

2 Missbruk, vård och behandling – förändrade villkor och förutsättningar sedan 1990-talets början

2.1 Inledning

I detta kapitel belyses bland annat välfärdssystemets förändrade villkor sedan 1990-talets början ur ett statligt och kommunalt perspektiv samt de samlade effekterna på missbrukarvården. Frivilligvårdens och tvångsvårdens utveckling belyses mot bakgrund av bland annat kostnadsutvecklingen inom den kommunala missbrukarvården. Såväl den socialtjänstbaserade¹ missbrukarvården som kriminalvårdens verksamhet behandlas. I kapitlet lämnas också en redogörelse för – i enlighet med regeringens direktiv – utvecklingen sedan 1990-talets början av såväl antalet som andelen ansökningar om vård respektive beslut om omedelbara omhändertaganden enligt LVM. Särskilde utredarens överväganden och bedömningar i denna del redovisas i kapitel 16.

Personer med missbruksproblem kan vara föremål för antingen vård eller behandling genom hälso- och sjukvårdens eller socialnämndens försorg, eller vara föremål verkställighet av påföljd inom kriminalvården:

- A. *Hälso- och sjukvården* ansvarar för medicinskt inriktade insatser av somatisk och psykiatrisk karaktär (exempelvis abstinensbehandling och avgiftning).
- B. *Socialnämnden* skall enligt 5 kap. 9 § socialtjänstlagen (2001:453) aktivt sörja för att den enskilde erhåller den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Om frivilligvård inte är en tillräcklig insats skall nämnden ansöka om vård enligt 4 § LVM.
- C. *Kriminalvården* kan enligt 34 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt (KvaL) under vissa förutsättningar besluta att,

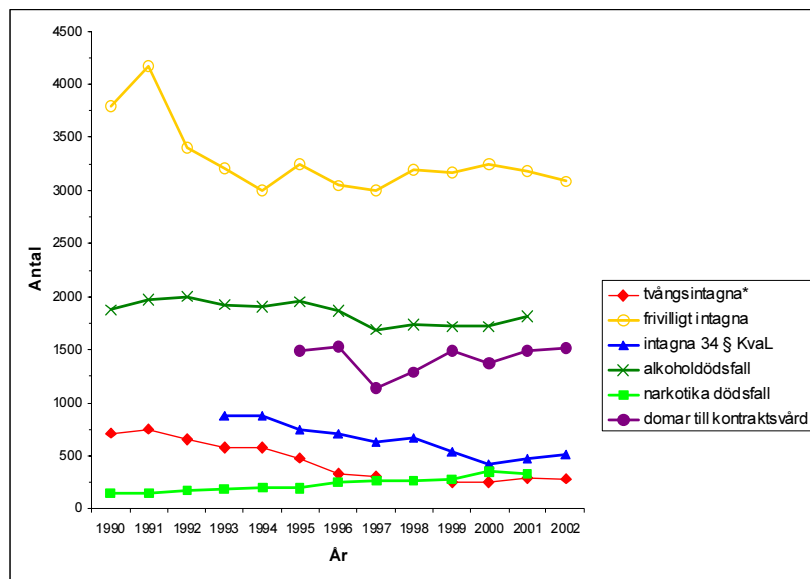
¹ Med socialtjänstbaserad missbrukarvård avses här "åtgärder eller insatser för vuxna missbrukare som genomförs med stöd av socialtjänstlagen (SoL) eller eljest inom ramen för socialtjänstens resurser, inklusive insatser med stöd av LVM - - -" (Oscarsson 2000, s. 58).

som ett led i straffverkställigheten utanför fängelset, placera en intagen på exempelvis behandlingshem eller enskilt familjehem. Frivårdsmyndigheterna utreder och administrerar s.k. kontraktsvård (skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan enligt 28 kap. 6a § BrB) som är avsedda för personer med missbruksproblem och som domstolen kan utdöma som en alternativ straffpåföljd till fängelse.

Den bild som tydligt framträder vid LVM-utredningens aktstudier (se vidare kapitel 14) är att personer med narkotikamissbruk ofta är föremål för tvångsingripanden från samhällets sida: de är omväxlande intagna på LVM-hem, häkten, i fängelse eller på psykiatrisk eller rättspsykiatrisk klinik med stöd av LPT eller LRV.

Det finns i dag inte någon övergripande statistik över den totala omfattningen av det allmännas insatser för vård och behandling av personer med missbruksproblem. Att en sådan redovisning skulle vara relevant kan illustreras av figur 2:1. I den ges en översiktlig bild av kriminalvårdens och socialtjänstens vårdinsatser under perioden 1990–2002. I figuren redovisas inte utvecklingen när det gäller ingripanden enligt LPT eller LRV. Det finns också skäl att påpeka, att kurvorna vare sig är helt jämförbara eller fullständiga. Utredningen har inte haft möjlighet att ta fram ett sådant fullständigt underlag. Av den anledningen är det inte möjligt att ge någon exakt bild av utvecklingen. Däremot kan figuren ge en uppfattning om trenderna, men framför allt tjäna som en illustration till behovet av en helhetsredovisning.

Figur 2:1. Antal frivilligt intagna i missbrukarvård resp. intagna enligt LVM en viss given dag varje år, samt totala antalet påbörjade § 34-placeringar samt domar till kontraktsvård under respektive år**



*/ Som vuxna räknas personer över 18 år fram till 1997 och över 21 år efter 1998, varför uppgifterna inte är jämförbara över tid. Värdet för 1998 var felaktigt och har inte kunnat korrigeras i efterhand. (Med tvångsintagen inräknas ej person som vid tidpunkten var aktuell för vård i annan form enligt 27 § LVM.)

**/ Uppgifterna rörande intagna enligt LVM och SoL avser antalet en viss given dag, medan uppgifter om § 34-placeringar samt missbruksrelaterade dödsfall avser samtliga under respektive år.

Källor: Kriminalvårdens officiella statistik 2002 (KVS), Missbrukare och övriga vuxna (Socialstyrelsen), Dödsorsaker 2001 (Socialstyrelsen/EpC).

Av figur 2:1 framgår att totala antalet institutionsplacerade enligt SoL har minskat sedan början av 1990-talet. Mellan åren 1991 och 1997 minskade antalet personer som på grund av missbruk var intagna antingen i tvångsvård enligt LVM eller i frivillig vård. Totala antalet intagna per den 31 december respektive år minskade från 4 900 till 3 300, dvs. 33 procent, varvid antalet kvinnor intagna för vård i stort sett var oförändrat medan antalet män minskade under perioden.² Antalet intagna enligt LVM och SoL har sedan år 1997 varit relativt jämt, dock med vissa smärre fluktuationer. Av figuren framgår vidare att antalet placeringar enligt 34 § KvaL har minskat

² Statistik SCB och Socialstyrelsen. Se också Regeringens skrivelse 1997/98:155, *Utvecklingen inom den kommunala sektorn*, s. 68–69.

fram till år 2000 för att sedan öka något. Antalet domar till kontraktsvård hade år 2002 gått upp till samma nivå som 1997.

Också utvecklingen av fängelsepopulationen som sådan är av intresse i sammanhanget. Totala antalet inskrivna på kriminalvårdsanstalt per den 1 oktober ökade med 24 procent mellan åren 1998 och 2002, från drygt 4 100 till 5 100.³ Andelen intagna på anstalt med känt missbruk (alkohol och/eller narkotika) den 1 oktober 2002 var drygt 65 procent av samtliga intagna. Andelen med narkotika eller blandmissbruk har ökat från 46 till 52 procent. Totala antalet nyintagna per år med gravt narkotikamissbruk ökade med 23 procent mellan åren 1998 och 2002, från 3 700 till 4 600. Under 2002 utgjorde personer med gravt missbruk 45 procent av samtliga nyintagna. Om hänsyn tas till samtliga nyintagna med narkotikamissbruk utgjorde deras andel 62 procent av totala antalet nyintagna under sistnämnda år.⁴

2.2 Allmän utveckling sedan socialtjänstreformen 1981

2.2.1 Välfärdsutvecklingen under 1980- och 1990-talen

Under framför allt första hälften av 1990-talet genomgick Sverige den djupaste recessionen sedan 1930-talets krisår (SOU 2000:3, SOU 2001:79). Den kännetecknades av en kraftig ökning av arbetslösheten och en lika kraftig nergång av sysselsättningsnivån,⁵ minskad köpkraft hos hushållen, minskad efterfrågan på bostäder, låg inflationstakt och därmed ökad räntekänslighet hos allmänheten, ökade boendekostnader för hushållen till följd av de samlade effekterna av 1991 års skattereform och stigande räntekostnader (SOU 1995:98, SOU 2000:3).

För kommunernas del innebar utvecklingen att de kommunala utgifterna minskade i reala termer (Wetterberg 2000). Den ekono-

³ KVS: *Kriminalvårdens officiella statistik 2002*, s. 61. Med ”inskriven” avses personer som ett häkte eller en anstalt har det administrativa ansvaret för. En klient kan vara inskriven utan att vara närvarande på anstalten, exempelvis om denne har avvikit eller är placerad enligt 34 § KvaL eller på sjukhus.

⁴ KVS: *Kriminalvårdens Redovisning Om Drogsituationen 2002*, s. 40–41; *Kriminalvårdens officiella statistik 2002*, s. 72–73.

