperioden. De som helt har avstått från läkarvård kan visserligen bestå av människor med ganska marginella hälsoproblem, men det kan förefalla allvarligare ur ett välfärdsperspektiv att stå helt utan vård trots att man någon gång ansett sig behöva träffa en läkare, än att ha varit hos läkare men anse sig ha behövt gå fler gånger än som faktiskt blev fallet. Å andra sidan kan hävdas att alla som anser sig behöva läkarvård skall kunna få sådan, oavsett hur många vårdtillfällen man tidigare haft. Eftersom anledningen till varför man ej sökt läkare är okänd (t.ex. vilken typ av åkomma man då hade eller hur allvarlig denna var) är det inte möjligt att definitivt avgöra var de största välfärdsproblemen ligger.

Till skillnad från analysen av läkarbesök är det här inte helt självklart att hänsyn måste tas till skillnader i hälsotillstånd mellan olika

¹⁶ Den fråga som ställts i ULF-intervjuerna lyder ”Har du under samma period (de senaste tre månaderna) någon gång ansett Dig vara i behov av läkarvård men inte sökt vård?”

grupper för att möjliggöra en välfärdsrelevant bedömning av 1990-talsutvecklingen. I någon mening är behovet av vård redan givet i frågan, även om innebörden av begreppet behov möjligen kan tänkas variera med faktiskt hälsotillstånd. En multivariat analys utan hälsotillstånd ger dock i allt väsentligt samma resultat som en där hälsotillstånd inkluderas. Därför redovisas i det följande analysen med hänsyn taget för hälsoskillnader.

Andelen som under de senaste tre månaderna någon gång ansett sig vara i behov av läkarvård men inte sökt vård är densamma 1988-1989 och 1996-1997 (se tabell 3). Inte heller andelen som trots upplevt vårdbehov helt avstått från att söka läkare för egna besvär under det senaste kvartalet har ökat under 1990-talet utan har tvärtom minskat signifikant under 1990-talet. Detta går delvis på tvärs emot vad man skulle vänta sig givet utvecklingen av patientavgifterna. Utan hänsyn tagen till skillnader i hälsotillstånd har yngre, utrikes födda, ensamstående med barn och arbetare i högre grad än andra helt stått utan läkarvård under det senaste kvartalet. Eftersom skillnader mellan olika befolkningsgrupper gestaltar sig på ett mycket likartat sätt oberoende av vilket mått som används redovisas enbart multivariata analyser av att helt stått utan vård (se tabell 4).

Tabell 3. Avstått från läkarvård. Andel som under de senaste tre månaderna någon gång ansett sig vara i behov av läkarvård men inte har sökt vård, samt andel som har avstått från att söka vård någon gång och heller inte besökt eller talat på telefon med läkare. Befolkningen 16-84 år 1988-1989 respektive 1996-1997 efter kön, ålder, födelseland, familjetyp och klass. Antal observationer 24 115 respektive 24 130

		Avstått från läkarvård någon gång trots behov		Helt avstått från läkarvård trots behov	
		1988-1989	1996-1997	1988-1989	1996-1997
Kön					
	Kvinnor	11,5	12,0	6,1	5,7
	Män	10,1	9,6	5,8	4,9
Ålder					
	16-24	9,3	10,7	5,7	6,1
	25-34	10,9	11,6	6,3	6,3
	35-44	11,3	11,1	6,4	5,5
	45-54	13,0	11,6	6,6	5,9
	55-64	12,2	10,8	6,3	4,5
	65-74	9,3	9,5	4,9	3,4
	75-84	8,7	8,6	3,8	3,2
Födelseland					
	Sverige	10,0	9,9	5,5	4,9
	Utrikes	19,6	17,7	10,0	7,8
Familjetyp					
	Ensamstående utan barn	10,8	10,9	5,5	5,4
	Sammanboende utan barn	9,9	9,9	5,3	4,6
	Sammanboende med barn	11,5	11,0	7,0	5,8
	Ensamstående med barn	16,3	17,6	7,8	7,3
Klass					
	Högre tjänstemän	8,7	7,0	5,5	3,2
	Tjänstemän, mellannivå	8,3	9,5	4,7	6,0
	Lägre tjänstemän	10,7	9,4	5,9	4,0
	Arbetare i kvalificerade yrken	11,3	12,4	6,2	6,3
	Arbetare i okvalificerade yrken	12,7	13,6	6,6	6,0
	Egen företagare	10,6	9,2	6,1	4,1
	Övriga	12,3	16,1	4,7	8,8
Alla		10,8	10,8	5,9	5,3

Tabell 4. Helt avstått från läkarvård trots behov. Relativa skillnader (oddskvoter) för benägenheten att under de senaste tre månaderna inte ha sökt vård trots att behov funnits, och inte heller besökt läkare eller talat med läkare per telefon för egna besvär, med hänsyn taget till hälsotillstånd¹⁷ efter år, kön, ålder, födelseland, familjetyp och klass. Genomsnittsvärde=1,0. Antal observationer 23 847

		Effekt	p-värde
År	1988-89	1,06	0,0405
	1996-97	0,94	
Kön	Kvinnor	1,03	0,3009
	Män	0,97	
Ålder	16-24	1,43	0,0000
	25-34	1,34	
	35-44	1,15	
	45-54	1,22	
	55-64	0,94	
	65-74	0,74	
	75-84	0,54	
Födelseland	Sverige	0,83	0,0000
	Utrikes	1,21	
Familjetyp	Ensamstående utan barn	0,94	0,0724
	Sammanboende utan barn	0,90	
	Sammanboende med barn	1,12	
	Ensamstående med barn	1,06	
Klass	Högre tjänstemän	0,85	0,2454
	Tjänstemän, mellannivå	1,04	
	Lägre tjänstemän	0,92	
	Arbetare i kvalificerade yrken	1,09	
	Arbetare i okvalificerade yrken	1,08	
	Egen företagare	1,00	
Förändringar av skillnaderna mellan:	Övriga	1,05	
	könen	Nej	
	åldersgrupperna	Nej	
	utrikes och inrikes födda	Nej	
	olika hushållstyper	Nej	
klasserna	Ja		

¹⁷ Fyra aspekter av nedsatt hälsa inkluderas i analysen, nämligen självskattad hälsa sämre än god, begränsande långvarig sjukdom, långvarig sjukdom med svåra besvär, samt ängslan, oro eller ångest.

I den multivariata analysen, med hänsyn taget till skillnader i hälsotillstånd, framkommer endast två signifikanta skillnader mellan olika befolkningsgrupper. För det första finns ett starkt omvänt samband med ålder, så att yngre i högre grad än äldre anser sig haft behov av vård men inte sökt läkarvård. För det andra har utrikes födda, också då hänsyn tagits till skillnader i hälsotillstånd, i långt högre grad än andra avstått från att söka vård trots att de ansett sig haft behov av läkarvård.

Slutligen finns också en signifikant interaktion mellan år och klass. Denna innebär att den allmänna trenden mot en minskning av att helt avstå från läkarvård trots ett upplevt behov relativt sett varit starkare bland högre tjänstemän än bland andra grupper, medan gruppen "övriga" istället har erfarit en ökning. Skillnaderna mellan högre tjänstemän och andra grupper har därmed har ökat något, även om de ur ett välfärdspolitiskt perspektiv fortfarande är relativt små.

Sammantaget kan konstateras att det under 1990-talet inte har skett någon ökning av andelen som trots upplevt vårdbehov av någon anledning inte sökt läkare; detta trots de förändringar som skett i vårdsystemet. Samtidigt reser det faktum att cirka elva procent av befolkningen under en tremånadersperiod ej sökt vård trots att de tyckt sig behöva det vissa frågor om systemets funktion. Särskilt alarmerande kan det tyckas att det givet hälsotillstånd i första hand är yngre människor som av någon anledning avstår från att söka vård. Även om deras hälsoproblem rimligen är mindre kan problemen tänkas bli allvarligare på sikt om de inte behandlas. Mer systematiska tolkningar av innebörden av att framförallt yngre människor tycks avstå från att söka läkarvård måste dock anstå i väntan på underlag som gör det möjligt att separera olika typer och allvarlighetsgrad på de hälsoproblem som ej fått behandling, liksom orsakerna till att människor ibland inte söker den vård de anser sig behöva.

3.2.3 Medicinanvändning

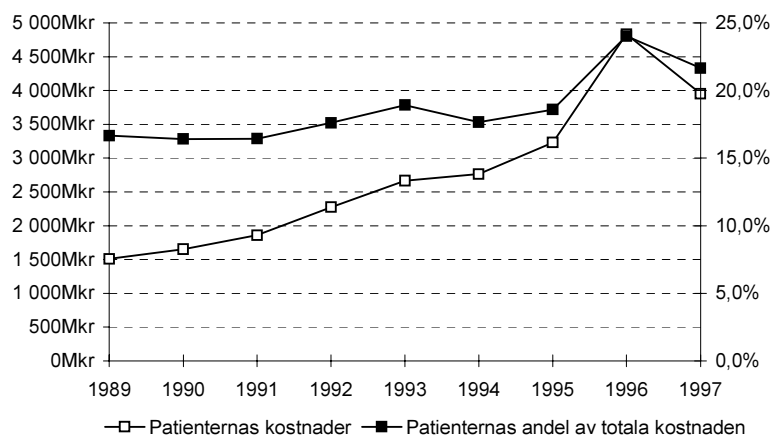
Att kostnaderna för vården totalt sett är oförändrade trots de neddragningar som har skett beror på att kostnaderna för läkemedel ökat dramatiskt.¹⁸ År 1990 uppgick läkemedelskostnaderna till cirka 10,1 miljarder kronor, medan kostnaden 1996 uppgick till 20,1 miljarder kronor.¹⁹ Läkemedelskostnaderna fördubblades alltså på några få år mätt i löpande priser. Även i fasta priser var ökningen mycket kraftig, 88 procent. Läkemedelskostnadernas andel av de totala sjukvårdskostnaderna ökade under perioden från 8,4 till 15,7 procent (Socialstyrelsen 1999a). I ett internationellt perspektiv har Sverige dock haft en relativt måttlig läkemedelskonsumtion. Läkemedelskostnadernas andel av sjukvårdskostnaderna var enligt OECD år 1997 något lägre än genomsnittet för ett urval av 16 OECD-länder (Läkemedelsindustriföreningen 1999).

Centralt är dock att inte enbart de totala kostnaderna har ökat utan också de enskilda medborgarnas andel. Ur ett välfärdsperspektiv är det då av intresse att hålla isär receptbelagda mediciner från de läkemedel som allmänheten köper över disk, det vill säga receptfria läkemedel mot värk, förkylning, allergi etc. Allmänhetens andel av kostnaderna för de receptbelagda medicinerna bestäms i hög grad av politiska och ekonomiska beslut utom räckhåll för den enskilde, samtidigt som dessa mediciner många gånger är viktigare för att kunna leva ett någorlunda drägligt liv än vad som är fallet med receptfria läkemedel. Tre gånger under 1990-talet har också förändringar av samhällets subvention av läkemedelskostnaderna genomförts, där framförallt de två senaste (1/1 1997 samt 1/1 1999) inneburit ökade kostnader för den enskilde.

¹⁸ Läkemedel finansieras från tre källor; offentligt genom sjukvårdshuvudmännen med statsbidrag (läkemedelsförmånen), offentligt enbart genom sjukvårdshuvudmännen (sluten vård), samt privat (patienter/den enskilde). Här avses de totala kostnaderna, dvs. även den del som betalas av den enskilde.

¹⁹ Efter en tillfällig nedgång 1997 beroende på hamstring (se fotnot 20) stannade kostnaden 1998 på 20,8 miljarder. Då alla uppgifter inte är tillgängliga för år 1998 och försäljningen för 1997 avviker från mönstret kommer i det följande utvecklingen 1990-1996 att fokuseras.

Figur 7. Patienternas kostnader för receptbelagda läkemedel uttryckt som miljoner kronor i löpande priser respektive andelen av den totala läkemedelskostnaden. 1989-1997



Källa: Anell m.fl. 1998.

Allmänhetens direkta kostnader för receptbelagda läkemedel har totalt sett under perioden stigit från 1,5 miljarder kronor 1989 till närmare fyra miljarder kronor 1997 (figur 7). Samtidigt har också de totala kostnaderna ökat stadigt, varför patienternas andel av kostnaden förblev relativt konstant fram till 1995.²⁰ Därefter har patienternas andel av kostnaderna ökat. Också värdet av handköpen, det vill säga köp av receptfria läkemedel, har ökat och sammantaget står allmänheten 1997 för 31 procent av de totala läkemedelskostnaderna.

På vilket sätt har då dessa förändringar av de ekonomiska förutsättningarna för medicininköp påverkat människors användning av läkemedel? I någon mån kan svar på denna fråga fås från de uppgifter om läkemedelsanvändningen som finns i ULF-materialet. Frågorna gäller om vissa uppräknade typer av läkemedel har använts de senaste två veckorna, och för vissa av läkemedlen också om man använt dem regelbundet eller bara tillfälligt. Det finns inga uppgifter om mängden medicin som använts, och det är heller inte möjligt att på ett enhetligt

²⁰ Den extra höga kostnaden för 1996 kan dock till en del förklaras med en hamstring av läkemedel under hösten 1996 inför det första steget i läkemedelsreformen. Denna temporära effekt har uppskattats till 1,3 miljarder kronor, och nedgången under 1997 skall ses mot bakgrund av hamstringen året innan. Under 1999 ökade dock de totala läkemedelskostnaderna på nytt, och var första kvartalet 1999 14 procent högre än motsvarande period 1998. Kostnadsutvecklingen har fortsatt också under 2000, då försäljningen ökade med nästan 9 procent under första kvartalet jämfört med motsvarande period 1999 (se www.lif.se/info/Branschinfo/Sales/sales.asp).

sätt skilja receptfria från receptbelagda mediciner åt. Även om det därmed inte går att studera medicinkostnadernas fördelning i befolkningen är det angeläget att se hur medicinkonsumtionen i stort utvecklats givet de ovan redovisade kostnadsökningarna.²¹

Generellt sett är det en ökning av andelen som de senaste två veckorna uppger att de använt någon form av medicin från drygt 44 procent till drygt 48 procent. Denna generella trend mot ökande medicinanvändning speglar således de ökande totalkostnaderna, även om de senare också styrs av höga priser på nya preparat.