⁵ Under de fyra första åren på 1990-talet försvann mer än en halv miljon arbetstillfällen, och arbetslösheten var det högsta under efterkrigstiden, vilket i sin tur medförde kraftigt ökade offentliga utgifter för stat och kommun. Mot slutet av 1994 var 40 % av de arbetslösa att betrakta som långtidsarbetslösa (Sv. Kommunförbundet [1995]: *Kommunerna fram till 2020*).

miska utvecklingen under 1990-talet ställde krav på besparingar och omstruktureringar i den kommunala verksamheten. Det är bland annat mot den bakgrunden man skall se regleringen i 8 kap. 4 § KL om en kommunal budget i balans, vilket har gällt fr.o.m. år 2000 (prop. 1996/97:52, bet. 1996/97:FiU15, rskr. 1996/97:281).⁶ Det är knappast en överdrift att påstå, att utvecklingen under 1990-talet i flera avseenden har påverkat förutsättningarna för socialtjänstens arbete, inte bara till följd av 1990-talets krisår utan också att kommunerna genom nya KL gavs möjlighet att själva utforma nämnd- och förvaltningsorganisationen.

När det gäller utvecklingen av missbrukarvården under samma period framgår det av en undersökning som Socialstyrelsen presenterade 1994 – baserad på en enkätstudie i 18 av 25 kommuner i Stockholms län om missbrukarvårdens utveckling i länet – att det i en majoritet av kommunerna fanns en tydlig tendens till politisk styrning av missbrukarvårdens inriktning (Socialstyrelsen 1994a). Flera kommuner angav att det fanns en politisk markering att missbrukarvården inte var ett prioriterat område i jämförelse med barn- och ungdomsvården. Många kommuner hade åren närmast före undersökningen (1994) exempelvis prioriterat bort aktivt uppsökande verksamheter bland framför allt narkomaner. En av Socialstyrelsens slutsatser 1994 var att missbrukarvården i Stockholms län styrdes av två dominerande principer: dels en ökad inriktning mot öppenvård och motsvarande minskning av den kostsamma heldygnsvården, dels en strävan efter ”mera vård för pengarna”.

Socialtjänstutredningen konstaterade i sitt slutbetänkande *Socialtjänst i utveckling* (SOU 1999:97) att socialbidraget under 1990-talet hade utvecklats från ett tillfälligt till ett permanent försörjningstillstånd. Under perioden 1990 till 1999 mer än fördubblades storleken på gruppen som fick socialbidrag 10 månader eller mer under ett kalenderår, och de genomsnittliga bidragstiderna ökade kontinuerligt under hela decenniet; ”långvarigt socialbidragstagande är en indikator på en relativt långt gången social och ekonomisk marginalisering”, framhöll Kommittén Valfärdsbokslutet i sitt slutbetänkande (SOU 2001:79 s. 236). De ökade socialbidragskost-

⁶ Redan i förarbetena till nya kommunallagen (1991:900) uttalade regeringen att om det skulle visa sig att den ökade friheten som kommunerna gavs på den ekonomiska området skulle leda till ”oönskade konsekvenser” skulle regeringen på nytt överväga behovet av en stramare lagreglering (prop. 1990/91:117 s. 21). Om en kommun *inte* lyckas uppnå minst ett nollresultat har den två år på sig att vända utvecklingen så att det ackumulerade resultatet för treårsperioden blir positivt (8 kap. 5 § KL). I SCB:s publikation *Den offentliga sektorn* (2002) framgår att 32 procent av kommunerna inte klarade av balanskravet 2001 (2002: 40 %).

naderna innebar samtidigt stora påfrestningar för den kommunala ekonomin (se vidare Socialtjänstutredningens slutbetänkande SOU 1999:97).

I Socialstyrelsens *Social Rapport 2001* finns data och analyser av olika befolkningsgrupper som löper en ökad risk att hamna i en mer utsatt social position genom att de har en ansamling av flera sociala problem samtidigt.⁷ Om man utgår från de grupper som redovisar problem på flera områden samtidigt, kan man konstatera att problemansamlingar främst finns bland kvinnor under 45 år, bland män och kvinnor med låg utbildning, bland ensamstående föräldrar samt bland utrikes födda. Ett annat resultat visade att förekomsten av ekonomiska problem hade samband med andra problemområden. ”Detta tyder antingen på att de som drabbas av ekonomiska problem ofta får problem också på andra områden, eller att olika sociala och/eller hälsomässiga problem är sådana att de ofta får konsekvenser också på det ekonomiska området” (Socialstyrelsen 2001a, s. 161). I Kommittén Valfärdsboksluts delbetänkande *Välfärd, ofärd och ojämlikhet* (SOU 2001:41) redovisas en genomgång av välfärdens fördelning i olika grupper och hur denna förändrades mellan 1989/90 och åtta år senare. Risken för att ha två eller fler former av ofärd 1998–1999 var 45 procent för de personer som också upplevde en ansamling av ofärd åtta år tidigare, vilket visar att denna typ av ofärd kan ha en oroande lång varaktighet. En av kommitténs slutsatser var att förekomsten av ansamling av ofärd hade ökat under 1990-talet, särskild bland yngre och medelålders individer. Kvinnor och arbetare löpte en större risk än andra att mer permanent hamna i ett tillstånd som innebar utsatthet för flera former av ofärd.

2.2.2 Välfärdsutvecklingen under 2000-talet

Under åren 2000 och 2001 förbättrades kommunernas samlade ekonomiska läge; i en tillbakablick betecknar Svenska Kommunförbundet (2003) dessa som ”de goda åren”. Sedan 2002 har situationen åter försämrats. I förbundets senaste utgåva av *Kommunernas ekonomiska läge* (november 2003) görs bedömningen att cirka 70 procent av kommunerna kommer att visa ett budgetunder-

⁷ Dessa områden var: ekonomiska problem, boendeproblem, bristande sociala relationer, utsatthet för brott m.m., problematisk livsstil, hälsoproblem, psykiska/psykosomatiska besvär samt ej tillgodosett vårdbehov.

skott för år 2003. Kommunernas samlade underskott beräknas öka från 1 miljard kronor år 2003 till 12 miljarder kronor år 2007. Att underskottet förväntas öka i denna omfattning beror enligt förbundet på tre omständigheter: kostnadsökningar till följd av att statliga reformer inte har full finansieringstäckning, ökade personalkostnader samt att intäkterna inte ökar i samma takt som kostnadsutvecklingen. Kommunförbundets samlade bedömning är att ”flertalet kommuner måste (...) sänka sina ambitioner inom flera områden” (s. 4). Det bör dock påpekas, att regeringen i budgetpropositionen för 2004 redovisar en väsentligt annorlunda bedömning om kommunernas ekonomiska utveckling framöver (prop. 2003/04:1, bilaga 2, s. 68ff.).

2.2.3 Statens roll – decentralisering av huvudmannaskap, finansiering och reglering

I Ansvarskommitténs (dir. 2003:10) underlagsrapport *Från ansvars-skiften till samordning – om ansvarsförändringar mellan staten, kommunerna och landstingen under 30 år (2003)* sammanfattar Lemne och Strömberg den ansvarsfördelning som har skett mellan staten, landstingen och kommunerna under de senaste decennierna:

Mer ansvar för utformning av verksamhet skall överföras till kommunerna och landstingen. Kännedom om lokala förhållanden skall styra utformningen av verksamheten och kommuner och landsting skall ges ökade befogenheter, dvs. minskad statlig detaljreglering. Slutligen skall medborgarperspektivet ges ökad tyngd. Staten skall ha ansvar för och garantera likformighet, trygghet, viss grundläggande säkerhet, välfärd. Statliga uppgifter är vidare att garantera rättssäkerheten, svara för övergripande planering genom att ange mål och ramar för verksamheten samt svara för samordning. (s. 8)

Denna ansvarsfördelning har successivt vuxit fram. År 1983 övertog kommunerna ansvaret för ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter (prop. 1979/80:172, SoU 44, rskr 385). Kommunaliseringen var en direkt följd av socialtjänstreformen som trädde i kraft 1982. Socialberedningen angav i sitt principbetänkande *Socialvården – Mål och medel* (SOU 1974:39) tre principer som man ansåg vara av grundläggande betydelse vid utformningen av institutionsvården: Kontinuitet, flexibilitet och närhet. Socialberedningen var kritisk till att nykterhetsvården var uppdelad på flera olika huvudmän: staten, kommuner, landsting, organisationer, fö-

reningar, stiftelser m.fl. Förekomsten av flera huvudmän försvårade samordningen och kontinuiteten i vården:

Det splittrade huvudmannskapet försvårar sådant utnyttjande samt successiv anpassning till nya stöd och behandlingsbehov. Denna organisatoriska tröghet tar sig bl.a. uttryck i överkapacitet under långa perioder inom flera – delvis parallella – vårdorganisationer och innebär att omfattande resurser som eljest skulle kunna nyttiggöras för institutionsvård av annat slag eller i den öppna vården och i fältverksamhet läses. (ibid., s. 442)

Socialberedningen såg svårigheter med ett fortsatt statligt huvudmannskap för tvångsvårdsinstitutionerna, då man ansåg att det med en sådan ordning fanns ”risk för att en del av de brister som vidlåder den nuvarande organisationen permanentas” (SOU 1974:39 s. 467).

I samband kommunaliseringen infördes ett statsbidrag⁸ för driften av tidigare statligt drivna institutionerna, medan en mindre andel fördelades till kommuner och landsting som haft kostnader för institutionsvården.⁹ Statsbidrag utgick också till kommunala alkoholpolikliniker och för vård av narkotikamissbrukare på dessa polikliniker samt till driften av vårdcentraler för narkomaner (prop. 1980/81:196, SoU 1981/82:23).