²¹ Det mått som används speglar om de intervjuade under den senaste tvåveckorsperioden använt åtminstone en av följande mediciner: Hostmedicin eller näsdroppar, Sulfa eller penicillin, salvor eller annat för huden, Laxermedel, Järnmedicin, Vitaminer, Hjärtmedicin, Blodtryckssänkande, Magsårsmedicin (enbart med 1996-97), Astmamedicin (enbart med 1996-97), Smärtstillande utan recept (enbart om taget regelbundet), Smärtstillande med recept, Sömnmedel, Antidepressiva (enbart med 1996-97), Nervlugnande, Annan av läkare ordinerad medicin. Tillskottet av medicintyper motsvarar i huvudsak en förändring av utbudet. I princip skall de mediciner mot magsår, astma och depressioner som fanns att tillgå 1988-89 finnas representerade i kategorin Annan av läkare ordinerad medicin.

Tabell 5. Medicinanvändning. Andel som använt minst ett slags medicin (för specifikation se not 21) under de senaste två veckorna 1988-1989 respektive 1996-1997 efter kön, ålder, födelseland, familjetyp och klass. Antal observationer 23 780

		Medicinanvändning	
		1988-1989	1996-1997
Kön	Kvinnor	50,2	53,9
	Män	38,2	42,7
Ålder	16-24	31,0	43,0
	25-34	34,3	39,5
	35-44	35,4	40,1
	45-54	40,3	44,5
	55-64	55,6	53,9
	65-74	64,5	62,5
	75-84	74,1	75,0
Födelseland	Sverige	44,2	48,7
	Utrikes	45,1	45,6
Familjetyp	Ensamstående utan barn	45,1	49,4
	Sammanboende utan barn	51,5	53,6
	Sammanboende med barn	34,3	39,8
	Ensamstående med barn	45,5	47,8
Klass	Högre tjänstemän	38,5	44,9
	Tjänstemän, mellannivå	41,8	45,3
	Lägre tjänstemän	43,4	49,9
	Arbetare i kvalificerade yrken	43,4	48,4
	Arbetare i okvalificerade yrken	48,0	52,4
	Egen företagare	44,7	47,3
	Övriga	51,2	40,2
Alla		44,3	48,3

Den generella ökningstrenden bryts dock på ett par punkter. I åldrarna 55 år och äldre är det snarast en tendens till minskad konsumtion, och bland kategorin "övriga" i klassindelningen är det en tydlig minskning. Dessutom har andelen som använt medicin de senaste två veckorna förblivit konstant bland utrikes födda.

En multivariat analys av medicinbruk (med hänsyn taget till skillnader i ålder, könsfördelning, klasstillhörighet, familjetyp och ursprungsland) ger en bild som i mycket stämmer med redovisningen i tabell 5 ovan (siffrorna redovisas ej). Bruket av mediciner har ökat över 1990-talet, kvinnor och äldre använder i högre grad mediciner. Ensamstående med barn använder i högre grad medicin än sammanboende med barn,

liksom arbetare i viss mån har högre andelar brukare än tjänstemän. Några skillnader mellan in- och utrikes födda finns dock inte.

Som tidigare diskuterats rörande läkarvård finns också för medicinanvändning ett behov av att tolka skillnader i utnyttjande i relation till förekomsten av hälsoproblem. Angreppssättet att liksom ovan på statistisk väg justera för uppgivna hälsoproblem är dock inte lika självklar när analysen gäller medicinanvändning. Detta dels därför att mediciner får antas vara verksamma mot de åkommor de tas för, vilket i sin tur kan påverka i vilken utsträckning åkommorna rapporteras i intervjuundersökningar. Dels används också mediciner mot tillfälliga besvär som kanhända inte uppfattas som långvariga sjukdomar eller ens leder till en nedsatt självskattad hälsa. Tolkningen av analyserna av medicinanvändning givet hälsotillstånd blir därför svårare att göra, samtidigt som analyser av medicinbruk utan hänsyn till någon form av indikation på behov är än mer vanskliga.

Givet hälsotillstånd kvarstår ökningen av medicinanvändningen över tid, vilken således inte kan förstås som ett resultat av förändringar av hälsotillståndet (så som det mäts här). Kön- och ålderskillnaderna kvarstår också, även om de senare försvagas något. Givet hälsotillstånd framträder däremot påtagliga skillnader efter födelseland, det vill säga utrikes födda tenderar att underutnyttja mediciner givet den sjuklighetsnivå som finns i den gruppen. Också klasskillnaderna påverkas då hänsyn tas till hälsotillståndet – dels ökar de men framför allt kastas de om. Tjänstemän på hög- och mellannivå brukar mediciner i större utsträckning än vad deras hälsotillstånd (så som det mäts här) motiverar. De inledningsvis diskuterade reservationerna gäller dock också här.

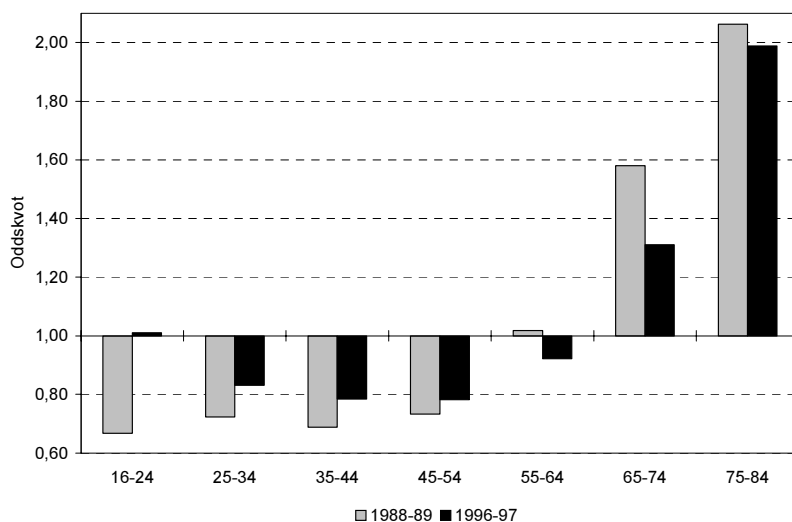
Tabell 6. Medicinanvändning givet hälsotillstånd. Relativa skillnader (oddskvoter) för benägenheten att under de senaste två veckorna använt minst ett slags medicin (för specifikation se not 21) med hänsyn taget till hälsotillstånd²² efter år, kön, ålder, födelseland, familjetyp och klass. Genomsnittsvärde=1,0. Antal observationer 23 654

		Effekt	p-värde
År			0,0000
	1988-89	0,91	
	1996-97	1,10	
Kön			0,0000
	Kvinnor	1,23	
	Män	0,81	
Ålder			0,0000
	16-24	0,81	
	25-34	0,78	
	35-44	0,73	
	45-54	0,76	
	55-64	0,97	
	65-74	1,46	
	75-84	2,02	
Födelseland			0,0000
	Sverige	1,12	
	Utrikes	0,89	
Familjetyp			0,1349
	Ensamstående utan barn	0,98	
	Sammanboende utan barn	1,06	
	Sammanboende med barn	0,98	
	Ensamstående med barn	0,99	
Klass			0,0000
	Högre tjänstemän	1,21	
	Tjänstemän, mellannivå	1,11	
	Lägre tjänstemän	1,01	
	Arbetare i kvalificerade yrken	1,01	
	Arbetare i okvalificerade yrken	0,97	
	Egen företagare	0,92	
Övriga	0,83		
Förändringar av skillnaderna mellan:			
	könen	Nej	
	åldersgrupperna	Ja	
	utrikes och inrikes födda	Nej	
	olika hushållstyper	Nej	
	klasserna	Nej	

²² Självskattad hälsa sämre än god, begränsande långvarig sjukdom, långvarig sjukdom med svåra besvär samt ångslan oro eller ångest.

Av analysen som presenteras framgår att de relativa skillnaderna i medicinanvändning förblivit konstanta med ett undantag – relationen mellan olika åldersgrupper har ändrats på ett statistiskt signifikant sätt. Denna förändring innebär att också justerat för skillnader i hälsotillstånd samt befolkningsgruppernas sammansättning i termer av kön, födelseland hushållstyp och klass har yngres medicinanvändning ökat. Relativt genomsnittet har därmed också äldres användning minskat något.

Figur 8. Förändring av åldersskillnader i medicinanvändning, givet hälsotillstånd



3.3 Vårdutnyttjande i sammandrag

De ovan redovisade analyserna ger en bild av i vilken utsträckning människor i olika grupper sökt läkarvård i slutet av 1980-talet jämfört med under 1990-talets senare hälft. Generellt sett kan en svag minskning av de personliga kontakterna med läkare registreras, där minskningar i besök till viss del dock kompenseras av en ökning av telefonkontakter. Samtidigt har andelen som avstått från att söka läkarvård trots att de ansett sig behöva sådan inte ökat generellt sett. Däremot har medicinanvändningen ökat.

Nyttjandet av vården, och i synnerhet skillnader mellan olika grupper härvidlag, måste dock i någon mån sättas i relation till de hälsoproblem som människor har. Det finns skillnader i vårdutnyttjande mellan exempelvis kvinnor och män och olika samhällsklasser, även

om skillnaderna är relativt måttliga. Sådana skillnader framträder dock tydligare om mer omfattande mått på läkarkontakt används, det vill säga då även telefonkontakter och besök för vaccination etc. inkluderas. Yngre tycks också i högre grad än äldre avstå från att söka läkarvård då hänsyn tas till hälsotillstånd.

Mycket lite av förändringar av skillnader i vårdutnyttjande kan registreras, med ett påfallande undantag. Yngres situation tycks ha förändrats, både i absoluta men framförallt i relativa termer. Bland yngre har under 1990-talet utnyttjande av läkarvård (givet hälsotillstånd) minskat medan medicinkonsumtionen ökat, samtidigt som det är vanligast i dessa åldersgrupper att inte söka läkarvård trots upplevt behov. Det är dock oklart om detta skifte från läkarvård till mediciner representerar en positiv eller negativ utveckling för de enskilda.

Slutligen bör framhållas att inga indikatorer på vårdens kvalitet i termer av väntetider, bemötande eller uppnått behandlingsresultat redovisats i denna uppsats. Sådana uppgifter är också svåra att finna, särskilt om förändringar över tid står i fokus. De uppgifter som finns att tillgå ger också en något splittrad bild. Så tycks exempelvis den så kallade åtgärdbara dödligheten, det vill säga dödlighet i sjukdomar för vilka hälso- och sjukvårdens insatser anses ha en särskilt stor inverkan, i huvudsak ha minskat något för såväl kvinnor som män mellan 1990 och 1996 (Socialstyrelsen 1999d, sid. 258). Denna dödlighet utgör dock endast en mycket liten del av dödligheten totalt sett, och dödligheten i övriga dödsorsaker har också minskat under samma period. Dessutom har andelen i befolkningen som anser sig haft anledning att vara missnöjda med sjukvården ökat ganska påtagligt mellan 1992 och 1998 (Socialstyrelsen 1999d, sid. 272). Den fullständiga bilden av hur svensk sjukvårds tillgänglighet och kvalitet har förändrats under 1990-talet återstår därför att teckna.

Referenser

- Anell, A., B. Jönsson & U. Persson, 1998. *Läkemedelskostnaderna*. Lund: IHE och Stockholm: Handelshögskolan.
- Anell, A. & M. Persson, 1998. "Mäta BNP-andel inte nog. Reala mått kompletterar", *Läkartidningen* 95: 3315-3318.
- Bäckström, C. & C. Henriksson, 1999. *Vad tycker du om sjukvården? Medicinundersökning 1998 och jämförelse mellan åren 1990, 1993, 1996 och 1998*. Stockholm: Inregia AB.
- Fritzell, J. & O. Lundberg, under publ. *Välfärd, ofärd och ojämlikhet. Om levnadsförhållandenas förändringar 1989-1998*. Stockholm: Kommittén Välfärdsbokslut.
- Holmberg, S. & L. Weibull, 1999a. "Ljusnande framtid", i Holmberg, S. & L. Weibull (red.), *Ljusnande framtid*. SOM-rapport nr 22, sid. 7-29. Göteborg: SOM-institutet.
- Holmberg, S. & L. Weibull, 1999b. "Förnyat förtroende?", i Holmberg, S. & L. Weibull (red.), *Ljusnande framtid*. SOM-rapport nr 22, sid. 33-51. Göteborg: SOM-institutet.
- Läkemedelsindustriföreningen, 1999. *Fakta 99. Läkemedelsmarknaden och hälso- och sjukvården*. Stockholm: Läkemedelsindustriföreningen.
- Socialstyrelsen, 1999a. *Sjukvårdens resurser – utveckling och fördelning*. Underlag till Kommittén Välfärdsbokslut. Stencil.
- Socialstyrelsen, 1999b. *Patientavgifter, vårdefterfrågan och jämlikhet*. Underlag till Kommittén Välfärdsbokslut. Stencil.
- Socialstyrelsen, 1999c. *Kan uppgifter i nationella kvalitetsregister spegla förändringar i välfärden? Ett underlag för vidare analys*. Underlag till Kommittén Välfärdsbokslut. Stencil.
- Socialstyrelsen, 1999d. *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1999*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Whitehead, M., M. Evandrou, B. Haglund & F. Diderichsen, 1997. "As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care?", *BMJ* 315: 1006-1009.

4 Funktionshindrade och den offentliga hjälpapparaten

*Karin Barron, Dimitris Michailakis och
Mårten Söder*

Mitt i den svåra ekonomiska krisen i början av 1990-talet, när räntorna nådde fantasi-nivåer och de politiska krispaketen avlöste varandra, antog riksdagen en av de största sociala reformerna på handikappområdet under de senaste decennierna. Reformen innebar en särskild rättighetslagstiftning för de svårast funktionshindrade (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade; LSS), införandet av en särskild ordning för personliga assistenter (Lag om assistansersättning; LASS), att omsorgerna för de utvecklingsstörda fördes över från landsting till kommuner samt att avvecklingen av institutioner för denna grupp fullföljdes.