Statsbidragskonstruktionen möttes av kritik då den alltför ensidigt ansågs gynna institutionsplaceringar (SOU 1992:18). Genom garantibidraget som beräknades på antalet institutionsplatser fanns inga ekonomiska incitament hos huvudmännen att anpassa antalet platser till den faktiska beläggningen, utan systemet befrämjade snarare ett dåligt resursutnyttjande. Statsbidraget tenderade ”att permanenta gamla vårdformer genom att bidraget är kopplat till den befintliga institutionsstrukturen varvid olika kategorier av institutioner får sina kostnader för verksamheten täckta i varierande grad” (prop. 1984/85:151 s. 14).

Tre år senare, 1986, ändrades konstruktionen och kommunerna erhöll i stället ett specialdestinerat statsbidrag för *all* missbrukarvård, och fick därmed en större frihet att välja hur bidraget skulle fördelas mellan olika vårdformer (prop. 1984/85:151, SoU 1984/-

⁸ Det saknas en entydig definition av begreppet ”statsbidrag” vilket bl.a. Riksdagens revisorer har påpekat i *Statens styrning av kommunerna* (2002/03:RR21, s. 17) och revisorerna ansåg därför att regeringen borde definiera begreppet (Riksdagens revisorer 2003a).

⁹ 75 procent utgjorde ett garantibidrag beräknat på antalet vårdplatser (platsbidrag), resterande 25 % var ett belägningsbidrag (kommunbidrag) för de kommuner som hade haft vårdkostnader vid institutionerna.

85:26).¹⁰ Statsbidragsförändringen innebar att institutionsvården och den öppna vården fick samma finansiella förutsättningar, vilket gjorde att kommunerna fick större incitament att omorientera vården mot mer öppnare former (SOU 1994:139). Kostnaderna för institutionsvården var tvungen att täckas av vårdavgifter. Denna förändring öppnade vägen för en ökad marknadsorientering (Socialstyrelsen 1993a).

Avsikten med statsbidragsreformen var att främja en utveckling av öppnare vårdformer och inte enbart begränsas till institutionsvård.¹¹ Den nya statsbidragssystemet för missbrukarvården trädde i kraft 1986 och gällde t.o.m. 1989. Av bidraget fördelades cirka 75 procent till kommunerna efter en schablon för att fritt disponeras till missbrukarvård och ungdomsvård. Resterande del utgjordes av platsbidrag till f.d. statliga ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter.

Socialstyrelsen (1989a) visade dock i en uppföljningsstudie av effekterna av statsbidraget under åren 1986–1989, att utvecklingen hade gått i en annan riktning än det som avsetts. Trots en satsning på att utveckla öppnare vårdformer hade efterfrågan på institutionsvård ökat, särskilt för personer med stort vårdbehov. Det fanns en ojämn geografisk fördelning av resurserna. Det generella statsbidraget hade inte ”på något mätbart sätt” styrt verksamheterna mot ökade öppenvårdsinsatser.¹² Socialstyrelsen påtalade också att det fanns brist på platser för klienter ”med särskilt stort vårdbehov”.¹³ Socialberedningen var i sitt slutbetänkande oroad över att den nya bidragsmodellen tycktes ha inneburit ”en nedrustning av vårdmöjligheterna för i första hand de tyngsta missbrukargrupperna. Tillräckligt kvalificerade öppenvårdsalternativ synes nämligen inte ha tillkommit i samma takt som institutionsresurserna har minskat” (SOU 1987:22 s. 245), varför beredningen förordade en system ”som innehåller starkare garantier för att de sämst ställda missbrukarnas vårdbehov blir tillgodosedda” (ibid.).

¹⁰ Överenskommelsen avsåg perioden 1986–89. För enbart 1986 uppgick statsbidraget till 810 miljoner kronor. Statsbidraget utgick i form av kommunbidrag, platsbidrag och omstruktureringsbidrag. Se vidare prop. 1991/92:150, avsnitt 6, protokoll vid regeringssammanträdet 15/4 1992.

¹¹ I Kommunalekonomiska kommitténs betänkande SOU 1991:98, bilaga 3, finns en sammanfattning av statsbidragets utformning till missbrukarvård och ungdomsvård (se s. 22–25).

¹² Riksrevisionsverket hade i en rapport från 1985 konstaterat samma sak (RRV-rapport dnr 1985:300).

¹³ Detta förhållande föranledde Socialstyrelsen att i en skrivelse till regeringen (1985-05-31) påtala bristen på § 18-platser. Även JO hade riktat kritik i samma fråga (dnr 2718–1984). Se RRV-rapport 1985:300, s. 23–25.

Kritiken medförde ytterligare förändring av statsbidragssystemet som trädde i kraft 1990. För att förbättra möjligheterna att ta hand om de mest utsatta missbrukarna och ungdomarna ökades platsbidragen till både särskilda ungdomshemmen (12 § LVU) och institutioner för särskilt noggrann tillsyn (23 § LVM). Dessutom infördes ett utvecklingsbidrag för att bland annat stimulera etablering av nya institutioner inom missbrukar- och ungdomsvården. Under 1991 och 1992 utgick ett tillfälligt anordningsbidrag till de huvudmän som byggde ut antalet platser vid § 23-hem (prop. 1990/91:96). Detta fick emellertid som en bieffekt att många av § 22-hemmen transformerades till § 23-hem, eftersom det inte utgick något statsbidrag till förstnämnda institutioner.

År 1993 reformerades återigen statsbidragssystemet i samband med inrättandet av Statens institutionsstyrelse som ny central förvaltningsmyndighet för den samlade sociala tvångsvården.¹⁴ Drygt hälften av statsbidraget för missbrukarvården och ungdomsvården (av totalt 950 miljoner kronor år 1991) överfördes till den nya myndigheten. Samtidigt infördes en regel enligt vilken även § 22-hemmen erhöll statsbidrag.

Kommunerna erhåller sedan dess ”en påse pengar” i form av ett generellt statsbidrag som inte längre är specialdestinerat för olika ändamål (SOU 1991:98, prop. 1991/92:150).¹⁵ Från regeringens sida motiverades denna förändring med att generella bidrag skulle ”skapa bättre förutsättningar för utveckling och förnyelse i kommunerna samt bidra till en bättre samordning och ett effektivare resursutnyttjande”. Enligt Svenska kommunförbundet innebär denna utveckling att utrymmet för det lokala självbestämmandet vidgas:

Därmed kan också resursanvändningen bättre anpassas till olika lokala verkligheter. Förutsättningarna både för den lokala demokratin och för effektiviteten stärks. (Sv Kommunförbundet 1995, s. 28)

Utformningen av det generella statsbidragssystemet minskar statens möjlighet att genom villkor och resursfördelning styra utvecklingen, men å andra sidan har staten under senare delen av 1990-talet åter börjat använda sig av riktade bidrag som är avsedda för en

¹⁴ Riksdagens beslut om särskilda ungdomshemmen (12 § LVU): prop. 1990/91:96, bet. 1990/91:SoU14, rskr 267. Institutioner för vuxna missbrukare (23 § LVM): prop. 1992/93:61, bet. 1992/93:SoU10, rskr 106.

¹⁵ När dåvarande regeringen i april 1992 presenterade förslaget i kompletteringspropositionen hade IUM-utredningen i februari samma år föreslagit ett ändrat huvudmannaskap för tvångsvården av unga respektive vuxna missbrukare (SOU 1992:18), varför missbrukarvården tills vidare hölls utanför det generella systemet.

bestämd verksamhet eller ett bestämt ändamål (Riksdagens revisorer 2003b, s. 16). Specialdestinerade statsbidrag kan enligt regeringen vara motiverade i vissa fall, men den grundläggande principen är att statsbidrag skall ges som generella bidrag (prop. 2002/03:1, bilaga 4, s. 8). Andelen specialdestinerade statsbidrag har emellertid ökat under senare år.¹⁶

2.2.4 Frivilligorganisationernas roll

Klientrörelsens och andra typer av frivilligorganisationers¹⁷ roll som vårdproducent är relativt begränsad, även om deras andel av totala antalet HVB-platser inom alkoholstuvården har ökat sedan början av 1980-talet. Under denna tid har den samhälleliga synen på frivilligorganisationernas involvering som vårdproducent förändrats, vilket alkoholforskaren Kerstin Stenius utförligt belyser i sin avhandling *Privat och offentligt i svensk alkoholistvård* (1999).

Socialutredningen uttalade i sitt principbetänkande från 1974 ”en positiv syn” på samarbetet mellan frivilligorganisationer och samhällets socialvård, men gjorde samtidigt klart att enskilda organisationer i allmänhet inte borde bedriva institutionell vård ”som det normalt ankommer på samhället att ombesörja” (SOU 1974:39 s. 438). Även i slutbetänkandet (SOU 1977:40) drev Socialutredningen uppfattningen att driften av institutionsvård enbart var en samhällelig uppgift. I prop. 1979/80:1 om socialtjänstreformen gjorde socialministern klart att han såg frivilligorganisationerna som en komplementär resurs till offentliga sektorn. Organisationerna gavs möjlighet att driva HVB-hem för exempelvis vuxna missbrukare, men enbart under förutsättning av att länsstyrelsen hade bifallit särskilt inlämnad ansökan (69 § SoL, vilket motsvarar 7 kap. 1 § nuvarande SoL).¹⁸

¹⁶ Riksdagens revisorer har på grundval av en rapport från Statskontoret (2003) beräknat att för 2001 utgjordes cirka 45 % av bidragen till kommuner och landsting av specialdestinerade statsbidrag (Riksdagens revisorer 2003b, s. 7). Inom alkohol- och narkotikaområdet kan nämnas att som ett led i att implementera den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador (prop. 2000/01:20, bet. 2000/01:SoU8, rskr 2000/01:144) avsatte regeringen 300 miljoner kronor som kommunerna kunde ansöka om hos länsstyrelserna (Statskontoret 2003, s. 130f.).