Handikappreformen kan ses som tidstypisk på flera olika sätt. För det första grundade den sig på en ambition att skydda dem som uppfattades som verkligt svaga och utsatta från konsekvenserna av de förändringar som samhället genomgick, framförallt de förändringar i organiseringen av omsorg och service som sammanfattande brukar benämnas decentralisering. Redan i de direktiv som låg till grund för 1989 års handikapputredning finns en påtaglig oro för att dessa förändringar skulle medföra försämrad kvalitet på omsorgerna till personer med omfattande funktionshinder, liksom fruktan för växande lokala och regionala skillnader. Dessa farhågor – som handikapprörelsen framfört under hela 1980-talet – var knappast mindre i början av 1990-talet och reformen kan ses som ett samlat politiskt uttryck för viljan att bevara anständiga livsvillkor för dem med omfattande funktionshinder. Det andra tidstypiska draget är den form skyddet för de utsatta tog sig. Redan på 1980-talet fanns en tydlig tendens till avreglering och ökat kommunalt självstyre. I lagstiftningssammanhang tog sig detta uttryck i ramlagar, som med mål istället för regler sökte styra kommunal verksamhet på ett mindre detaljerat och mer långsiktigt sätt. På sätt och vis kan den nya lagstiftningen på handikappområdet ses som ett sätt att – genom att stipulera rättigheter till vissa konkret definierade insatser –

styra den kommunala verksamheten. Men styrformen är nu en annan än den som avregleringen var ett svar på. Istället för detaljerade regler och öronmärkta resurser är det genom att förse vissa medborgare med specifika rättigheter som styrningen sker. Dessa rättigheter kan utnyttjas av individen för att begära insatser från de kommunala huvudmännen. Om man så vill: styrningen uppifrån har ersatts av en styrning nerifrån, där staten intervenerar indirekt genom att stärka den svagare parten i relationen mellan hjälpbehövande och hjälpporganisation.

Den förändrade styrningsmekanismen är också ett uttryck för ett tredje tidstypiskt inslag i handikappreformen: individualisering. Det är individen som är utrustad med rättigheter och det är individen som skall utnyttja dem. Insatser enligt rättighetslagstiftningen skall begäras av individen. Detta är i linje med de intentioner som velat undvika att omsorgsformer tvingas på den mottagande. Det kommer också till uttryck i att individens inflytande utgör ett centralt ideologiskt drag i hela reformen och i själva lagens bestämmelser om medbestämmande och integritet. Den tilltagande individualiseringen kan ses som tidstypisk också i den meningen att det speglar en mer allmän samhällsförändring från betoning av politik, kollektiv organisering och jämlikhet till betoning av marknad, individualism och frihet. Mer konkret manifesterar sig detta också i att de problem man ville lösa med den ökade individualiseringen var sådana som i den allmänna debatten pekats ut som den traditionella välfärdsstatens avigsidor: byråkrati, regelstyrning och professionell dominans på bekostnad av brukarinflytandet.

Ett fjärde drag värt att uppmärksamma i samband med handikappreformen är dess inriktning på just en mindre grupp personer med omfattande funktionshinder. I den utredning som föregick förändringarna i reformen föreslogs dessa som specifika åtgärder, åtgärder som skulle komplettera ett omfattande program för mer generella samhällsförändringar för att öka tillgängligheten som man också föreslog. Förslagen om generella åtgärder har dock inte blivit föremål för några politiska initiativ. I 1970- och 1980-talens handikappolitiska ideologi var det behovet av generella åtgärder som underströks. Ett vanligt förekommande argument i dåtidens handikappolitiska debatt var t.ex. att gruppen var så stor att dess situation bäst åtgärdades med generella åtgärder. Idag är det snarare gruppens litenhet som uppmärksammas: det är "de allra svagaste" som skall skyddas mot generella nedskärningar och strukturförändringar. I en situation när nedskärningar och försämringar i de allmänna välfärdssystemen dominerat har också den generella delen av handikappolitiken kommit på undantag.

Handikappreformen kan sammanfattningsvis på flera sätt ses som typisk för den handikappolitik som utvecklats under 1990-talet. Den är i flera avseenden en fortsättning på de ambitiösa handikappolitiska mål

som tidigare tydligast kom till uttryck i det handikappolitiska programmet med begrepp som delaktighet, normalisering och integrering. Den redan tidigare påbörjade avvecklingen av institutioner för utvecklingsstörda har fullföljts. Också på andra områden har integrationspolitiken inneburit att funktionshindrade i långt högre grad än tidigare blivit fysiskt integrerade i samhället. Handikappreformens betoning av den enskilde, dennes integritet och inflytande, kan ses som ett försök att fullfölja denna politik genom att befria funktionshindrade inte bara från den fysiska utestängning segregeringen inneburit, utan också från den sociala utestängning som levt kvar i form av paternalistiskt fungerande byråkrati och professionalism. Å andra sidan kan 1990-talets handikappolitik också ses som ett brott med den mer ”traditionella” handikappolitiken. Inriktningen på särskild lagreglering av rättigheterna för en mindre grupp med omfattande funktionshinder, på speciella mer än generella åtgärder samt betoningen av individen och brukarinflytande speglar i det perspektivet samma ”trendbrott” som avreglering, decentralisering, marknadsanpassning och betoning av det individuella valet gör i förhållande till den ”traditionella” välfärdspolitiken

4.1 Vem är funktionshindrad?

Begreppen (som handikapp, funktionsnedsättning, funktionshinder) på detta område är ständigt föremål för diskussion och präglas genomgående av oklarheter när det gäller vilka människor som begreppen konkret refererar till.¹ Vi skall här inte fördjupa oss i den diskussionen. För att få styrsel på vår fortsatta diskussion kan det dock vara praktiskt att urskilja två olika innebörder av begreppet funktionshindrad.

Det första är en administrativ definition. Funktionshindrad är den som kommer i åtnjutande av sådan service som är avsedd för denna grupp. Detta kan verka som en trivial bestämning. Men dels finns det internationell forskning som problematiserat detta ganska långt och sökt visa att begrepp som ”disabled” historiskt vuxit fram för att underlätta att operationellt göra en distinktion mellan ”värdiga” och

¹ En särskild problematik är förknippad med det så kallade relativa handikappbegreppet. Enligt detta är handikapp inte någon individuell egenskap utan något som uppkommer i relationen mellan en individs egenskaper och omgivningens förväntningar och krav. Med dessa utgångspunkter är det oegentligt att tala om att ”handikapp” refererar till några individer. ”Handikapp” blir så att säga en abstrakt kategori ur vilken konkreta individer rör sig ut och in, beroende på situation och omständigheter. Att vi i denna artikel talar om ”funktionshinder” och ”funktionshindrade” i stället för ”handikappade” är bland annat fört att undgå denna problematik. För en vidare diskussion, se Söder (1987).

”ovärdiga” hjälpbehövande (se t.ex. Stone 1984). Dels är det en form av avgränsning som återkommer i olika utredningar, utvärderingar och forskning om funktionshindrades situation. Utvärderingar av reformer fokuseras ofta på just den grupp som berörs av reformen. Ofta sker dessutom glidningar i begreppen så att man tenderar att prata om den administrativt avgränsade gruppen som om man talade om alla i den subpopulation som har funktionshinder. ”Utvecklingsstörda” är ett begrepp som ofta används på detta sätt; man utgår från den grupp som formellt definieras som utvecklingsstörda (erhåller service i enlighet med reglerna i LSS) och glider från detta till att tala om alla med låg begåvning och problem med den sociala anpassningen i samhället (som är en vidare grupp). En likartad glidning äger rum när man vill undersöka situationen för personer med funktionshinder på arbetsmarknaden och då fokuserar på den grupp som klassificerats som ”arbetshandikappade” (erhåller stöd baserat på att de formellt befunnits leva upp till en viss definition).

Ett annat sätt är att definiera gruppen utifrån något eller några individuella kriterier som inte knyter sig till vilken service man erhåller (och därmed förknippad administrativ kategori som man tillhör). Ofta görs detta genom att ta fasta på den kroppsliga eller mentala störningen (som när man talar om ”blinda”, ”rörelsehindrade”, ”psykiskt funktionshindrade” osv.). I några sammanhang preciseras denna bestämning med att man tar hänsyn till graden av svårigheter som störningen medför (ett sätt som t.ex. inte sällan används i levnadsnivåstudier). I det senare fallet blir gruppen naturligen i olika grad mindre, dvs. det finns t.ex. blinda som inte upplever särskilda svårigheter i sin dagliga livsföring eller på specifika livsområden.

Poängen är att vi med en administrativ definition kommer att tala om en grupp som är betydligt mindre än den grupp som utgår från förekomsten av personliga störningar eller svårigheter. Det finns personer med svag begåvning som inte erhåller insatser enligt LSS. Det finns personer med andra funktionshinder som har arbete utan särskilda stödåtgärder och därför inte återfinns i kategorin ”arbetshandikappade”. Det finns naturligtvis också personer med funktionshinder som definieras administrativt i ett eller några system, men inte i andra. Man kan t.ex. ha handikappersättning utan att ha insatser enligt LSS, och man kan ha en personlig assistent enligt LASS utan att för den skull vara arbetshandikappad.

Med viss förenkling skulle man kunna säga att det typiska för utvärdering av reformer för funktionshindrade är att man inriktar sina studier på den administrativt definierade kategori som berörs av reformen. De större utvärderingar som Socialstyrelsen nyligen genomfört av handikappreformen och psykiatrireformen är i huvudsak av denna karaktär.

Dess ”motpol” i detta avseende är levandsnivåundersökningar, med en strävan att beskriva levnadsförhållanden för representativa grupper i populationen där avgränsningen sker med helt andra kriterier än administrativa, vanligen individuella karaktäristiska som tar fasta på typen av funktionsnedsättning/störning och/eller graden av svårigheter man upplever som en följd av detta. Inom annan forskning varierar sättet att bestämma vem som är funktionshindrad mycket. Ibland lutar man sig, uttalat eller outtalat, mot en administrativ avgränsning, ibland mot en vidare sådan.

Den utveckling vi skisserat ovan där 1990-talet kommit att domineras av ”speciella” reformer (till skillnad från generella) och den därvid ökande betoningen av en mindre grupp funktionshindrade medför en risk för att de förhållandevis snäva administrativa definitioner som då kommer till användning skymmer sikten för att personer med funktionshinder faktiskt är en betydligt större grupp än den som kommer ifråga för speciella åtgärder.

4.2 Generella och speciella stödåtgärder

Ovanstående diskussion om olika sätt att avgränsa begreppet har betydelse också för utvecklingen av speciella åtgärder (de som kräver en administrativ, officiell definition) och allmänna åtgärder (sådana som ges inom ramen för generell lagstiftning/generella organisationer och där ingen särskild handikappkategorisering krävs). Mot bakgrund av vad som sades inledningsvis finns en tendens att handikappåtgärder och handikappolitik under 1990-talet alltmer kommit att ses som en fråga om speciella åtgärder, åtgärder som avser att fånga upp dem som faller genom maskorna i de mer generella skyddsneten.

Besparingsåtgärder i de senare gör dock att gränserna för vad som skall kvalificera för de speciella åtgärderna hela tiden förskjuts. När besparingar sker i de allmänna stödåtgärderna skapas ett tryck på de speciella åtgärdssystemen att omfatta en större grupp. Några exempel från olika forskningsprojekt kan illustrera detta.

I en studie av särskolan i Halland uppmärksammar Tideman en snabb och oväntad ökning av inskrivningen i särskolan (Tideman 1998). Ökningen är desto mer anmärkningsvärd som en uttalad förväntan i samband med att kommunerna övertog ansvaret för särskolan var att det på sikt skulle leda till att behovet av platser i särskolan minskade. Ökningen var speciellt stor i Halland, men en successiv ökning har samtidigt ägt rum i hela landet. I en fördjupad studie, framförallt byggd på intervjuer med ett antal föräldrar till barn som skrivits in i särskolan, konstaterar Tideman att inskrivning i de allra flesta fall skett

på skolans initiativ och att de argument som framförts av skollärovervakningen ofta varit rent ekonomiska. Skolan hade inte resurser att tillhandahålla om inte eleven skrevs in i särskolan och därmed klassades som utvecklingsstörd. Nedskärningarna i den vanliga skolans specialundervisning (specielllärare, psykologer, minskade resurser till assistenter) liksom mer allmän resursbrist (ökad klasstorlek) ligger, enligt Tideman, bakom den ökande tillströmningen till särskolan. Ingen av de intervjuade föräldrarna är omedvetna om eller förnekar att barnen haft problem i skolan. Men – och det är Tidemans poäng – många av dessa problem hade i ett annat resursläge väl kunnat hanteras inom ramen för den vanliga skolan och dess specialundervisning. Inskrivningen i särskolan förutsätter att eleven definieras som ”utvecklingsstörd”. Men denna kategorisering är i grunden relativ, och när skolans resurser minskar kommer fler av de elever med en relativt svag begåvning som funnits i den vanliga skolan att komma ifråga för inskrivning och därigenom kategorisering som ”utvecklingsstörda”.

I andra sammanhang har man uppmärksammat ökande problem i skolan som lett till en ökad förekomst av s.k. ”symtomdiagnoser” (grundade på vissa beteendemönster, men utan förankring i någon påvisbar biologisk defekt). Av vissa forskare har detta tolkats som en direkt parallell till den utveckling av särskolan som Tideman analyserat: när skolans resurser minskar och kunskapskraven skärps ökar också behovet av att diagnosticera problemen som individanknutna ”elevproblem” (se t.ex. Emanuelsson 1997). En delvis likartad slutsats drar Eriksson (1997) i sin analys av varför diagnoserna ”neuropsykiatriska tillstånd” har ökat så markant de senaste åren. Eriksson menar att bakom tendensen att diagnosticera egenskaper av olika slag som alltid funnits som ”neuropsykiatriska tillstånd” ligger sociala och ekonomiska problem. Det är dåliga skolförhållanden och föräldrars förtvivlan som omdefinieras till medicinska diagnoser.

Vad dessa resultat pekar på är just att de ”speciella” systemen (de som är avsedda för de funktionshindrade som inte får sina behov tillgodosedda inom ramen för det generella systemet) utsätts för ett ökat ”tryck” när kraven ökar och/eller stödresurser skärs ner. Förändringar som de här diskuterade visar också hur nära sambandet är mellan utvecklingen i de allmänna och de speciella systemen.