¹⁷ Beträffande begreppet ”frivilligorganisation”, se definition i SOU 1993:82.

¹⁸ I dåvarande socialtjänstförordningen (1981:750) 29–34 §§ gavs kompletterande bestämmelser om HVB-hem som drivs av enskilda. Vidare hade Socialstyrelsen utfärdat allmänna råd (SOSFS [S] 1982:56) om hem för vård eller boende som drivs av enskilda. I RRV-rapport 1985:300 framgår av de enskilda institutionerna 1984 svarade för drygt hälften av HVB-hemmen och 33 procent av platserna inom missbrukarvården. De enskilda vårdgivarna dominerade särskilt narkomanvården.

Frivilligorganisationer agerar på marknaden på samma villkor som andra vårdproducenter, oberoende av associationsform. Frivilligheten är, vid sådana uppdragskonstruktioner, givetvis något begränsad. Det finns dock ett stort värde i att medborgarna fritt kan vända sig till dessa organisationers verksamheter. Socialtjänstkommittén varnade för en utveckling som man redan i mitten av 1990-talet kunde se ”vissa tecken på”, nämligen ”att kommunerna utvecklar strategier för att få mer ’valuta för pengarna’. Denna utveckling ger oss anledning att på nytt slå vakt om ett rikt och oberoende föreningsliv. Om socialtjänsten av en eller annan anledning vill ställa ensidiga villkor för hur en prestation skall utföras ligger det enligt vår mening närmast till hands att välja entreprenadformen i stället för bidrag” (SOU 1994:39 s. 386).

Tillkomsten av LVM innebar en vattendelare i samhällets syn på frivilligorganisationernas roll vad gäller driften av tvångsvård. Under nykterhetsvårdslagens tid fick tvångsvård endast anordnas vid s.k. allmän vårdanstalt (18 § NvL). Sådan anstalt fick drivas dels av staten, dels av landsting, kommun, förening, stiftelse om dessa hade ställning som s.k. erkänd allmän anstalt (40 § NvL). Socialutskottet ansåg att ”det knappast (är) möjligt att i samma grad tillgoda kraven på rättssäkerhet inom ramen för en vård som lämnas genom ett enskilt rättssubjekt. Från principiell synpunkt kan man dessutom hävda att det allmänna inte bör kunna avhända sig ansvaret för åtgärder som innebär så allvarligt intrång i enskilda människors personliga frihet” (SoU 1981/82:22 s. 24–25).

2.3 Missbrukets omfattning och utveckling

Allmänt sett kan sägas att det kan vara vanskligt att avgöra om statistik avseende förändringar i missbrukets omfattning och utveckling speglar en faktisk förändring eller kan hänföras till mättekniska problem, olika definitioner av samma begrepp över tid, förändringar i statistik/registerföring, variationer i sampelstorlek m.m. (Oscarsson 2000, Hakkarainen 2001). Detsamma gäller naturligtvis även andra typer av statistik inom det sociala fältet.¹⁹ Exakta siffror bör därför tolkas med en viss försiktighet, medan allmänna tenden-

¹⁹ Ett exempel är Socialstyrelsens redovisning av antalet hemlösa, där man använt sig av olika definitioner vid de båda nationella mätningar som förekommit under 1990-talet. Socialstyrelsens definition skiljer sig dessutom från den definition av samma begrepp som Kommittén för hemlösa rekommenderade i sitt slutbetänkande (SOU 2001:95).

ser och trender ofta ger en mer trovärdig bild av ett skeende över tid.

Alkohol

Under 1980-talet sjönk eller stabiliserade sig en, fram till dess, uppåtgående trend när det gäller totala alkoholkonsumtionen. Sedan 2000 har dock konsumtionsökningen varit kraftig, framför allt i form av en ökad vin- och starkölskonsumtion (Leifman 2003, Leifman & Gustafsson 2003). Konsumtionen av alkohol under 2002 uppgick till 9,9 liter 100 % alkohol per invånare (15 år och äldre), vilket är en ökning med ungefär 24 procent sedan 1996 och med 9 procent sedan 2001.²⁰

Konsumtionen är dock inte jämt fördelat mellan olika befolkningsgrupper. Studier som genomförts av bland annat SoRAD vid Stockholms universitet visar att kön och ålder är två viktiga variabler som påverkar konsumtionsmönstret. Män konsumerar dubbelt så mycket alkohol jämfört med kvinnor (13,9 liter 100 % alkohol jfr med 5,9 liter). Medan kvinnornas andel av den totala konsumtionen uppgick till 20 procent 1967 ökade den under 1990-talet till mellan 31–33 procent (prop. 1998/99:134, s. 48). Ökningen av kvinnornas andel av totalkonsumtionen är en utveckling som har pågått under flera decennier (se vidare kapitel 9 om vissa genusaspekter). När det gäller skadeutvecklingen är det värt att notera att nedgången i alkoholrelaterad dödlighet (per 100 000 invånare) enbart gäller *män*, inte kvinnor. För kvinnor har dödligheten varit oförändrad eller något uppåtgående (CAN 2003).

CAN:s skolundersökningar, som baseras på frågeundersökningar, visar att alkoholbruket ökade i omfattning, men att ökningen har stagnerat under de allra senaste åren (CAN 2003).

Den svenska alkoholpolitiken går ut på att minska totalkonsumtionen i syfte att begränsa de medicinska- och sociala skadeverkningarna av alkohol. Detta har skett genom en restriktiv alkoholpolitik med höga alkoholskatter och detaljhandelsmonopol, särskilt regel- och tillståndssystem för servering av och handel med alkoholdrycker, osv. En av huvudteserna är att ju högre den totala alkoholkonsumtionen är i ett samhälle desto fler högkonsumenter finns

²⁰ Regeringen beslutade i januari 2004 att tillsätta en utredning med uppgift att "föreslå de åtgärder som kan behövas för att minska de problem som ökad införsel och vidareförsäljning av alkohol skapar" (dir. 2004:3).

det (SOU 1994:24, prop. 1994/95:89, prop. 1998/99:134).²¹ För denna hållning finns ett solitt vetenskapligt stöd (Leifman 2003); i flera studier har det kunnat konstateras ett positivt samband mellan konsumtion av alkohol å ena sidan och alkoholrelaterade skador och dödlighet å andra sidan. Olika undersökningar – vilka baseras på självrapporterad alkoholkonsumtion – visar att medan konsumtionen har ökat med något över 24 procent sedan 1996, har ökningen av andelen storkonsumenter varit betydligt högre.

I vissa avseenden har förutsättningarna för den förda alkoholpolitiken radikalt ändrats genom Sveriges anslutning till EES-avtalet och det svenska medlemskapet i EU.²² Men samtidigt har regeringen i *Nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador* (prop. 2000/01:20), som riksdagen ställde sig bakom i januari 2001, klargjort att målet för den svenska alkoholpolitiken är oförändrat – dvs. att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Fortfarande gäller att målet är att sänka den totala alkoholkonsumtionen, förhindra att människor blir storkonsumenter och att påverka de senares dryckesmönster. Bland åtgärder som betonas är särskilda stödsatser för riskgrupper och individer med riskbeteende, vård och behandlingsinsatser, uppföljning av konsumtions- och skadeutvecklingen, etc.

Narkotika

Användningen av narkotika har ökat sedan början av 1990-talet, viket för övrigt är en allmän trend i alla nordiska länderna (Hakkara-rainen 2001). Narkotikaanvändning är dock ett tämligen oprecist begrepp och kan, som CAN har påpekat, innefatta allt ifrån konsumtion vid enstaka tillfällen till regelbundet, långvarigt och dagligt missbruk. CAN anser därför att man bör redovisa olika typer av *konsumtionsmönster* i form av tillfällig/experimentell användning respektive tungt missbruk, varvid man med det senare brukar avse

²¹ Alkoholpolitiska kommissionen riktade i sitt slutbetänkande *Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden* (SOU 1994:24) viss kritik mot denna modell.

²² Detta kan bland annat avläsas i form av sänkta realpriser på alkoholdrycker, en ökad tillgänglighet till följd av sänkta punktskatter och successivt ökade införselkvoter som 2004 hamnar i paritet med vad som gäller för övriga EU-länder. Det är delvis mot bakgrund av Sveriges försämrade möjligheter att använda sig av prisinstrumentet, och effekterna därav, som man skall se Nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador (prop. 2000/01:20) och den av regeringen sedermera tillsatta Alkoholkommittén (dir. 2001:22) vars uppgift är att genomföra de åtgärder som återfinns i planen och som riksdagen har ställt sig bakom.

antingen allt injektionsmissbruk eller daglig eller nästan daglig användning av narkotika.

CAN:s skolundersökningar visar att andelen ungdom som *regelbundet* använder narkotika ökade under 1990-talet, men nivån är relativt låg (3 procent).