Ett liknande resonemang kan föras om relationen mellan socialtjänstlagen (SoL) och LSS. Den förra ger också rättigheter till funktionshindrade, men dessa är inte lika preciserade vad gäller typen av insats som i LSS. Tankefiguren bakom uppdelningen har formulerats som att LSS är en ”plusslag”. Det är när behoven inte tillgodoses på annat sätt (t.ex. genom insatser enligt SoL) som LSS skall träda in för dem som uppfyller villkoren för att tillhöra personkretsen. Också här

bäddas för en rad avgränsningsproblem. Några handikapporganisationer formulerade detta redan i remissvaret till Handikapputredningen. Flera av dem har tidigare varit kritiska till tanken på en särslag för funktionshindrade. Även om man nu gick med på uppdelningen, understök till exempel DHR i sitt remissvar att denna inte får innebära att socialtjänstlagen försvagas. I en undersökning (Åström 1998) som gjorts av detta finner man en tendens till att insatser som beviljas enligt SoL tenderar att vara mer kortsiktigt ”kompenserande”, medan insatser enligt LSS är mer ”utvecklande” (syftar till att inte bara lösa dagsaktuella problem utan också har en mer långsiktig målsättning att underlätta för den funktionshindrade att leva i gemenskap med andra). Denna skillnad förefaller dessutom förstärkas i de fall de olika insatserna administrativt sköts av olika enheter.

Farhågorna från en del handikapporganisationer förefaller ha varit befogade. Det generella systemet (här SoL) försvagas och kan komma att få till följd att fler människor med funktionshinder söker stöd via LSS. Mönstret är – menar vi – detsamma som i särskoleexemplet ovan.

Med dessa exempel vill vi synliggöra det centrala i att uppmärksamma förskjutningar i förhållandet mellan det stöd som ges i det generella systemen och det som ges i de specialdestinerade systemen. 1990-talets utveckling mot en handikappolitik som fokuserar på det speciella stödet kan innebära att negativa konsekvenser av förändringar för stora grupper, som primärt är beroende av de generella stöden, riskerar att osynliggöras. Till detta kommer att kampen om de resurser som finns i de speciella systemen hårdnar. På denna punkt behövs uppenbart mer forskning som problematiserar dessa gränsdragningar och granskar förskjutningar av gränserna och deras konsekvenser.

4.3 Kunskapsunderlaget

Den socialt inriktade forskningen om funktionshinder och handikapp sysslade under 1970- och 1980-talen i huvudsak med frågor som hängde samman med de förändringar i form av avinstitutionalisering och integrering som då kännetecknade utvecklingen på området. Denna forskning har under 1990-talet lett vidare till en fokusering på studier av funktionshindrades vardagsliv. Speciellt har därvidlag frågor om inflytande och medbestämmande kommit att studeras (Hjelmquist, Rönnberg och Söder 1994). Detta kan ses både som ett svar på den utveckling som beskrivits inledningsvis – med ökad betoning av individen, valfrihet och brukarinflytande – och ett fullföljande av de frågeställningar som växte ur forskningen om integrering.

Detta har inneburit att frågan om den funktionshindrades relation till det offentliga hjälpsystemet har kommit i fokus. Vi kan också se ett ökande forskningsintresse för historiska studier av hur olika institutioner och diskurser kring handikapp utvecklats, något som kan tolkas som en följd av en strävan att i tider av snabba ideologiska och institutionella förändringar söka förstå hur de föränderliga strukturerna etablerats och vuxit fram. Däremot är samtida analyser av de aktuella förändringarna och deras konsekvenser mer sällsynta. De kunskaper vi har om dessa har i huvudsak tagits fram inom den forskning som knutits till Socialstyrelsens utvärderingar av handikappreformen och psykiatrireformen och därvid lag i huvudsak fokuserat på de grupper av funktionshindrade som närmast berörts av dessa reformer.

Den forskning som inte är inriktad på administrativt definierade grupper är ofta inriktad på grupper med speciella funktionshinder. Detta är kanske inte så konstigt, då problemen för till exempel utvecklingsstörda skiljer sig från dem för rörelsehindrade; problemen för synskadade ser annorlunda ut än för dem med hörselskador osv. Men det betyder samtidigt att det inte finns så mycket forskning som inriktar sig på funktionshindrade som icke administrativt definierad kategori. Detta kan i sin tur vara en möjlig förklaring till att det är ont om forskning som gäller livssituation och levnadsnivå där gruppen funktionshindrade jämförs med gruppen icke funktionshindrade. Framförallt finns, oss veterligt, inga longitudinella data som kunde möjliggöra en sådan jämförelse över tid.

När vi i det följande tar fasta på just mötet mellan funktionshindrade och det offentliga hjälpsystemet är det dels på grund av dessa frågors stora aktualitet i de handikappolitiska diskussionerna, dels därför att det är på dessa områden som mest aktuell forskning står att finna. I mötet med det offentliga hjälpsystemet blir två dimensioner viktiga. Den första är inflytande; vilka möjligheter människor med funktionshinder har att påverka sin egen situation. Den andra dimensionen utgår så att säga från den andra sidan i detta möte och tar upp det bemötande som funktionshindrade får i dessa kontakter. I de två avslutande avsnitten söker vi särskilt belysa situationen för funktionshindrade kvinnor och invandrare med funktionshinder utifrån vad den knapphändiga forskningen på dessa områden visat.

4.4 Inflytande

Flera studier under 1990-talet har pekat på att situationen inom gruppen funktionshindrade vad gäller möjligheten att utöva inflytande över sina liv varierar kraftigt. I en undersökning i början av decenniet visade Söder, Barron och Nilsson (1991), med utgångspunkt i Maktutredningens typologier, på sex kvalitativt olika inflytandesituationer: vanmakt, resignation, maktlöshet, "hälsan tiger still", påverkan och rebellisk. De två första representerar en form av uppgivenhet, där inga initiativ tas trots att den enskilde är otillfredsställd med sin situation. Det handlar om människor som försökt påverka men misslyckats och därför givit upp (vanmakt) samt människor som på grund av progredierande sjukdomar givit upp sina försök att utöva inflytande (resignation). Kategorin "hälsan tiger still" omfattar människor som i stort sett är nöjda med sin situation och därför inte ser någon anledning till att förändra den. Det kan i vissa fall bero på en låg anspråksnivå, men undersökningen visar också att de faktiskt – åtminstone genomsnittligt – har en bättre livssituation än de vanmäktiga och resignerade. I kategorin maktlöshet återfinns vi dem som trots idoga försök att förbättra sin situation inte lyckas åstadkomma några förändringar.

I två av de fall som fångas upp av typologin finner vi människor med omfattande funktionshinder som kan påverka sin situation. Strategierna för detta är dock olika. I den rebelliska inflytandesituationen finner vi starka individualister. De är ofta kunniga, både om sitt eget funktionshinder och om samhällets organisation. De agerar ofta med informella strategier (personliga kontakter och genom att utnyttja kryphål i regelverken). Få av dem är medlemmar i någon handikapporganisation och de som är det är inte aktiva (inflytandemönster liknande det rebelliska identifieras också i senare studier, t.ex. Ahlström 1994, Brattgård 1994). De skiljer sig i detta avseende påtagligt från dem som befinner sig i en påverkanssituation. Dessa kan också påverka sin situation, men de gör det utifrån en kollektiv identitet som handikappade/funktionshindrade. De är ofta aktiva i handikapporganisationer och använder formella strategier för att påverka (lokala handikappråd, politikeruppvaktning, insändare).

När man idag talar om inflytande för funktionshindrade associerar man i första hand just till det individuella inflytandet. Sådan var inte situationen för tjugo år sedan. När man i det handikappolitiska programmet (Svensk handikappolitik, 1981) i början av 1980-talet talade om inflytande avsåg man i första hand det kollektiva inflytande som funktionshindrade utövar genom sina organisationer. I den ovan beskrivna undersökningen tolkas detta som att den traditionella handikappolitikens betoning av kollektivet och dess organisatoriska repre-

sensation håller på att försvagas till förmån för ett ökat individuellt inflytande, en utveckling som antas ha påskyndats av den decentralisering av den offentliga verksamheten som ägt rum. I de decentraliserade lokala sammanhangen kan människor med grava funktionshinder få svårt att göra sina röster hörda.

I det följande skall vi, mot denna bakgrund, först behandla den forskning som finns om utvecklingen av det kollektiva inflytandet, för att därefter gå över till att diskutera det individuella.

4.4.1 Kollektivt inflytande

Ett tema i studier av det kollektiva inflytandet, vid sidan av det ovan nämnda om detta inflytandes minskade betydelse i förhållande till det individuella, är det kollektiva inflytandets ändrade karaktär. I en studie visas att handikapporganisationer idag framför allt har en s.k. gemenskapsbildande funktion snarare än en socialpolitisk och mobiliserande (Kohlström, 1996). Kohlström kopplar det minskade kollektiva politiska engagemanget till att gruppen som behandlas i hennes studie, dvs. rörelsehindrade vuxna personer, idag har bättre livsvillkor generellt än tidigare och därmed ett minskat behov att genom handikapporganisationer förändra och påverka sin livssituation.

Samtidigt har det skett en hastig tillväxt av nya organisationer (Sellerberg, 1993, 1999). Sellerberg, som är en av de få svenska forskare som har studerat handikapporganisationernas föränderliga roll i det svenska samhället (se också Nyberg, 1991), visar att det under de senaste decennierna har skett en omfattande tillväxt av handikapporganisationer. Hon använder sig av en distinktion mellan inåtvända identitetsskapande och utåtvända mobiliserande organisationer. De inåtvända identitetsskapande föreningarna är sällskapsföreningar där det sociala umgänget i sig är syftet. Man agerar här inte utåt i meningen att bevaka socialpolitiska frågor. De utåtvända föreningarna är socialpolitiskt aktiva och därmed mobiliserande (ibid.). Medan de stora förbunden i Sverige tappar medlemmar (Falkenhaus, 1997:17) sker samtidigt idag nyetableringar av handikapporganisationer, patientorganisationer, diagnosgrupper och stödföreningar (Sellerberg, 1999).

Bland unga rörelsehindrade kvinnor och män fanns ett ointresse för ett aktivt deltagande i traditionella handikapporganisationer som medel för påverkan (Barron, 1997). En inte ovanlig uppfattning var att de frågor som behandlades inom dessa organisationer inte var av intresse för de unga kvinnorna och männen som deltog i Barrons studie. De beskrev att de upplevde att traditionella handikapporganisationer enbart är till för föräldrar till funktionshindrade barn och inte behandlar frågor

som är av intresse eller relevans för ungdomar. Några av de unga informanterna nyttjade emellertid "sin" handikapporganisation som en typ av sällskapsförening; t.ex. deltog i organiserade utlandsresor. Det fanns också några kvinnor som var aktiva inom en relativt nybildad ungdomsförening som drivs av ungdomarna själva. Denna förskjutning från att "utomstående", t.ex. anhöriga (tidigare var det också läkare och annan vårdpersonal), driver föreningarna till att funktionshindrade själva gör detta och därmed också formulerar problemen, har beskrivits som att de i organisationerna får ett nytt definieringsinitiativ (Sellerberg, 1999).

Ett definieringsinitiativ skulle man också kunna säga att medlemmarna inom Independent-Living kooperativen² har tagit i meningen att själv definiera sina hjälpbehov, dvs. bestämma när och hur deras assistans ska ske samt vem som ska utföra denna. Gough (1994) visar i sin studie om personlig assistans att Independent Living som organisation och rörelse är en konsekvens av den handikappolitik som under lång tid bedrivits av handikapporganisationerna. Den är samtidigt en reaktion på otillräcklig anpassning av service, vilket omöjliggör full delaktighet i samhällslivet.

Vad gäller utvecklingsstörda personer har Tideman (1998) visat att utövande av inflytande genom politiskt arbete är mycket ovanlig. Cirka en procent har varit på ett politiskt möte och 31 procent av de utvecklingsstörda medborgare utnyttjade sin rösträtt i det senaste valet.

Dövrörelsen tar avstånd från en tillhörighet till handikapprörelsen (Åkerström, 1999). Den förra kräver att betraktas som en språklig minoritet och vill liknas vid en etnisk folkgrupp. Åkerström hävdar att detta, vilket hon benämner som "en definitionsvinst i identitetspolitiken", i bästa fall kan medföra önskade samhälleliga investeringar i teckenspråkstolkare, dövskolor etc. Studier visar att dövrörelsen har varit framgångsrik i sin kamp för de egna miljöerna. Det som ibland har kommit att kallas för en kamp för döva personers segregering har kritiserats som en alltför ensidig bild (ibid.). I stället, menar Åkerström, handlar det om att "ett erkännande av kollektivet ska utgöra en plattform varifrån de döva kan interagera med det hörande samhälle" (sid. 197). Denna framgångsrika kamp, vilken således inte skall förstås som en önskan om isolering, handlar i mångt och mycket om en egen kultur

² Independent living rörelsen har sina rötter i 1960-talets USA, där den växte fram som en kamprörelse mot diskriminering av funktionshindrade. Den har fått internationell spridning och i Sverige bildades den första föreningen (STIL; Stockholms läns independent living förening) 1984. En av dess huvuduppgifter är att organisera funktionshindrades personliga assistans i form av kooperativ som drivs av assistansmottagarna själva.

och identitet; begrepp som har blivit honnörsord inom dövrörelsen (t.ex. Åkerström, 1995).

Vad gäller det kollektiva inflytandet kan vi således se att flera forskare har pekat på en förskjutning hos de funktionshindrades egna organisationer från mobilisering och intressepolitik till identitetsbekräftande samhörighetspolitik. Detta skall ses mot bakgrund av de korporativa organens minskade betydelse. I en utvärdering redan i början av 1990-talet (Carstensen 1993) påpekades de svårigheter som den omfattande decentraliseringen hade medfört för de kommunala handikappråden. Sådana handikappråd finns på flera olika nivåer. Det centrala organet var fram till handikappreformen Statens handikappråd. I samband med reformen avvecklades detta och istället inrättades Handikappombudsmannen. Kanske kan också detta ses som tidtypiskt; korporativa organ för kollektivt inflytande ersätts av en institution för bevakning av individuella rättigheter.