Det finns i detta sammanhang skäl att uppmärksamma situationen för gruppen ”tunga missbrukare”. Skattningar av antalet har sedan slutet av 1970-talet gjorts vid tre tillfällen i Sverige i case-findingstudier där man har använt sig av capture-recapturemetoden (tabell 2:1).²³ Vad som kan konstateras är att antalet tunga missbrukare har ökat från 15 000 till 26 000 mellan åren 1979 och 1998.

Tabell 2:1. Uppskattning av antalet tunga injektionsmissbrukare sedan 1979

Period	Skattat antal	Metod	Definition
1979 – nya beräkningar*	13 500–16 500 (15 000)	Case-finding med capture-recapture – loglinjär + korrigering för felklassificering	Injicerat någon gång under senaste året eller dagligt eller så gott som dagligt bruk under senaste 4 veckorna
1992 – nya beräkningar**	17 000–20 500 (17 000)	Case-finding med capture-recapture	Se ovan
1998*	23 500–28 500 (26 000)	Case-finding med capture-recapture – loglinjär + korrigering för felklassificering	Se ovan

* Olsson, Adamsson Wahren & Byqvist (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*.

** Olsson, Byqvist & Gomer (1993). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992*. CAN.

Källa: Olsson (2001) i Kouvonon, Rosenqvist & Skretting (red.), s. 38.

Under perioden 1992–1998 har den årliga ökningen av nytilkomna personer med tungt missbruk uppskattats uppgå till 1 900 personer. Nyrekryteringen har med andra ord varit stor. 1998 års undersökning visar att heroinanvändning har blivit allt vanligare bland de tunga missbrukarna. Andelen av samtliga med tungt missbruk som använder heroin som huvuddrog har ökat från 15 till 28 procent mellan åren 1979 till 1998 (Olsson, Adamsson Wahren & Byqvist 2001). Det är betecknande att MAX-projektet ansåg sig föranlåten att göra en särskild studie om heroindömda 17–29 åringar (Nilsson,

²³ Case-findingstudier baseras på antalet personer (cases) som är kända hos olika myndigheter, organisationer. Med hjälp av statistiska analyser (capture-recapture metodiken) kan man därefter skatta storleken på det mörkertal som finns i form av icke-rapporterade narkomaner med injektionsmissbruk.

Johansson & Olsson 2001).²⁴ Enligt skattningar som BRÅ (2003a) nyligen har gjort har antalet under perioden 1997–2001 ökat med 14 procent till cirka 28 870.²⁵ Det ligger i sakens natur att man inte exakt kan ange antalet personer med injektionsmissbruk, utan dessa uppgifter baseras på skattningar enligt vedertagna vetenskapliga metoder.

Som framgår av figur 2:1 har den narkotikarelaterade dödligheten mer än fördubblats under 1990-talet samtidigt som antalet personer som slutenvårdats på grund av narkotikarelaterade diagnoser fördubblades under perioden 1987–2001. Förklaringar till ökningarna av sjuk- och dödligheten – förutom att det har skett en ökning av antalet personer med narkotikamissbruk – kan enligt CAN vara ”en ökande sårbarhet hos en åldrande missbrukspopulation samtidigt som dessa har kommit att använda allt farligare droger och drogkombinationer” (CAN 2003, s. 107).²⁶

På det narkotikapolitiska området bör här nämnas att riksdagen våren 2002 ställde sig bakom en Nationell handlingsplan mot narkotika (prop. 2001/02:91) som i huvudsak baseras på Narkotikakommissionens slutbetänkande *Vägvalet* (SOU 2000:126). I planen betonas bland annat att det förebyggande arbetet måste stärkas samtidigt som alla som behöver vård också skall få tillgång till det. Regeringens nationella samordnare i narkotikapolitiska frågor har i sin första årsrapport till regeringen föreslagit ”att den av regeringen utlovade förstärkningen till missbrukarvården särskilt inriktas på att stärka den specialiserade missbrukarvården, öka antalet avgiftningsplatsen och att förstärka satsningarna på eftervården”.²⁷

2.4 Insatser mot missbruk inom kriminalvården

”En stor andel av alla narkotikamissbrukare kommer förr eller senare i kontakt med kriminalvården”, konstaterar BRÅ i en nyligen utgiven rapport (2003b, s. 6). Som framgår av avsnitt 2.1 utgjorde

²⁴ Se även Philip Lalanders två böcker om unga heroinister i Norrköping: *Hela världen är din – en bok om unga heroinister* (2001) och *Hooked on heroin – drugs and drifters in a globalized world* (2003). Den senare boken är en omarbetning och utvidgning av den förra.

²⁵ Se även Svensson, Daniel (2003): *Förslag på metoder för skattning av tungt narkotikamissbruk*.

²⁶ Återigen bör understrykas att utvecklingen av narkotikarelaterade dödsfall bör tolkas med försiktighet med tanke på att Socialstyrelsen 1997 ändrade klassificeringssystem och övergick till ICD-10.

²⁷ Mobilisering Mot Narkotika: *Rapport 2003. Den nationella narkotikapolitiska samordnarens årsrapport maj 2002 – juni 2003*.

andelen intagna i anstalt per den 1 oktober 2002 med känt missbruk cirka 65 procent av samtliga. Kvinnliga intagna har jämfört med manliga intagna i större utsträckning ett narkotikarelaterat missbruk (KVS 2003a).²⁸

Narkomanernas andel av samtliga som *nyintagits* i anstalt och som avtjänar mer än två månaders fängelse var 60 procent år 2002. Denna andel har varit tämligen konstant under den senaste femårsperioden. Andelen narkomaner bland de korttidsdömda (strafftid under två månader) har ökat kraftigt: av 2 822 nyintagna 2002 bedömdes 66 procent ha narkotikamissbruk jämfört med 30 procent 1997. En förklaring till ökningen anses vara att flertalet korttidsdömda ”med en mer ordnad social situation” numera avtjänar sina straff genom s.k. intensivövervakning (BRÅ 2003b, fotnot 2, s. 14).

Narkotikakommissionens har påpekat att kriminalvården har ”en central roll i samhällets insatser i kampen mot narkotikamissbruket” (SOU 2000:126 s. 224). Dessa insatser tar sig dels uttryck i kontrollåtgärder för att förhindra införsel och försäljning av narkotika inne på fängelserna, dels behandlingsinriktade åtgärder som bedrivs på fängelserna, dels § 34-placeringar.

Åtskilliga av de som döms till fängelse förekommer periodvis även som intagna på LVM-hem med stöd av LVM eller på psykiatrisk- eller rättspsykiatrisk klinik enligt LPT eller LRV. Det rör sig här om en grupp av personer med tungt narkotikamissbruk vilka alternerar mellan samhällets olika tvångsinstanser (se vidare kapitel 14 där detta förhållande belyses som ett resultat av utredningens aktstudier inom socialtjänsten).

2.4.1 Motivations- och behandlingsverksamhet i fängelser

Kriminalvårdsstyrelsen genomför närvarande en särskild satsning för att bekämpa narkotikamissbruket bland kriminalvårdens klienter. Under en treårsperiod (2002–2004) har regeringen avsatt 100 miljoner kronor till kriminalvårdsstyrelsen (prop. 2001/02:91, bet. 2001/02:SoU15, rskr 193). Satsningen ingår som en del i regeringens arbete mot narkotika med utgångspunkt från Narkotikakommissionens förslag. Satsningen syftar till att personer på häkten och i anstalt skall identifieras, utredas avseende behov samt motiveras och behandlas för sitt narkotikamissbruk. Denna satsning har Brotts-

²⁸ En detaljerad beskrivning av narkomanernas bakgrund inom kriminalvården, programverksamhet m.m. ges i KVS (2003b): *Kriminalvårdens Redovisning Om Drogsituationen*.

förebyggande rådet fått i uppdrag att utvärdera. En första delrapport publicerades i november 2003 (BRÅ 2003b).

Av den första utvärderingsrapporten framgår att de inom kriminalvården som arbetar med utredning och motivation anser att de gör ett meningsfullt och viktigt arbete, men att det ofta saknas bra behandlingsalternativ för motiverade klienter och att antalet tillgängliga platser på anstaltens behandlingsavdelningar inte svarar mot behovet.

På 28 anstalter har det inrättats olika avdelningar för intagna med narkotikamissbruk. Dessa är differentierade utifrån klientens grad av motivation: motivationsavdelningar, behandlingsavdelningar och avdelningar för svårmotiverade. Platsantalet uppgick den 1 oktober 2002 till 1 339 av vilka drygt hälften var placerade på motivationsavdelningar. Kriminalvården har beslutat att en dryg tredjedel av alla slutna platser på anstalt skall vara anpassade för intagna med narkotikamissbruk, vilket innebär att det finns särskilda platser för cirka hälften av de intagna med missbruksproblem. Utifrån antalet intagna den 1 oktober 2002 med narkotikaproblem kan konstateras att drygt 60 procent av dessa var placerade på motivations-, behandlingsavdelningar eller avdelningar för svårmotiverade (BRÅ 2003b, s. 14).

BRÅ konstaterar i sin första utvärderingsrapport, att ”den fråga som ännu inte kan besvaras är i vad mån de ansträngningar som kriminalvården nu gör för att göra anstaltstiden mer meningsfull för missbrukarna, lyckas bidra till en minskning i återfall i brott och missbruk” (BRÅ 2003b, s 10), men BRÅ hoppas kunna besvara denna frågeställning i sin nästa rapport i februari 2005.