Samtidigt är inte bilden så enkel att den minskade betoningen av intressemobilisering innebär att kollektiva aktioner av funktionshindrade har försvunnit. Barron (1997) pekar i sin studie av rörelsehindrade ungdomar på att det finns motstridiga strömningar där en ökad individualisering kombineras med kollektiv kamp bland funktionshindrade personer för att få behålla en viss typ av service eller för att få en förbättrad samhällelig service. Kollektiva protester i form av civil olydnad har på senare tid genomförts av funktionshindrade personer t.ex. mot nyttkomna regler om samåkning vid färdtjänst, inskränkningar i den personliga assistansen samt mot kollektivtrafikens bristfälliga rullstolsanpassning.

4.4.2 Individuellt inflytande

Att forskningen under 1990-talet i relativt hög grad kommit att tematisera det individuella inflytandet är en följd både av den mer generella samhällsutvecklingen och i synnerhet av den vikt ett sådant inflytande ges i handikappreformen och LSS. Därför är det kanske inte heller förvånande att dessa studier mest handlat om den största gruppen i LSS personkrets: de utvecklingsstörda.

I en utvärdering av kommunaliseringen av omsorgerna i Halland med hjälp av levnadsnivådata visar Tideman (1997) att utvecklingsstördas inflytande har förbättrats något (främst vad gäller deltagande i möten där den egna livssituationen diskuteras och vid valet av arbetsplats), men att inflytandet för utvecklingsstörda likväl är dåligt i förhållande till befolkningen i övrigt. Så har t.ex. bara var tionde vuxen utvecklingsstörd kunnat påverka valet av bostad och hälften har inte

påverkat valet av arbetsplats. Ett sätt att stärka utvecklingsstördas möjligheter att påverka är att utse en god man som fristående från myndigheterna företräder den utvecklingsstördas intressen. Tidemans data visar att det paradoxalt nog är de med gravare utvecklingsstörning – de som förmodligen allra mest skulle behöva ett sådant stöd – som i minst utsträckning har erhållit det.

Bilden av bristande inflytande för utvecklingsstörda bekräftas också i andra undersökningar. Jarhag (1993) har, genom att följa ett litet antal utvecklingsstörda personer i deras vardag, beskrivit den maktlöshet som kan karaktärisera utvecklingsstörda personers livssituation. Med inflytande i det här avseendet menas de möjligheter som personen har att fatta egna beslut och träffa egna val i sin vardag. Formellt sett har personer med utvecklingsstörning rätt att bestämma över det egna livet, men detta är långt ifrån den realitet som en närstudie av tre utvecklingsstörda personers inflytande i sitt vardagsliv uppvisar. Enligt ovan nämnda studie är inflytandet starkt beroende av vilken bostad som personen har. I gruppbostad tenderar inflytandet att reduceras avsevärt p.g.a. en kollektivistisk inställning som personalen intar och som leder till att den enskildes personlighet suddas ut. Möjligheterna att själv utforma sitt eget liv är avsevärt större när personen bor i en egen bostad. Mallander (1999), som i en studie fokuserat på boendesituationen, har undersökt möjligheten till inflytande i det dagliga livet för utvecklingsstörda personer (se också Färm, 1991). Mallander visar t.ex. att de utvecklingsstörda hyresgästerna inte deltar i de möten som personalen på de undersökta gruppbostäderna har där beslut fattas som på olika sätt berör de utvecklingsstörda hyresgästerna. Dessa informeras istället om redan fattade beslut.

Inflytande för personer som är beroende av mycket stöd i sitt vardagliga liv är ofta komplicerat. I sin studie av rörelsehindrade ungdomar söker Barron (1997) bättre precisera dessa problem genom att införa en distinktion mellan oberoende och autonomi. Beroende uppkommer genom att man på grund av funktionshindret behöver hjälp och stöd med olika aktiviteter; är beroende av andras hjälp. Detta utesluter dock inte autonomi som innebär att man själv kan fatta beslut om sin situation, inklusive om när, hur och av vem hjälpen skall ges. Genom att dessa begrepp blandas samman uppkommer lätt en situation där omgivningen förväntar att den funktionshindrade skall "kvalificera" sig för rätten att utöva autonomi genom att visa att han eller hon faktiskt är oberoende. Denna kvalificeringstanke är påtagligt närvarande t.ex. vid socialisation av icke funktionshindrade barn. Att den också vunnit insteg i servicen och rehabiliteringen för vuxna med funktionshinder är en av anledningarna till att forskare karaktäriserat deras situation som att de är fångna i "myten om den eviga barndomen" (Kelley 1988).

För utvecklingsstörda medför sammanblandningen av oberoende och autonomi att man – även i en del forskningsprojekt – operationaliserar inflytande till frågan om den utvecklingsstörde klarar av att självständigt utföra olika vardagssysslor. Oberoende ses som ett uttryck för inflytande. För andra grupper av funktionshindrade leder sammanblandningen av oberoende och autonomi till att deras möjligheter att utöva inflytande inskränks med hänvisning till deras bristande förmåga att klara av saker själva. Detta gäller såväl i relation till olika personalgrupper som i relation till de egna föräldrarna. I Barrons studie av rörelsehindrade ungdomars möjlighet till ett eget inflytande och ett självständigt liv (autonomi) har också oönskat föräldrastöd identifierats som ett hinder (Barron, 1997). Medan föräldrastöd inte sällan kan vara en förutsättning för att unga funktionshindrade människor skall kunna påverka sitt dagliga liv, visar denna studie att det, då det är ”påtvingat” kan ha motsatt effekt. Föräldrar som inte ”släpper taget” i meningen låter sina vuxna barn fatta egna beslut är ett hinder för de senares inflytande och autonomi.

Ovanstående uppgifter har gällt möjligheten att i vid mening påverka och styra sitt liv. En del studier anknuter mer direkt till möjligheterna att påverka den service man får genom rättighetslagen, LSS. Studier av rättspraxis visar att funktionshindrade personers inflytande över utformningen av den begärda insatsen och också på behovsbedömningen är mycket begränsad (Hollander, 1997). Professionellas bedömningar av enskildas behov har på senare tid blivit mer restriktiva, vilket hindrar förverkligandet av principerna om självbestämmande och valfrihet. Det har visat sig vara svårt att bedöma sambandet mellan personkretstillhörighet och behov. Hollander (1998) visar att tillämpningen av LSS handlar mer om bevisfrågor om funktionshindrets omfattning och varaktighet än om möjligheten att tillgodose gravt funktionshindrades behov av att leva ett självständigt liv.

I relation till LSS har forskningen särskilt uppmärksammat det faktum att insatser enligt denna skall begäras av den enskilde. Funktionshindrade som av olika anledningar inte kan eller vill begära insatser får inga. Visserligen har kommunen en skyldighet att bedriva uppsökande verksamhet, men rättighetskonstruktionen är sådan att det krävs aktivitet från den enskilde för att rättigheten skall tas upp till prövning (Åström 1998:103). Förhållandet har särskilt uppmärksamrats av Lewin (1998), som understryker att LSS utgår ifrån att det är den enskilde själv som skall begära stödet, att det är den enskilde själv som skall formellt ansöka om en insats enligt LSS. Men om den enskilde inte informeras om sin rättighet, inte får hjälp med att ansöka, eller blir avrådd ifrån att ansöka har han/hon inte fått möjlighet att få sin sak prövad. Detta är enligt Lewin inte någon rättssäker myndighetsutöv-

ning eftersom man inte har fått möjlighet att få sin sak prövad och ännu mindre fått möjligheten att överklaga ett eventuellt avslag för vidare prövning i domstol. När det gäller personer med utvecklingsstörning som getts insatser som bostad eller stöd i hemmet fattas besluten inte på den enskildes begäran utan på expertens. Kunskap om de egna rättigheterna saknas, man har svårt att ta sig fram i "myndighetsdjungeln" eller har dåliga erfarenheter från de tillfällen då man väl har fått kontakt. Många är "myndighetssårade" eller tycker det är obehagligt att behöva meritera sig som gravt funktionshindrad och drar sig för att kontakta det offentliga. Andra tar på sig en "duktighetskappa" och söker inte stöd trots att de enligt experterna har sådana behov. Även om en del människor med funktionshinder förstår och har kunskap om den nya lagen och även vill ha samhällsstöd är huvudintrycket att de inte kan ta till vara sina rättigheter. Lewin ser också det faktum att bara knappt hälften av dem som beräknats tillhöra personkretsen får insatser enligt LSS som ett uttryck för att många med omfattande funktionshinder inte begär de insatser de enligt lagen har rätt till. I samband med Socialstyrelsens utvärderingar har särskilt påpekats att detta framförallt gäller gruppen med psykiska funktionshinder. Lewin sammanfattar sina resultat i den talande paradoxen: "Det behövs mer paternalism för att stärka den enskildes autonomi".

Till detta kommer problemet med att gynnande domar i högre instanser inte verkställs av kommuner och landsting. Detta har utförligt dokumenterats och diskuterats av bl.a. Hollander (1997), Socialstyrelsens utvärdering (Socialstyrelsen 1997) samt Renström (1998).

Forskningen tyder således på att rättighetslagstiftningen har begränsningar av framförallt två slag. Den första är att den kräver aktiva och starka individer eller sådana förespråkare för att insatser skall komma till stånd. Den andra är att även starka och aktiva medborgare med funktionshinder kan få problem med att få gynnande domar i högre instans verkställda.

Men handikappreformen innehöll, som framhölls inledningsvis, också andra inslag. Ett av dem var inrättandet av personlig assistans (LASS). Också denna del av reformen byggde på idéer om att utöka den individuella valfriheten och stärka den enskildes inflytande. Genom att de funktionshindrade beviljas resurser att själva kunna välja vem som skall utföra tjänsten skulle autonomin för dem som var beroende av omfattande stöd i vardagen stärkas. Även om nedskärningar och ändrade regler orsakat en hel del protester, visar den forskning som gjorts att denna del av reformen varit ovanligt lyckad. De som erhållit personlig assistans är genomgående nöjda och beskriver reformen som ett avgörande steg mot att själva kunna styra sina liv (t.ex. Ekensteen, 1996; Jacobson 1996).

I den undersökning om olika typiska inflytandeformer som inledde detta avsnitt identifierades också de vanligaste hindren för inflytande. De befanns vara professionella gruppers utövande av makt baserad på sin expertkunskap, byråkratiska regelsystem och organisationsformer samt föreställningar och attityder som omyndigförklarade människor med omfattande funktionshinder. Den utveckling mot avreglering och decentralisering som ägt rum under 1990-talet har rimligen försvagat några av dessa hinder. Mot denna bakgrund förefaller man kunna sammanfatta utvecklingen vad gäller inflytande under 1990-talet som en utveckling där byråkratiska och i någon mån professionella hinder för inflytande delvis reducerats, inte minst genom införandet av rättighetslagstiftningen. Men detta är en utveckling som främst gynnat personer som är kapabla att utöva ”rebelliskt” inflytande. Den grupp funktionshindrade vars situation kännetecknas av vanmakt och resignation är i detta avseende decenniets förlorare. Dessa är – för att travestera ovanstående citat från Lewin – de som för sin autonomi behöver stöd av den paternalism vars försvagande verkar befriande för andra grupper.

4.5 Bemötande

Det inflytande som diskuterats ovan är en viktig aspekt av mötet mellan den funktionshindrade och hjälpapparaten. En annan och vidare aspekt är vilket bemötande den funktionshindrade får i detta möte.

Frågor om bemötande har varit livligt diskuterade under senare delen av 1990-talet. Detta är sannolikt en effekt av såväl de inledningsvis beskrivna reformerna, med dess ökande betoning av individualism och inflytande, som ackumulerade erfarenheter av den konkreta tillämpningen av dessa reformer.

Den ökande uppmärksamhet som dessa frågor rönt, inte minst bland funktionshindrade själva och deras organisationer, var bakgrunden till Bemötandeutredningen.³ Utredningen konstaterar i SOU 1998:16 att bemötande är ett svårfångat fenomen. ”Vi rör oss här i hjärtat av den sociala verkligheten; vardagens möten och utbyten av ord och handlingar. Det är subtilt och livsviktigt. Eftersom hela samhället bygger på

³ Enligt direktivet (S 1997:04) skulle utredningen belysa bemötandet av personer med funktionshinder ur olika perspektiv. Det skulle bl.a. beskriva funktionshindrade personers erfarenheter av hur de bemöts och behandlas vid kontakter med myndigheter och andra offentliga organ. Utredningen skulle också kartlägga och analysera olika faktorer som kan bidra till att funktionshindrade personer bemöts på det ena eller andra sättet.

alltmer frekventa kontakter sett från 'användarens' sida – med myndigheter, med skola, med hälso- och sjukvård, etc. – är ett dåligt bemötande en vardaglig påminnelse om ett socialt förtryck, för att tala med Finkelsteins (1980) ord”.

En genomgång av aktuell forskning kring bemötandet av personer med funktionshinder, på nationell och internationell nivå vad gäller länder som är någorlunda jämförbara (SOU 1998:16), visar att det inte finns så mycket forskning kring bemötandet av personer med funktionshinder. Däremot finns det en omfattande forskning om attityder till funktionshindrade, både svensk och internationell forskning. Attityd är emellertid förknippat med bemötande, såtillvida som det ofta är en passiv inställning, en ärvd fördom, en odefinierbar rädsla, eller en inskränkt tanke som materialiseras till handling i mötet.