Vid Kriminalvårdsstyrelsen finns en central beredningsgrupp i drogfrågor som koordinerar kriminalvårdens arbetet mot narkotika, och som i en särskilt rapport *Insatser mot narkotika* (2002) har belyst kriminalvårdens behov av insatser och även utarbetat en strategi dessa frågor.

2.4.2 Placering utom anstalt enligt 34 § KvaL

Enligt 34 § KvaL kan en intagen få tillstånd att vistas utanför anstalten om denne då kan bli föremål för särskilda åtgärder som kan antas underlätta vederbörandes anpassning i samhället. I lagbestämmelsen anges särskilt vård eller behandling mot ”missbruk av beroendeframkallande medel”. Enligt bestämmelsen är detta fram-

för allt avsett för långtidsdömda (två år eller mer). Kriminalvården kan uppställa villkor för placeringen, till exempel att klienten skall lämna blod- eller urinprov. Om det finns särskilda skäl kan man också meddela en föreskrift som skall gälla en viss tid *efter* den villkorliga frigivningen om det är tänkt att placeringen skall fortsätta efter frigivningsdagen. Sistnämnda bestämmelse kan antas vara en delförklaring till att många placeringar avbryts strax före tidpunkten för villkorlig frigivning.

För att kriminalvården skall kunna ha förutsättningar att lyckas i sitt arbete krävs ett samarbete med socialtjänsten. Efter den villkorliga frigivningen är det kommunen som har ansvaret för att tillgodose den frigivnes behov av vård och behandling. Narkotikakommissionen betonade för sin del att det inte är acceptabelt att angelägna § 34-placeringar stoppas på grund av att en enskild kommun vägrar ta på sig det ekonomiska ansvaret för tiden fr.o.m. villkorlig frigivning.²⁹ Kommissionen föreslog att kriminalvården – som ”en nödlösning” under en tvåårig försöksperiod – skulle ges möjlighet att ikläda sig det ekonomiska ansvaret även efter den villkorliga frigivningen.

Detta föranledde regeringen att ge Kriminalvårdsstyrelsen i uppdrag att analysera de problem som hindrar att placering sker med stöd av 34 § KvaL. Kriminalvårdsstyrelsen har nyligen slutfört sitt uppdrag och till regeringen överlämnat rapporten *Vistelse utom anstalt enligt § 34 lagen om kriminalvård i anstalt* (2003d). Jämfört med 1998 har antalet placeringar minskat, men sedan 2000 kan det noteras en uppåtgående trend i placeringsbenägenheten.

I rapporten redovisas också resultatet av en enkätundersökning vid samtliga kriminalvårdsanstalter och intervjuer med ett urval av anställda vid olika anstalter. Den bild som framträder varierar mellan olika anstalter och där personalgruppernas intresse och engagemang skiljer sig åt. Även traditionens makt har betydelse. Anstalter med en låg placeringsbenägenhet har en tendens att förklara detta med samarbetsproblem med socialtjänsten. Även om kommunerna ingår en ansvarsförbindelse händer det ofta, enligt frivårdsmyndigheterna, att denna löper en månad i taget vilket skapar planeringsproblem för alla inblandade parter. Samtidigt framkommer att i den mån anstalten har en längre planeringshorisont och initierar frågan om § 34-placering i god tid med socialtjänsten, ökar

²⁹ I Kriminalvårdsstyrelsens rapport *Vistelse utom anstalt* (2003) anges dock med exempel från Boråsanstalten att ”kriminalvårdsnämnden inte i lika hög utsträckning som tidigare kräver ansvarsförbindelse [från socialtjänsten]” (s. 19).

också kommunens benägenhet att ta på sig kostnaden efter den villkorliga frigivningen. Problemet i samarbetet mellan kriminalvård och socialtjänst ställs ofta på sin spets när det är fråga om en för socialtjänsten okänd person, vilket i sin tur kräver utrednings- och handläggningstider inom kommunen. Men även andra typer av problem blir synliga i kontakterna mellan anstalten och socialtjänsten, som kan begränsa valet av behandlingshem eller –metod. I ett enkätsvar från kva Skenäs hävdas, att ”någon kommun har sagt ifrån om det förslag på behandlingshem som anstalten givit och hävdar att kommunens ’egna’ alternativ skall väljas alternativt att specifik behandlingsmetod skall användas (...)”.

2.4.3 Kontraktsvård

Kontraktsvård – eller skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan – är en särskild påföljd (28 kap. 6a § BrB) som främst är avsedd för personer med missbruksproblem där det finns ett klart samband mellan missbruk och brott, och där straffvärdet för brottet är högst två år. Kontraktsvård är i stället för ett fängelsestraff. Antalet domar med kontraktsvård har ökat de senaste åren, och uppgick 2002 till 1 511 (KVS 2003c).

Kriminalvården svarar för vårdkostnaden t.o.m. den dag när den dömda skulle ha blivit villkorligt frigiven. Därefter skall betalningsansvaret övergå till socialtjänsten. Även här förutsätter tillämpningen ett gott samarbete mellan kriminalvården och socialtjänsten. Narkotikakommissionen uttalade bland annat följande i denna fråga:

Det är inte alltid socialtjänsten och kriminalvården har samma syn på vårdbehov och klientens möjligheter att tillgodogöra sig behandlingen. Det finns heller inte alltid förståelse från kommunens sida att kontraktsvården bör vara tillräckligt ingripande. Domstolarna är i allmänhet inte villiga att acceptera ett öppenvårdsalternativ för narkotikamissbrukare. Vissa kommuner är mycket ovilliga att gå med på en ansvarsförbindelse därför att man inte har budgeterat medel, inte tar beslut mer än någon månad fram i tiden eller på grund av att man bedömer ärendet på ett annat sätt än frivården. (SOU 2000:126 s. 249)

Vissa kommuners motvilja att ingå en ansvarsförbindelse är ett problem enligt domare som Narkotikakommissionen intervjuade i denna fråga. ”Genom att inte erbjuda adekvat vård hindrar den enskilda kommunen i praktiken domstolen från att döma till kon-

traktsvård, trots att alla andra kriterier är uppfyllda” (ibid., s. 250). I en rapport om kontraktsvård som Kriminalvårdsstyrelsen överlämnade till regeringen i november 2003 förstärks denna bild ytterligare genom resultatet av en enkätundersökning som bland annat omfattade drygt 90 tingsrätter och hovrätter (KVS 2003c). Domstolarna såg för sin del en tendens till att fler häktade som egentligen skulle kunna dömas till kontraktsvård i stället dömdes till fängelse, eftersom frivården inte hade hunnit få klart med en ansvarsförbindelse med berörd socialnämnd. Detta leder inte så sällan till att tingsrättsdomen överklagas för att frivårdsmyndigheten i stället skall försöka få klart med ansvarsförbindelsen i samband med hovrättsförhandlingen

2.5 Socialtjänstbaserade missbrukarvården

2.5.1 Frivilligvård – tvångsvård

LVM:s ikraftträdande 1982 innebar att antalet inskrivna personer i tvångsvård minskade kraftigt i förhållande till situationen dessförinnan, dvs. när NvL fortfarande var i kraft. Minskningen kan förmodligen helt förklaras med de nya förutsättningarna för tvångsvård.

Under perioden 1984–1988 ökade åter antalet omhändertagna personer med stöd av LVM. Med den nu gällande LVM utökades den maximala vårdtiden och antalet inskrivna mer än fördubblades mellan åren 1988 och 1989. Utvecklingen sedan 1990 redovisades i figur 2:1. En tydlig nedgång skedde under perioden 1990–1997 både när det gäller antalet vuxna personer som vårdas frivilligt och antalet intagna med stöd av LVM. Andelen vårdade personer som var tvångsintagna en viss given mättdag låg under perioden 1990 till 1994 kring 15 procent och har sedan dess sjunkit.³⁰ Den 1 november 1999 t.o.m. 2002 har antalet vårdade fluktuerat mellan 3 400 till 3.500 personer per år, varav cirka 8 procent är tvångsvårdade.

³⁰ Under åren 1989–1997 utgjorde mättdagen den 31 december, därefter har det varit den 1 november.

2.5.2 Öppna insatser

Vad är öppna insatser?

Utbudet av öppna insatser skiljer sig åt mellan olika kommuner.³¹ Vid Socialstyrelsens (1998a) senaste kartläggning 1997 kunde 250 av 269 undersökta kommuner erbjuda en eller flera öppenvårdsalternativ. Elva procent kunde inte erbjuda sådan över huvud taget medan ytterligare 35 procent kunde erbjuda en eller två former i öppenvård. Vanligast förekommande var dagcentraler och mottagningar/rådgivningsbyråer, medan strukturerade behandlingsenheter och "annan öppenvårdsverksamhet" inte förekom i samma utsträckning. Kartläggningen visade att förekomsten av strukturerad behandling i öppenvård var ojämnt fördelad mellan olika kommungrupper: de tre storstäderna samt alla utom en kommun i kategorin "större städer" kunde erbjuda ett sådant alternativ, medan majoriteten av kommunerna (50–88 %) i övriga kommungrupper saknade denna öppenvårdsform.