Attitydbarriärer är osynliga och går inte att uppmärksamma på samma sätt som fysiska hinder. Inte desto mindre kan attityder försvåra livssituationen lika effektivt som de högsta trösklar. Negativt bemötande kan dels vara ett handlingssätt som beror på att det formella regelverket inte är bra, dels ett handlingssätt som beror på tjänstemannens, arbetskamratens eller grannens individuella uppsättning föreställningar, rädslor och fördomar.⁴ Ibland kan dessa två faktorer förekomma samtidigt. I en studie av den socialförsäkringsrättsliga utformningen av handikappersättningen pekar Hetzler (1994) på att de svåraste hindren i kontakter med den offentliga sektorns olika förmånssystem ligger i dolda strukturer. Exempel på en sådan dold struktur är tjänstemännens

⁴ Personer med hörselskada eller dövhet uppfattas t.ex. ofta som mindre intelligenta. I en studie som genomfördes bland skolbarn i Malmö framgick att 25 procent av de hörselskadade barnen inte fick något kamratval, motsvarande andel för hörande barn var tio procent. En surveyundersökning om attityder till hörselskadade på arbetsplatser inom Stockholmsområdet visade att 20 procent av personer med hörselskada upplevde sig bli dåligt bemötta på arbetsplatsen. Dessa attityder leder enligt forskare till isolering, dåligt självförtroende och konflikter. De hörselskadades själva har påverkats av dessa fördomar om hörselskada och graderar sig inbördes efter hur mycket de hör (SOU 1998:16 s. 56). I en översikt av existerande forskning om attityder till personer med utvecklingsstörning konstaterar Gustavsson (1993) att just omkringboendes negativa attityder var det största hindret för boendeintegration. En undersökning av attityderna till samtliga gruppboende för utvecklingsstörda i Sverige visar att 13 procent av de omkringboende är negativa (Gustavsson 1993). Gustavsson menar att även om det inte finns en stark, öppen eller direkt fientlighet mot att få personer med utvecklingsstörning till grannar, är förutsättningar för gemenskap och integration inte speciellt goda. Hindren för kontakter ligger på ett mera svårtillgängligt plan: det är inte fråga om en öppen fientlighet mot personerna med utvecklingsstörning, men en avvisande inställning till att låta dem ingå i gemenskapen.

bemötande av personer med funktionshinder som de kommer i kontakt med. I detta led finns en rad föreställningar som tas för givna och oreflekerat styr tjänstemännens beteenden och attityder.

I en undersökning som genomfördes på initiativ av Bemötandeutredningen – omfattande 1 230 anställda inom socialtjänst, försäkringskassa och hälso- och sjukvård – ställdes bland annat frågor som var avsedda att spegla attityderna till funktionshindrade. Det framgick av undersökningen att de allra flesta inte har negativa attityder till funktionshindrade. Samtidigt fanns en mindre grupp med klart negativa attityder. Ett påstående löd: ”Personer med funktionshinder har lika rätt till utbildning, sociala förmåner, m.m. som andra”. Som påståendet är formulerat indikerar de svar som inte är ett otvetydigt instämmande mer eller mindre negativa attityder. Mellan fem och sju procent av personalen beroende på sektor har inte instämt i påståendet.

Ett annat påstående var: ”I vissa lägen (t.ex. vid ekonomisk kris, stor arbetslöshet, etc.) är det befogat att nedprioritera stödet till personer med funktionshinder”. Mellan 22 och 29 procent har i olika grad svarat instämmande på detta påstående. Den högsta andelen gällde för socialtjänstens personal.

Ett tredje påstående löd: ”Stödet till personer med funktionshinder är i dag så pass omfattande att det inte är motiverat att göra ytterligare satsningar”. Mellan 27 och 49 procent av personalen har i olika grad instämt i detta påstående. Den lägsta andelen gällde för vården och den högsta för försäkringskassan. Att så pass många svarade med instämmanden i just detta påstående ter sig anmärkningsvärt mot bakgrund av att de klagomål man får från funktionshindrade personer och deras anhöriga oftast handlar om otillräckligt eller uteblivet stöd.

Ett gott bemötande är betydelsefullt i många verksamheter där det professionella inslaget i så hög utsträckning handlar om ett tydligt förhållningssätt och kvalificerade bedömningar. Det är ett faktum att handläggarna ofta står inför svåra bedömningar med krav på snabba beslut. Arbetsorganisationen i sig är ett instrument för kvalitets- och kompetensutveckling om den är utformad på ett ändamålsenligt sätt. Undersökningen visar att en överväldigande majoritet av de tillfrågade ansåg sig ha tillräcklig kompetens för att klara arbetet. Det fanns dock en inte så ringa andel (mellan 10 och 25 procent beroende på sektor) som kände osäkerhet över huruvida de utför arbetsuppgifterna rätt. En mycket stor andel av de tillfrågade upplevde att arbetet är psykiskt påfrestande.

I en studie av beslutsprocesser och inflytande i den kommunala handikappservicen (Barron 1999) intervjuades bland annat vårdpersonal på öppenpsykiatriska mottagningar och LSS/LASS-handläggare på kommuner och försäkringskassor. Här synliggörs olika förhållningssätt

till funktionshindrade klienter. Intervjuerna visar att det bland personalen på öppenpsykiatriska mottagningar och kommunens handläggare finns ett synsätt som lägger stor vikt vid klienternas egna önskemål och ambitioner. Detta kan ta sig olika typer av uttryck; t.ex. att hjälpa sina klienter att överklaga beslut om LSS-insatser. Bland dem som arbetar med psykiskt funktionshindrade personer finns uppfattningen att denna grupp är särskilt missgynnad vad gäller möjligheten till ett eget inflytande. Psykiskt funktionshindrades utsatta situation framkom också i de intervjuer med psykiskt funktionshindrade personer som gjordes inom ramen för denna studie. Påfallande var den ekonomiska och sociala misär som vissa av dessa informanter lever i. Ett annat förhållningssätt till funktionshindrade klienters inflytande är det som uttrycktes av handläggare på försäkringskassorna (ibid.). Istället för att sträva efter att realisera lagens intentioner om ett ökat inflytande var fokus här på att kontrollera att funktionshindrade klienter (och deras föräldrar) inte "skor sig på systemet", dvs. får vad dessa handläggare bedömer som alltför mycket samhällelig assistans.

Den forskning som i övrigt finns om tjänstemäns och professionellas attityder till funktionshindrade är inte sällan svårtolkad och pekar i lite olika riktningar. Svårigheterna beror på att man sällan använt jämförbara metoder (sätt att ställa frågorna), att man ofta blandar samman en beskrivande och en utvärderande/normativ ansats, samt att data som möjliggör jämförelser över tid saknas.

En grupp som blivit föremål för speciell uppmärksamhet i detta avseende är lärare, inte minst i samband med studier som utvärderat integration av funktionshindrade elever i skolan. Deras attityder gentemot funktionshindrade barn har utpekats som den kritiska faktorn för huruvida integrationen i skolan skall lyckas eller inte. I en undersökning som kartlagt rektorers, lärares och speciallärares attityder till integrerad undervisning (Haskell och Sparrow 1989) framgår ett skifte i perspektivet från de fasta och polariserade ställningstaganden vid slutet av 1960-talet till en mer pragmatisk och flexibel inställning till integrationsproblem. Haskell och Sparrow betonar dock att förutom lärarnas inställning är en rad andra faktorer avgörande för integrationen. Lärarna uttryckte starka betänkligheter till integration när de funktionshindrade barnens behov översteg resurserna eller personalkapaciteten. Majoriteten av lärarna betonade behovet av bättre utbildning, information och professionellt stöd om de skulle kunna arbeta på ett framgångsrikt sätt med funktionshindrade elever i klassen.

4.5.1 Funktionshindrades upplevelser av bemötande

Som regel återfinner man i funktionshindrades egna berättelser iakttagelsen att man blir definierad utifrån negationer och brister. Definitioner tar fasta på oförmågan som funktionshindret innebär, vilket i sin tur leder till att funktionshindret överskuggar allt annat och förekomsten av funktionshinder blir liktydigt med det negativa och det tragiska (SOU 1989:16 s.95). En sådan inställning kan vara destruktiv, eftersom omgivningens låga förväntningar begränsar och försvårar individens möjligheter till utveckling. Personer med funktionshinder blir på detta vis passiviserade och placerade av icke-funktionshindrade i en underordnad position. Omgivningen utgår från att funktionshindret innebär att personen *i allmänhet* har begränsade möjligheter; begränsade förvärvsmöjligheter, begränsande möjligheter att upprätta sociala kontakter, begränsad förmåga att sätta sig in i saker etc. Funktionshindret överskuggar allt.

I ett tjugotal intervjuer med personer med funktionshinder om deras upplevelse av bemötande i kontakter med myndigheter, som genomfördes för Bemötandeutredningens räkning, framgår att klagomålen följer ett gemensamt mönster (SOU 1998:48): De funktionshindrade upplever att handläggaren lägger sig på en så låg nivå att de måste bråka och överklaga för att få vad de begär. De uttrycker en bristande tilltro till myndigheterna och upplever att det finns mycket rädsla och okunskap bland myndighetspersonal. De klagar på att det inte går att få tag på handläggaren eller att handläggaren inte har tid att lyssna. Bristen på resurser upplevs som ett stort problem.

Bemötandet när det gäller vård och omsorg är mycket subtilt. Hur t.ex. personalen handskas med och förhåller sig till en funktionshindrad persons kropp spelar stor roll för hur personens självkänsla och jaguppfattning utvecklas. Om personalen uppfattar t.ex. en rörelsehindrad person som fysiskt fränstötande finns det en stor risk att dennes självuppfattning kommer att utvecklas i negativ riktning. I en äldre rapport har Jacobson (1985) undersökt organisations- och relationsproblem inom boendeservicen för rörelsehindrade. En väsentlig del av dessa problem var av det slaget som kan hänföras till dåligt bemötande. Enligt studien upplevde funktionshindrade inom boendeservice att deras integritet inte blev tillräckligt respekterad, att personalen inte kände förståelse för hyresgästernas situation i tillräcklig utsträckning, att hjälpen gick som på löpande band, dvs. att förhållningssättet från personalen gentemot hyresgästerna var av opersonlig karaktär. Jacobson har också belyst personalens arbetssituation och dragit slutsatsen att personalens problem i mångt och mycket kan betraktas som effekter av otillräcklig ut-

bildning och besvärliga arbetsförhållanden. Det finns emellertid även psykologiska förklaringar till personalens bemötande, enligt Jacobson.

Som framgår av SOU 1997:51 kan samspelet mellan anhöriga och personal många gånger vara mycket krävande. En bakomliggande orsak, menar utredningen, kan vara att sjukvårdens förväntningar på de anhörigas praktiska och känslomässiga engagemang kan vara för höga och delvis motstridiga. Som ett led i en bättre förståelse och kommunikation mellan professionella och anhöriga borde anhöriga enligt utredningen bemötas individuellt och ges möjlighet att vara med vid utformningen av insatserna. Det förutsätter i sin tur att de får all den information som krävs.

I Socialstyrelsens slutrapport om handikappreformen (Socialstyrelsen 1997:4) framgår att svenska föräldrar till barn med funktionshinder jämfört med föräldrar i andra nordiska länder är genomgående mer missnöjda med det bemötandet de fått vad gäller det första omhändertagandet i samband med att barnet fått sin diagnos. I samma rapport framgår att av de familjer med barn med funktionshinder som varit i kontakt med kommunen och försäkringskassan anser upp till 50 procent att de bemöts med respekt och förståelse, medan cirka 20 procent ger uttryck för ett missnöje. De senare anser att bemötandet karaktäriserats av bristande kunskap om det aktuella funktionshindret. När det gäller sjukvården är anhöriga i stort sett nöjda, men det finns också de som menar att det krävs ökad handikappkompetens bland sjukvårdspersonal. Richt (1993) har i en studie av familjer med barn med diabetes påpekat att relationen mellan föräldrarna och professionella försvåras av gapet mellan familjens vardagsvärld å ena sidan och de professionellas biomedicinska perspektiv å andra sidan. Man riskerar helt enkelt att tala förbi varandra. Också Jarkman (1996) understryker denna svårighet. Jarkman förklarar detta med att det kan vara svårt för föräldrar och professionella att "förstå varandras respektive bild av verkligheten". Denna svårighet kan vara en av förklaringarna till anhörigas känsla av att alltid vara ifrågasatta och ständigt vara tvungna att bevisa att behovet är stort (jämför SOU 1998:43). I Tidemans intervjuer med föräldrar (1998) understryks t.ex. gång på gång att man upplever situationen som en ständig kamp för att få det stöd och den service man anser sig berättigad till.

4.5.2 Orsaker till brister i bemötandet

En fråga som Bemötandeutredningen stod inför var om klagomålen på dåligt bemötande från personer med funktionshinder eller från handikapporganisationerna berodde på högt ställda förväntningar på stöd och service – förväntningar som lagstiftningen skapat – i en välfärdsstat med minskade resurser. ”I en sådan situation kan det uppstå en spänning mellan subjektiva krav – de förväntningar människor med funktionshinder med rätta har – och de rammar som förväntningarna skall förverkligas inom. En spänning mellan skapade förväntningar och förmåga att förverkliga intentionerna (både av ekonomiska och organisatoriska skäl). En spänning som olika yrkesgrupper som arbetar med funktionshindrade i sådana fall kan känna mer än andra.” (SOU 1998:121).

Omställnings- och förändringstakten i arbetslivet har generellt sett varit snabb det senaste decenniet, så även inom den offentliga sektorn. Försäkringskassa, socialtjänst, skola samt hälso- och sjukvård har förutom allmänna förändringar i form av övergång från regel- till målstyrning, decentralisering och anpassning av verksamheten till ny teknik, också fått utökade uppgifter. Försäkringskassan har t.ex. fått rehabiliteringsansvar och en mer betydelsefull roll inom ett allt mer komplicerat socialförsäkringssystem. Att möta de nya kraven med minskad personal och minskade ekonomiska resurser leder med stor sannolikhet till ökad stress bland personalen och försämring av arbetsförhållandena (SOU 1998:121). Personalens handlingsutrymme är beroende av organisationens regler, resurser och mål.

Den ovan nämnda enkätundersökningen som initierades av Bemötandeutredningen syftade också till att få kunskap om hur yrkeskategorier inom den offentliga sektorn, som arbetar med funktionshindrade personer, ser på frågan om bemötande, hur deras arbetsförhållanden ser ut samt vilka attityder till personer med funktionshinder de har. Frågor om arbetsmiljö, organisation, stress i arbetet, etc. kombinerades med ett antal attitydfrågor. Enkätundersökningen följdes upp av en seminarierie med ansvariga politiker och chefer för att inhämta deras synpunkter på resultatet av undersökningen.

Undersökningen visar att mer än en fjärdedel inom varje sektor tror att personer med funktionshinder möter negativa attityder när de kommer i kontakt med vården, skolan, socialtjänsten och försäkringskassan. Personalen bekräftar att det förekommer klagomål även om de inte är frekventa. Klagomålen som når fram till personalen gäller framför allt långa handläggningstider, otillräckligt stöd, uteblivet stöd och att inte ha blivit bedömd utifrån de egna behoven. Klagomål från de anhöriga som når fram till personalen är av likartat innehåll, med undantag för

att det inte är så vanligt att anhöriga klagar på långa handläggningstider. Undersökningen kunde konstatera att förekomsten av klagomål från funktionshindrade personer och/eller anhöriga samvarierar med personalens egen arbetssituation såtillvida att klagomål i större utsträckning når fram till personal som uttrycker låg arbetstillfredsställelse, upplever hög belastning och avsaknad av kompetenshöjande utbildning (SOU 1998:121).

En orsak till att personer med funktionshinder känner sig dåligt bemötta i kontakter med myndigheter och andra offentliga organ är, enligt de tillfrågade, ett svåröverskådligt och komplicerat regelsystem som dessutom i vissa fall leder till svåra gränsdragningsproblem mellan olika myndigheters ansvarsområden. Hela 95 procent av de tillfrågade ansåg att socialförsäkringssystemets regelverk är alltför komplicerat. Personalen känner stress i arbetet på grund av de många och ofta återkommande regeländringar som görs i socialförsäkringssystemet och framför allt i lagen om assistansersättning.

En annan vanligt förekommande orsak är resursbristen. Personalen anser att det föreligger brist på tid för varje enskild person med funktionshinder. En lika vanligt anförd orsak till varför funktionshindrade känner sig dåligt bemötta är att det finns bristande ekonomiska resurser inom den egna organisationen. Här finner man en samstämmighet mellan de funktionshindrades klagomål och personalens bedömning.

I Socialstyrelsens slutrapport över handikappreformen (1997) framhålls den kommunala ekonomins roll för möjligheterna att ge en god omsorg och service och hur de krympande ekonomiska ramarna har ökat kraven på produktivitet och effektivitet. De flesta kommuner och landsting har mot bakgrund av de minskade resurserna prövat en rad olika strategier: anställningsstopp, ökad användning av entreprenader, privatisering, avreglering, bolagisering och inte minst interna organisationsförändringar. På många håll prövas nya former för lokalt politiskt och administrativt beslutsfattande och produktion av tjänster. Köp-och-sälj-system har introducerats.

I undersökningen framhöll många av de tillfrågade att om ansvaret är fördelat på flera huvudmän finns en tydlig tendens att skjuta över kostnaden. Ingen vill att kostnaden skall komma på den egna enheten/sectorn. En majoritet bekräftade att ärenden faller mellan stolarna. Sett från resursbristens perspektiv är det i grund och botten inte ärenden som bollas vidare utan kostnader. En grupp som är särskilt utsatt för att bollas vidare är personer med psykiska funktionshinder. En annan grupp som utsatts för budgetnedskärningar är elever med särskilda behov.

En tredje viktig faktor för bemötande är samordningen. En väl fungerande ansvarsfördelning mellan stat, landsting och kommun är en

förutsättning för att bemötandet av personer med funktionshinder skall bli bättre. Uppfattningen att det behövs ett bättre fungerande samspel mellan staten, landstingen och kommunerna delas av personalen inom alla de sektorer som ingår i undersökningen.

Försäkringskassan är numera inte bara en utbetalande instans utan också en samordnare av insatser. Inom hälso- och sjukvården har det skett stora förändringar. En del av de uppgifter som tidigare utfördes av landstingen har överförts till primärkommunen. Inom sjukvården har också en avveckling av psykiatrins slutenvårdsplatser skett till förmån för behandlingsformer på psykiatriska kliniker, primärvård och öppenvård. Detta har i sin tur för socialtjänstens del inneburit nya arbetsuppgifter både inom hemtjänst och individ- och familjeomsorg. Huvudmannaskapsförändringen har gett kommunerna ökat ansvar för boende och sysselsättning för dessa grupper. Ansvaret för de äldre och personer med funktionshinder har likaledes överförts från landsting till kommun, medan det medicinska ansvaret alltså ligger kvar hos landstingen. Dessa förändringar förutsätter en väl fungerande samordning mellan huvudmännen för att inte individen skall komma i kläm.

Också vad gäller situationen för psykiskt funktionshindrade har man framhållit bristande samordning mellan psykiatri och kommunerna som en av huvudorsakerna till brister i bemötandet av denna grupp. Utvärderingar av Psykiatrireformen på olika nivåer pekar på att ett av syftena med reformen – förbättrad vård och service för mottagaren – inte har uppnåtts. Psykiskt funktionshindrade har en tendens att bli bortglömda, att bli till ärenden som bollas vidare, enligt SOU 1998:121. ”Detta tyder bl.a. på ett förhållande som har påpekats många gånger, nämligen att intentionerna bakom Psykiatrireformen i många kommuner antingen har stannat på papperet eller att bristerna i verksamheten är påtagliga. Reformen förutsatte att den medicinska vården som fortfarande är landstingets ansvar skulle fungera fullt ut och att begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” alltid skulle ha en strikt medicinsk definition. Nu betonar många respondenter att de ekonomiska motiven har en stor betydelse i bedömningen i vad som anses vara ”färdigbehandlad patient” och att det leder till oacceptabla förhållanden för personerna i fråga.” (SOU 1998:121)

Rationaliseringar och strukturförändringar har på många områden i samhället skapat en förändrad situation för de anställda. Rationaliseringar har medfört förändrade arbetsuppgifter och lägre personaltäthet. Vissa arbetsuppgifter har försvunnit, medan nya arbetsuppgifter har tillkommit med helt andra kunskapskrav. För personalen innebär detta i en del fall omplaceringar inom organisationen, och i andra fall en ökad arbetsbelastning. Om man ser till några av de senaste årens förändring-

ar inom de fyra sektorer som ingår i undersökningen, framgår det att förändringstakten har varit starkast inom försäkringskassan.

4.6 Funktionshindrade kvinnor – sociala föreställningar om kön

Kvinnors livsvillkor och vår förståelse av kön är ännu ett relativt outforskat område inom svensk handikappforskning. Under senare år har emellertid ett fåtal svenska studier intresserat sig för skillnader mellan kvinnors och mäns livsvillkor och därvid lagt särskild vikt vid kvinnors sociala underordning.

Rehabilitering kan sägas genomsyras av traditionella manliga värderingar och normer. Rehabiliteringsmedicinen växte fram ur krigsmedicinen under och efter andra världskriget (se t.ex. Stibrant Sunnerhagen 1999) och var således anpassad till män. En studie visar att det finns skillnader mellan synen på (re)habiliteringsinsatser mellan unga rörelsehindrade kvinnor och män som kan hänvisas till vår förståelse av kön (Barron, 1997). Bland de unga manliga informanterna i denna studie fanns en syn på tidig sjukgymnastik som nödvändig och enbart av godo, medan förhållningssättet bland kvinnor var mer ambivalent. De var positiva till sjukgymnastik och träning samtidigt som de tyckte att deras barndom och uppväxt till alltför stor del präglades av intensiv träning av olika slag och anpassning av hjälpmedel. De unga männen var mer kategoriska i sin syn på värdet av att träna att klara så mycket som möjligt i den dagliga livsföringen utan stöd och hjälp än de unga kvinnorna. Utifrån detta är en befogad forskningsfråga om inte också dagens (re)habiliteringsinsatser tenderar att vara anpassade till mäns behov och önskemål i högre grad än till kvinnors.

Forskning som beaktar kön synliggör således att villkoren för funktionshindrade personer kan se olika ut för män respektive kvinnor. Hetzler (1994) har t.ex. noterat att tillämpningen av regler rörande handikappersättning innebär diskriminering av funktionshindrade kvinnor till förmån för funktionshindrade män. Även när mäns och kvinnors funktionsnedsättning är av samma svårighetsgrad får männen högre ersättning än kvinnorna.

Helmius, som tidigare visat (1993) att kvinnor med rörelsehinder är vanligast förekommande inom internationell forskning, belyser temana arbete och utbildning samt sexualitet. Hon pekar bland annat på den emancipatoriska potential som också ligger i det faktum att man blir betraktad som asexuell. I den äldre generationen finns kvinnor som just tack vare sitt funktionshinder getts och tagit möjligheter att genom ut-

bildning och senare arbete bryta sig ur traditionella kvinnoroller i rurala miljöer.

Media har på senare tid visat ett stort intresse för de tvångssteriliseringar som tidigare utfördes i Sverige på utvecklingsstörda kvinnor (eller snarare svagbegåvade kvinnor med svåra sociala bakgrundsförhållanden). En orsak till detta mediaintresse är en aktuell studie som behandlar steriliseringslagarnas implementering under tiden 1935-1975 samt vilka konsekvenser detta hade för enskilda människor (Runcis, 1998). I en komparativ studie som behandlar livskvalitet för utvecklingsstörda personer i Sverige, Japan och Finland, där inflytande definieras som ett kriterium för god livskvalitet, har det framkommit att utvecklingsstörda kvinnor också i dagens svenska samhälle kan vara utsatta för andras kontroll vad gäller barnafödande.⁵ Bland utvecklingsstörda kvinnor finns de som uttrycker en stark längtan efter att få vårda och ta hand om ett eget barn. Samtidigt finns bland vissa av dessa kvinnor en övertygelse att de inte skulle kunna klara av denna uppgift.

Denna fråga har mer systematiskt behandlats i en studie som fokuserar på utvecklingsstörda mödrar (Kollberg, 1989). Det centrala för denna studie är att den visar att det är ett felaktigt antagande att utvecklingsstörda kvinnor nödvändigtvis saknar möjligheter att kunna ta hand om ett eget barn. I stället visar undersökningen att stabila emotionella förhållanden under uppväxttiden samt adekvata samhällsliga stödsatser är avgörande för hur utvecklingsstörda kvinnor klarar av föräldrarollen.

Den begränsade forskning som finns om funktionshindrade kvinnor stryker således under att funktionshinder är ett könsbestämt fenomen, men att det kanske inte låter sig förstås som en enkel "addition" av två förtryckande konstruktioner (kön och funktionshinder). Såväl empiriskt som teoretiskt är detta ett område som är i behov av vidare forskning.

4.7 Invandrare med funktionshinder

I en delrapport till Bemötandeutredningen studerades bemötandet av personer med funktionshinder med utländsk härkomst (SOU 1998:139). Gruppen funktionshindrade med invandrarbakgrund karaktäriseras som en särskilt utsatt grupp. När samhället brister i sitt sätt att bemöta människor med funktionshinder drabbar det i ännu högre utsträckning personer med funktionshinder från andra länder. När informationen är otillräcklig eller samordningen mellan myndigheter och samordningen av olika insatser inte fungerar slår det särskilt hårt mot personer med

⁵ Studien finns endast dokumenterad på japanska.

invandrarbakgrund. För att få det stöd man har rätt till måste man i regel själv driva sitt ärende, vilket är svårt att göra när man inte har grepp om hur samhället är organiserat och hur ansvaret är uppdelat mellan olika huvudmän och myndigheter.

Det finns nästan ingen forskning om invandrare med funktionshinder och hur de upplever bemötandet från myndigheter och samhällsinstitutioner. Det finns inte heller någon tillförlitlig statistik över antalet invandrare med funktionshinder. Enligt en uppskattning som gjorts av Samarbetsorgan för invandrarorganisationer i Sverige, SIOS, och Statens institut för handikappfrågor i skolan, SIH, kan det röra sig om 80 000 – 90 000 personer (invandrare definierat som person född utomlands och person som är född i Sverige men där den ena eller bägge föräldrarna är född utomlands.) Någon kartläggning av kommunernas stöd till personer med funktionshinder som har utländsk bakgrund finns inte heller. Alla uppskattningar tyder dock på att bland människor som är födda i andra länder är andelen som är sjuka och har funktionshinder högre än bland dem som är födda i Sverige. Störst är andelen bland utomeuropeiska invandrare (SOU 1998:139).

Det är ett känt faktum att det råder en etnisk diskriminering på arbetsmarknaden. Invandrare möter många negativa attityder som försvårar deras inträde på arbetsmarknaden. Invandrare med funktionshinder hör till dem som har allra svårast att få ett arbete. Enligt Socialstyrelsens rapport (1995) har invandrare med arbetshandikapp svårare än infödda svenskar med arbetshandikapp att få del av arbetsmarknadsåtgärder.

Socialstyrelsen har i en annan rapport även försökt kartlägga situationen bland flyktingar med funktionshinder (Calbucura 1999). De senaste årens invandring till Sverige består nästan uteslutande av flyktingar som kommer från områden i kris och i krig. Det är därför vanligt att flyktingarna har funktionshinder. En intervjuundersökning genomfördes bland 268 flyktingar med funktionshinder som kommunplacerats mellan åren 1990 och 1995. De flesta uppger att de är nöjda med den sjukvård de fått vid ankomsten till Sverige. Däremot uttrycker de flesta ett missnöje över svårigheterna att skaffa sig ett arbete, över bristen på hjälpmedel och på bostadssituationen. Det största problemet enligt respondenterna är den dåliga ekonomin. Flera av de intervjuade upplever att de har små möjligheter att utöva inflytande över sin egen situation. Många upplever olika hinder för att kunna ta del av information och förstå regelsystemet, samt problem att bli trodda eller tagna på allvar av socialtjänsten. De intervjuade känner frustration över att inte kunna förmedla sina erfarenheter till ansvariga personer. De flesta som aktivt försökt påverka sin situation menar att de har stött på hinder. Nästan

alla intervjuade uttryckte att de kände en stor distans till det svenska samhället.

För att undersöka vilket stöd personerna som ingick i undersökningen hade fått genomfördes en enkätundersökning i de 85 berörda kommunerna. Resultaten visar att totalt hade cirka hälften av de intervjuade fått bistånd enligt SoL och elva procent hade någon LSS-insats. Drygt 20 procent av personerna som ingick i intervjuundersökningen fick inte något stöd alls från kommunen, vare sig enligt LSS eller SoL. För över 30 procent av personerna kunde inte hemkommunen svara på frågan om en introduktionsplan hade upprättats för personerna i registret. Bara ett fåtal kommuner har gjort en generell kartläggning inom socialtjänst eller LSS-verksamhet av personer med funktionshinder med utländsk bakgrund. Enligt förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktningmottagandet skall en introduktionsplan upprättas. Introduktionsplanen skall ses som ett avtal mellan dem som invandrat och t.ex. kommunen. Avtalet skall ge rätt till utbildning och annan individuellt anpassad introduktion samt ekonomisk ersättning.