Individuellt behovsprövad öppenvård inom socialtjänsten är inget enhetligt begrepp utan innefattar flera olika insatser, exempelvis strukturerad behandling, arbetsträning och sysselsättning vid särskilda enheter, "skyddat boende", dagcentraler för social samvaro osv.³² Motsvarande gäller för övrigt också institutionsvården. Socialstyrelsen noterade i en rapport från 1994 följande om öppenvårdsutbudet:

...svårigheter att definiera vad öppenvård är. Den kan omfatta allt från en strikt avgränsad verksamhet med strukturerat innehåll till de olika stödinsatser som erbjuds och utvecklas inom socialkontorets reguljära verksamhet. /---/ För framtiden kan en redovisning av vårdinsatserna som medger en annan än den strikta uppdelning i institutionsvård respektive öppenvård som nu görs, bidra till en mera komplett bild av utvecklingen. (Socialstyrelsen 1994a, s. 40)

³¹ Omfattningen av öppna insatser redovisar Socialstyrelsen sedan 1998 i sin årligen utgivna statistik om insatser inom missbrukarvården.

³² Klassificeringen av vad som är hänföra som öppenvård kan i vissa fall starkt ifrågasättas enligt personlig kommunikation som utredningen har haft med Socialstyrelsens statistikenhet. Är exempelvis tillgång till en träningslägenhet "öppenvård" enbart av det skälet att socialtjänsten förmedlar den i andra hand och för att socialtjänsten kan utöva tillsyn i lägenheten, vilket för övrigt är ett villkor för att hyresgästen skall erhålla lägenheten (SOU 2001:95). Socialstyrelsen (1998a) använder begreppet "skyddat boende" men i realiteten är många av dessa boende "oskyddade" sett ur klientens synvinkel, eftersom de i många fall måste acceptera oskäligen villkor som strider mot hyreslagens bestämmelser (se vidare JO:s utlåtande dnr 590–2000).

Såväl öppen- som institutionsvården är med andra ord exempel på oerhört diversifierade verksamheter, vilka inte automatiskt kan översättas med ”bra” eller ”dålig” vård. Dessa är snarare administrativa begrepp (Blomqvist 1996). Begreppen öppenvård och institutionsvård ger inte underlag för att kunna bedöms insatsernas kvalitet.

Forskningsledaren Jan Blomqvist anknyter i sin rapport *Från ideologi till ekonomi* (1996) till denna diskussion:

För att få till stånd en mer kunskapsbaserad utveckling är det viktigt att komma bort ifrån en situation, där diskussionen domineras antingen av vårdideologiska bestämningar eller av olika administrativa begrepp som ingendera ger besked om vad vården konkret innehåller eller vad den på kortare eller längre sikt innebär för de enskilda klienterna. Det ter sig med andra ord som mycket angeläget att få till stånd en tydligare artikulering av vad som *faktiskt görs* inom olika delar av missbrukarvården, i termer som, i ett första steg, gör det möjligt att kommunicera olika praktiska erfarenheter i en gemensam ”professionell dialog”, och, i ett nästa steg, ger underlag för uppföljningar och utvärderingar, vars resultat är möjliga att generalisera. Sådana bemödanden kan på sikt bidra både till att utveckla kompetensen inom fältet och till att stärka dess legitimitet utåt. (Blomqvist 1996, s. 70)

Av Socialstyrelsens (2003a) sammanställning över länsstyrelsernas tillsynsverksamhet för 2002 framgår att elva länsstyrelser har pekat på att kommunerna har hänvisat klienterna till öppenvård trots att behov har funnits av slutenvårdinsatser.³³ ”Vården kan vara slentrianmässig, man ger inte insatser efter behov utan snarare efter vad kommunerna kan erbjuda”, noterar Socialstyrelsen i sin sammanfattande kommentar (s. 70).

Utveckling sedan 1990-talet

Utvecklingen av öppenvård har, framhåller Socialstyrelsen (1994b, 1998a), drivits på av både ekonomiska, professionella och ideologiska skäl:

Det har länge funnits önskemål om att åstadkomma mer omfattande och kostnadseffektiva vårdinsatser för personer med missbruksproblem – ”mer vård för pengarna”. I några kommuner har det tagits beslut om att styra över ”all” vård till öppna verksamheter och att inrätta enheter som i princip skulle kunna vårda alla missbrukare på

³³ Följande län: Västernorrland, Dalarna, Halland, Jämtland, Jönköping, Kalmar, Norrbotten, Skåne, Västerbotten, Östergötland och Örebro.

”hemmaplan”. Några som har gått allt för hårt fram har fått uppleva bakslag, och tvingats att ändra strategi ---. I flertalet fall har dock en mindre ensidig väg valts i förändringsarbetet. (Socialstyrelsen 1998a, s. 37)

Dåvarande forskningsledaren vid CUS, Lars Oscarsson, utvecklade i sin inledning till Socialstyrelsens rapport *Öppenvård för alkoholmissbrukare* (1994b) de argument som kommuner och landsting hade framfört som stöd för denna utveckling:

Via motivations- och behandlingsarbete i öppna vårdformer kan socialtjänsten ån nya missbrukargrupper och behandla redan kända i närmiljön. Insatserna kan lättare ske i samarbete med och med utnyttjande av andra myndigheters resurser. För missbrukaren innebär öppenvården i allmänhet mindre inskränkningar i dennes integritet och självbestämmande, och den ligger därmed också väl i linje med socialtjänstens sk portalparagraf. (ibid., s. 7)

I Socialstyrelsens och länsstyrelsernas gemensamma rapport om resultatet av länsstyrelsernas sociala tillsyn för 2000, framhåller man att en positiv effekt av kommunernas ansträngda ekonomiska läge är att det ”medför att socialtjänsten måste prioritera och förändra arbetsformerna”:

Det finns en tydlig strategi att förbättra öppenvården vilket kan leda till ett bredare utbud och bättre förutsättningar att anpassa vården till den enskildes behov.

Detta är positivt då det leder till att vårdutbudet breddas samtidigt som möjligheterna att anpassa vården till individens behov ökar. (Socialstyrelsen 2001b, s. 42)

Men i denna utveckling fanns också ett riskmoment, framhöll Socialstyrelsen både i sin tidigare rapport om öppenvården (1994b) och i ovannämnda nationella rapport om länsstyrelsernas tillsynsverksamhet. Det finns en risk för att socialtjänsten kan vara alltför restriktiv till institutionsplaceringar, och att personer som av olika skäl är i behov av ”en tids institutionsvård inte erbjuds sådan vård” (Socialstyrelsen 1994b, s. 8).

I tidigare refererade undersökning som Socialstyrelsen gjorde 1994 om missbrukarvårdens utveckling i Stockholms län fanns det en tydlig tendens bland kommunerna att öppenvård var den prioriterade vårdformen, men trots en medveten politisk styrning i den riktningen var det 1994 fortfarande många kommuner och socialdistrikt i Stockholms stad som inte hade byggt ut någon egen strukturerad öppenvård. Men institutionsvården fortsatte ändå att min-

ska både i fråga om antalet vårddygn och vårdtillfällen, och utbudet av strukturerade öppenvårdsprogram³⁴ var ”ytterst blygsam”, varför öppenvården vid denna tid inte kunde täcka in det vårdbehov som uppstod till följd av nerdragningen av institutionsvården. Detta drabbade bland annat alkoholister som enligt Socialstyrelsens undersökning hade minskat mycket kraftigt inom institutionsvården. Vid mitten av 1990-talet gjorde Socialstyrelsen bedömningen – med avseende på Stockholms län – ”att öppenvården troligen inte kompenserar alkoholmissbrukarna för den kraftiga minskningen inom institutionsvården” (Socialstyrelsen 1994a, s. 39).

Öppenvårdsinsatser vänder sig till både personer med alkohol- och narkotikamissbruk, men resultat från en undersökning som Socialstyrelsen genomförde 1997 visade att flertalet av klienterna inom den specialiserade öppenvården var socialt integrerade alkoholister till skillnad från institutionsvården som dominerades av ”socialt utslagna eller instabila klienter” (Socialstyrelsen 1998a, s. 34).³⁵ Andra studier har påvisat samma resultat.³⁶ Internationella studier visar att institutionsvård för alkoholister inte nödvändigtvis ger ett bättre utfall jämfört med ett *strukturerat* behandlingsprogram i öppenvård. För narkotikamissbrukare, särskilt heroinister och psykiskt störda missbrukare, visar olika forskningsresultat att institutionell vård är att föredra (SBU 2001).

Mot bakgrund av rapporterna om att injicerande narkotikamissbrukare riskerade att smittas av HIV och sprida smittan vidare, presenterade regeringen i sin prop. 1985/86:171 ett samlat åtgärdsprogram mot AIDS, bland annat för att nå alla intravenösa missbrukare med provtagning, avgiftning och behandling. Den effektivaste smittskyddsåtgärden bedömdes vara en väl fungerande narkomanvård. Denna satsning – Offensiv narkomanvård – leddes av Socialstyrelsen som genom särskilda projektmedel (165 miljoner kronor) under åren 1986–1993 skulle stimulera kommunerna att utveckla narkomanvården enligt regeringens intentioner. Bland annat etablerades 100 nya specialiserade narkomanvårdsbaser i öppen vård (Socialstyrelsen 1993b). Satsningen på öppenvårdsinsatser fortsatte under

³⁴ Strukturerad öppenvård definieras av Socialstyrelsen (1998b) som ”sådan verksamhet inriktad på personer med missbruksproblem som under en tidsmässigt begränsad period genomgår ett rehabiliteringsprogram. Rehabiliteringsinsatsen kan avse personens fysiska, psykiska eller sociala situation eller en kombination av dessa” (s. 15).