Funktionshindrade invandras situation behöver ytterligare belysas genom empirisk forskning. Det är också en utmaning för samhällsvetenskaplig forskning att teoretiskt försöka utröna hur etnicitets- och handikappaspekter samverkar i såväl mötet med samhälleliga institutioner som i interaktion- och identitetsprocesser.

4.8 Avslutning

Människor med funktionshinder är ofta mer än andra beroende av insatser och stöd från samhället. Nedskärningar och strukturförändringar i de generella stödsystemen riskerar därför att drabba dessa speciellt hårt. Insikten om detta var en viktig drivkraft bakom de reformer på detta område som genomfördes i mitten av 1990-talet. Handikappreformen, psykiatrireformen och Ädelreformen innebar bland annat en avveckling av segregerade institutionsformer, överföring av ansvar från landsting till kommuner med följande organisatoriska förändringar och införandet av rättighetslagstiftning för de med omfattande funktionshinder.

Det går inte att entydigt bestämma hur detta, vare sig den allmänna förändringen av stödsystemen eller de speciella reformerna, påverkat de funktionshindrades situation. För det första är gruppen funktionshindrade en heterogen grupp. Några inom gruppen – de som för sitt vardagliga liv är beroende av omsorgs- och stödåtgärder från de för funktionshindrade speciellt avsedda systemen – berörs mer direkt av dessa förändringar än andra som får sina behov tillgodosedda inom

ramen för de generella systemen. Vidare visar de utvärderingar som gjorts att effekterna är differentierade, både genom att grupper med olika typ av funktionshinder gynnas respektive missgynnas och genom att utvecklingen varit mer gynnsam på vissa områden än på andra. En tredje orsak till att en sådan entydig bedömning inte låter sig göras är att det saknas longitudinella data som gör jämförelser över tid möjliga. De utvärderingar och den forskning som finns bygger mer på en jämförelse mellan reformernas målsättningar och deras faktiska utfall än på longitudinella jämförelser.

Vi har i denna uppsats försökt visa vad forskningen har att säga om hur förändringar i välfärdssystemen under 1990-talet påverkat situationen för människor med funktionshinder. Med nedslag i den empiriska forskning som finns om olika grupper av funktionshindrade har vi sökt beskriva viktiga förändringar och aktuella problemställningar. Vi har därvid fokuserat på själva mötet mellan den funktionshindrade individen och hjälpapparaten. De teman som i det sammanhanget framstått som centrala utifrån både de handikappolitiska målsättningarna och den aktuella forskningen har varit inflytande och bemötande. Vi har i första hand inriktat oss på vad olika forskare och forskningsprojekt har att säga om detta.

Den bild som tonar fram är en tilltagande individualisering, till förmån för starka och aktiva individer i en ”rebellisk” inflytandesituation med förmåga att tillvarata sina egna intressen. Grupper som har svårare att föra sin talan (t.ex. psykiskt funktionshindrade och gravt utvecklingsstörda) har svårare att få sina behov tillgodosedda i system som kräver individuella initiativ. Deras svårigheter i mötet med den offentliga hjälpapparaten förstärks av att de förändringar denna genomgått bidrar till att bemötandet – såväl enligt funktionshindrade själva som enligt den personal som arbetar inom hjälpapparaten – förefaller försämrats. Vi har också pekat på att handikappolitiken under 1990-talet alltmer kommit att inriktas på speciella, handikapps specifika åtgärder för en relativt liten grupp samtidigt som den stora grupp som får stöd och service via generella system drabbas av de försämringar dessa har genomgått.

På många områden har vi kunnat konstatera att vi i dagsläget har otillräckliga kunskaper. De områden vi speciellt vill framhålla som viktiga för den framtida forskningen är:

- Gränssättningar i förhållandet mellan de speciella systemen och de generella: hur förändringar i de allmänna systemen påverkar tillströmningen till de speciella, hur diagnosers roll som ”inträdesbiljett” till speciella resurser påverkas av och påverkar förändringar

i dessa gränssättningar, hur förskjutningar av dessa gränser påverkar fördelningen av resurser till dem med grava funktionshinder.

- Studier av välfärdssystemen som direkt kopplar identifierade förändringar inom dem till livssituationen för människor med funktionshinder.
- Nedsänkningar och organisationsförändringars effekter på bemötande av och inflytande för funktionshindrade klienter: finns en kritisk gräns för vilka resurser och vilken arbetssituation som krävs för att på ett anständigt sätt kunna bemöta avvikande klienter, har hushållningsförändringar och därigenom skapade samordningsproblem påverkat funktionshindrades möjligheter att själva styra och påverka sin ”brukarsituation”?
- Funktionshinder och kön: finns kvantitativa och/eller kvalitativa skillnader i tjänstekonsumtion mellan funktionshindrade män och kvinnor, hur och på vilka grunder görs behovsbedömningar av män respektive kvinnor med funktionshinder, finns skillnader i utfall beroende på tjänstemannens kön i förhållande till klientens?
- Forskning om situationen för invandrare med funktionshinder: finns skillnader i bemötande mellan olika kategorier (t.ex. funktionshindrade p.g.a. krigsskada och de med medfödda funktionshinder), hur påverkar kulturellt betingade skillnader i föreställningar om handikapp bemötandet?

Referenser

- Ahlström, G. 1994. *Consequences of muscular dystrophy: Impairment, disability, coping and quality of life*. Uppsala universitet: Centre for Caring Sciences.
- Barron, K. 1997. *Disability and Gender. Autonomy as an Indication of Adulthood*. Uppsala universitet: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Barron, K. 1999. *Autonomy in everyday life, for whom?* Opublicerat manuskript.
- Barron, K. 2000. "Kön och inflytande", i Brusén, P. & L-C. Hydén (red.), *Ett liv som andra, livsvillkor för personer med funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Brattgård, S-O. 1994. *Unga rörelsehindrade*. Göteborgs universitet: Institutionen för handikappforskning.
- Calbucura, J. 1999. "Misstro och frustration över uteblivet stöd från samhället", i *Möte med svensk välfärd. Om personer i Sverige med funktionshinder och utländsk bakgrund*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Carstensen, G. 1993. *Vad har hänt med handikappråden?* Stockholm: Statens handikappråd.
- Ekensteen, V. 1996. "Från objekt till subjekt i sitt eget liv", i Tideman, M. (red.), *Perspektiv på funktionshinder & handikapp*. Falun: Johansson & Skyttmo förlag.
- Emanuelsson, I. 1997. "En skola för alla – en hotad målsättning?" i Sonnander K., M. Söder & K. Ericsson (red.), *Forskare om utvecklingsstörning*. Uppsala: Uppsala universitets förlag.
- Eriksson, H. 1997. "Bryt tabu om de svagbegåvade. 25 procent av folket har för låg intelligens för dagens skola och arbetsmarknad", i *Dagens Nyheter*, 1997-05-25.
- Falkenhaug, I. 1997. "Medlemskris i stora förbund", *Auris*, nr 7.
- Finkelstein, V. 1980. *Attitudes and Disabled People*. New York: World Rehabilitation Fund
- Färm, K. 1991. *Gäst i verkligheten – Delrapport 2. Uppföljning av livsvillkoren för utvecklingsstörda som flyttar ut från vårdhem*. Örebro: Socialförvaltningen, rapport 12.

- Gough, R. 1994. *Personlig assistans – en social bemästringsstrategi. En undersökning av hur pionjärerna för Independent Living rörelsen i Sverige organiserar sin personliga assistans*. Göteborg: GIL-förlaget.
- Haskell, S. & T. Sparrow 1989. *A survey of teacher attitudes toward integration of disabled children into regular schools i Sweden*. Göteborgs universitet: Pedagogiska institutionen,
- Helmius, G. 1993. *Kvinnor och handikapp – jungfrulig forskningsmark*. Uppsala universitet: Centrum för handikappforskning,
- Helmius, G. 1999. "Disability, sexuality and sociosexual relationships in women's everyday life", *Scandinavian Journal of Disability Research*, 1/1999.
- Hetzler, A. 1994. *Socialpolitik i verkligheten. De handikappade och försäkringskassan*. Lund: Bokbox Förlag.
- Hjelmquist, E., J. Rönneberg & M. Söder 1994. *Svensk forskning om handikapp*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Hollander, A. 1997. "Funktionshindrade går miste om sina rättigheter", *SvD*, 1997-10-07.
- Hollander, A. 1998. "Verkställighet av länsrätternas domar och beslut", i Bengtsson, H. (red.), *Politik, lag och praktik. Implementeringen av 1994 års handikappreform*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobson, A. 1985. *Det dolda förtrycket. Problem inom boendeservice för rörelsehindrade*. Stockholms universitet: Pedagogiska institutionen.
- Jacobson, A. 1996. *Röster från en okänd värld. Hur människor med fysiska funktionshinder och omfattande hjälpbehov upplever sina existensvillkor*. Stockholms universitet: Pedagogiska institutionen.
- Jarhag, S. 1993. *Inflytande i vardagslivet – närstudie av tre utvecklingsstörda personers inflytande i sitt vardagsliv*. FoU rapport, 1993:1. Jönköping: Hälsöskolan.
- Jarkman, K. 1996. *Ett liv att leva. Om familjer, funktionshinder och vardagens villkor*. Stockholm: Carlssons bokförlag.
- Kelley, K. 1988. *Disability and Adult Status. Concepts, Policy Issues and Practical Dilemmas*. Paris: OECD Educational Monograph, No 4.
- Kohlström, G. 1996. *Identitetsförändring vid anpassning till funktionshinder/handikapp*. Varberg: Förlaget Idé och Text.

- Kollberg, E. 1989. *Omstridda mödrar. En studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade*. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan.
- Lewin, B. 1998. *Funktionshinder och medborgarskap*. Uppsala: Department of Public Health Sciences, Section of Social Medicine.
- Mallander, O. 1999. *De hjälper oss till rätta. Normaliseringsarbete, självbestämmande och människor med psykisk utvecklingsstörning*. Lunds universitet: Socialhögskolan.
- Nyberg, P. 1991. *Handling och levnadsvillkor. Om handikappade och deras organisationer*. Lunds universitet: Centrum för Samhällsmedicin, Socialhögskolan.
- Renström, I. 1998. ”Överklaganden till förvaltningsdomstolar”, i Bengtsson H. (red.), *Politik, lag och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Richt, B. 1992. *Mellan två världar*. Linköpings universitet: Tema Hälso- och sjukvården i samhället.
- Runcis, M. 1998. *Steriliseringar i folkhemmet*. Stockholm: Ordfront.
- Sellerberg, A.M. 1993. *Handikapp och organisering – en sociologisk tolkning*. Lund University: Research reports, Department of Sociology,
- Sellerberg, A.M. 1999. ”En helt ny situation? Om handikapporganisationer i dagens Sverige”, i Tideman. M. (red.), *Handikapp synsätt principer perspektiv*. Landskrona: Johansson & Skyttmo Förlag.
- Socialstyrelsen, 1995. *Invandrades hälsa och sociala förhållanden*. Informationsblad.
- Socialstyrelsen, 1997. *Handikappreformen*. Slutrapport 1997:4. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1997:51. *Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre*. Delbetänkande av Utredningen om bemötande av äldre.
- SOU 1998:16. *När åsikter blir handling. En kunskapsöversikt om bemötande av personer med funktionshinder*. Delbetänkande av Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder.
- SOU 1998:48. *Kontrollerad och ifrågasatt? – intervjuer med personer med funktionshinder*. Rapport till Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder.

- SOU 1998:121. *Arbetsförhållanden och attityder – professionellas möte med personer med funktionshinder*. Rapport till utredningen om bemötande av personer med funktionshinder.
- SOU 1998:138. *Kvinnor, män och funktionshinder*.
- SOU 1998:139. *En särskild utsatthet. Om personer med funktionshinder från andra länder*.
- Stibrant Sunnerhagen, K. 1999. ”Rehabilitering och habilitering”, i Tideman, M. (red.), *Handikapp synsätt principer perspektiv*. Landskrona: Johansson & Skyttmo Förlag.
- Stone, D. 1984. *The Disabled State*. Philadelphia: Temple University Press.
- Svensk handikappolitik* 1981. Stockholm: Nationella arbetsutskottet, Beredningsgruppen för internationella handikappåret 1981.
- Söder M., K. Barron & I. Nilsson 1990. *Handikapp och välfärd? Redovisning av en intervjuundersökning*. Bilagerapport till SOU 1990:19. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Söder, M. 1987. ”Relative Definition of Handicap”. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, Supplement 44/1987.
- Tideman, M. 1997. *Lever som andra? Om kommunaliseringen och levnadsförhållanden för personer med utvecklingsstörning*. Högskolan i Halmstad: Wigforssinstitutet.
- Tideman, M. 1998a.: ”Ökad normalisering eller bara ny adress? – om kommunalisering och levnadsvillkor för personer med utvecklingsstörning”, i Sonnander, K., M. Söder & K. Ericsson (red.), *Forskare om utvecklingsstörning. Perspektiv Kunskaper Utmaningar*. Uppsala: Uppsala universitets förlag.
- Tideman, M. 1998b. *I gränlandet mellan grundskola och särskola*. Högskolan i Halmstad: Wigforssinstitutet, Rapport nr 12.
- Åkerström, M. 1999. ”Tillhörighet och avståndstagande. Segregation-sideologi och föräldraintegrering”, i Tideman, M. (red.), *Handikapp synsätt principer perspektiv* Landskrona: Johansson & Skyttmo Förlag.
- Åkerström, M. m.fl. 1995. *Dövvärlden i förändring*. Lunds University: Research Program in Medical Sociology.
- Åström, K. 1998. ”Funktionshindrade mellan SoL och LSS”, I Bengtsson H. (red.), *Politik, lag och praktik*. Lund: Studentlitteratur.