³⁵ Av de klienter som placeras i institutionsvård sker en prioritering vilka som skall få genomgå strukturerad behandling respektive enbart placeras i inackorderingshem eller andra typer av korttidsboende.

³⁶ Se exempelvis Blomqvist (1996), s. 57 som refererar till en undersökning som genomförts av Socialstyrelsen.

åren 1994–1996 då staten avsatte 175 miljoner kronor till både ungdoms- och vuxna missbrukarvården. Många öppenvårdsprojekt påbörjades.³⁷ En stor andel av de projekt inom öppenvården som genomfördes 1994–1996 – och som Socialstyrelsen följde upp – avslutades i samband med projekttidens slut. För det andra angav Svenska Kommunförbundet i sina efterföljande kommentarer, att ”det är i det närmaste omöjligt för kommunerna att hålla reda på alla möjligheter och medlens olika användningsområden”.³⁸

Satsningen omfattade drygt 200 projekt. Det allmänna syftet var ”att stimulera framväxten av öppenvårdsinsatser på kommunal nivå som bidrar till att enskilda individer återförs till ett aktivt och självständigt liv för att därigenom på sikt minska kommunernas sammantagna vårdkostnader” (Socialstyrelsen 1997a). Medlen fördelades av länsstyrelserna. Socialstyrelsens uppgift var bland annat, att följa upp projekten och ”återföra goda exempel och andra generaliserbara modeller”, men i sin rapport betonade SoS att det på nationell nivå var svårt att få en överblick över alla dessa projekt och bedöma vilka effekter som de haft på kommunal nivå.

Parallellt pågick under samma period ett annat projekt som hade till syfte att stimulera öppenvårdsverksamheter inom missbrukarvården. Socialstyrelsen (1998a) berörde i sin efterföljande rapport frågan om hemlöshet och villkoren för klienternas medverkan i öppenvårdsprogram: ”Kravnivån, vad gäller motivation för deltagande och drogfrihet, avgör vilka grupper som kan komma i fråga för behandlingen – om man konstant håller en hög nivå utesluts många tunga missbrukare, men om man utvecklar flexibla program där kravnivån tillåts variera över tid kan även denna grupp omfattas” (s. 40).

Varierande bedömningar

Bedömningar av vård- och behandlingsbehov kan skilja sig både mellan enskilda kommuner och socialtjänstemän, vilket närmare belyses i en studie som Ekendahl (1999) genomförde på uppdrag av CUS vid Socialstyrelsen. Undersökningen omfattade 76 socialtjänstemän i fyra medelstora kommuner vilka var och en fick bedöma två

³⁷ Projektformen är inte oproblematis. En intressant diskussion om ett projekt rörande kvinnor med missbruksproblem redovisas av sociologen Diana Mulinari i Sahlén (red.): *Projektets paradoxer* (1996).

³⁸ Svenska Kommunförbundets yttrande (1997-02-13) återfinns som bilaga 3 i Socialstyrelsens (1997a) rapport (stencil).

skriftliga och fiktiva klientärenden (s.k. vinjettstudie) med eskalerande problemtygnd som presenterades i tre scenarier.³⁹ Syftet var att dels undersöka grunderna för bedömningarna och vilken vårdform (institutionsvård eller öppenvård) som man ansåg att klienten borde erbjudas, dels vilken typ av öppenvårdsinsats som socialarbetarna förordade när de valde detta alternativ. Resultatet visade att två tredjedelar ansåg att *alla* alkoholmissbrukare med hjälp av rätt behandling kan tillfriska eller rehabiliteras.

Socialtjänstemännen valde i första hand öppenvård som vårdform, varvid s.k. motiverande samtal var den insats som prioriterades inom öppenvården. Andelen som förordade öppenvård minskade i takt med att problembilden eskalerade i de tre olika scenarierna, men samtidigt visade det sig att drygt hälften av respondenterna fortsatte att erbjuda öppenvård även när problemtygnden i vinjetterna var som störst.

Öppenvård för personer med tungt missbruk

Socialstyrelsen visade i sin rapport *Balans i missbrukarvården* (1998a) att uppbyggnaden av öppenvård för personer med missbruksproblem gjordes i syfte att utveckla billigare och effektivare metoder ”på hemmaplan”. Socialstyrelsen menade dock att kunskapen om innehåll och kvalitet i dessa insatser var mycket begränsad, varför det inte var möjligt ”att besvara frågan om avvägningen av tillgängliga resurser för missbrukare är rimlig och adekvat ” (s. 12). I en annan rapport från samma år konkluderade Socialstyrelsen, att ”vi vet alltså inte om den nedgång som skett inom tvångsvården har inneburit att den enskilde missbrukaren får bättre eller sämre vård jämfört med tidigare. Från kvalitetssynpunkt kan vi alltså inte svara på frågan om det råder balans mellan öppenvård och institutionsvård” (Socialstyrelsen 1998b, s. 2).

I sistnämnda studie undersökte Socialstyrelsen utvecklingen i fem kommuner i Jämtland och Västernorrland. En av Socialstyrelsens utgångspunkter var att se vilken vård som socialtjänsten erbjöd personer med tungt missbruk och avgöra om vården var adekvat i förhållande till klientgruppens behov. I både Sundsvall och Östersund hade tvångsvård med stöd av LVM minskat kraftigt

³⁹ Av respondenterna arbetade 29 % inom missbrukssektionen, 25 % tjänstgjorde på enhet för boendestöd, 18 % på öppenvårdsbaserad behandlingsenhet, 16 % inom poliklinisk avgiftning/rådgivning samt 10 % vid enheter för arbetsträning eller dagverksamhet.

mellan åren 1992 och 1996 (80 respektive 60 %). Östersund hade av länsstyrelsen kritiserats för att kommunen trots upprepade indikationer på ett uttalat vårdbehov inte hade närmare utrett frågan. Socialstyrelsen drog följande sammanfattande slutsatser från sina aktstudier i de fem kommunerna:

Socialstyrelsens sammanvägda bedömning utifrån samtliga delstudier som genomfördes i dessa fem kommuner var att kommunerna trots likheter i problemtyngd och behov gjorde ”olika prioriteringar, värderar den formella sidan av missbruksarbetet (och indirekt rättssäkerhetsaspekter) olika, uppvisar avsevärda skillnader i mål och struktur för sitt arbete samt avsätter olika resurser för öppenvårdsalternativ. Det senare ger också upphov till skilda kvalitetsnivåer” (s. 27). Skillnaderna kunde till viss del förklaras av kommunens storlek och tillgängliga resurser. Vad som emellertid var mer anmärkningsvärt var att de största skillnaderna fanns mellan tre socialdistrikt inom *samma* kommun (Sundsvall). Till stor del kan dessa skillnader förklaras med den distriktsförlagda organisation som då gällde i Sundsvall vilken enligt uppgift frodade konkurrens i stället för samarbete mellan de olika distrikten. Distriktsorganisationen upphörde år 2000 och man har numera en sammanhållen organisation med en ansvarig verksamhetschef.

I detta sammanhang finns också skäl att nämna en verksamhetstillsyn som Länsstyrelsen i Jönköpings län genomförde 2001 i två befolkningsmässigt lika stora kommuner (cirka 30 000 invånare), vilka i många avseenden var varandras motsatser i organisering och inriktning av den socialtjänstbaserade missbrukarvården.⁴⁰ I Nässjö satsade man huvudsakligen sina resurser på öppenvård medan Gislaved använde sina resurser på institutionsvård. Länsstyrelsen gjorde följande kommentar:

Länsstyrelsen vill allmänt påpeka att det inte enbart är viktigt att kommunen erbjuder missbrukare vård utan att det också finns en balans mellan de öppna stöd- och vårdformerna och de olika formerna för institutionsvård. Balansen handlar inte enbart om kvantitet utan om innehållet och kvaliteten i den vård som ges. I undersökningen finns tecken som tyder på att Nässjö kommun i första hand erbjuder öppenvårdsinsatser för missbrukarna. Länsstyrelsen vill framhålla att det är klientens vårdbehov som ska vara vägledande för val av insats. Det är inte acceptabelt att generellt erbjuda öppenvårdsinsatser utan hänsyn till den enskildes vårdbehov. Det är angeläget att vårdbehö-

⁴⁰ Lst Jönköping (2002): *Missbrukarvården i två kommuner. En jämförande studie mellan Gislaveds och Nässjö kommuner.* (Meddelande 2002:5).

vande, inte minst unga missbrukare, får tillgång till behovsprövade insatser. (Lst Jönköping 2002, s. 12–13)

2.5.3 Institutionsvården – allmänt⁴¹

Antalet platser vid alkoholistanstalterna var detsamma 1976 jämfört med tio år tidigare (cirka 2 550 vpl), men den stora förändringen som hade inträffat var att staten som huvudman hade minskat sin andel från 20 till 12 procent medan kommuner och landsting hade ökat från 19 till 27 procent (Stenius 1999). Året efter det att kommunerna hade övertagit huvudmannskapet (1984) hade antalet institutioner i kommuner och landsting ökat från 692 till 2 111 (18 respektive 56 procent av samtliga platser).⁴²

En annan stor förändring mellan 1976 och 1984 var etableringen av ett stort antal HVB-institutioner med klientrörelsen och trosamfund som huvudmän. Under senare delen av 1980-talet etablerades också Minnesotamodellen på allvar i Sverige vilken med sin påtagligt korta primärbehandling (4–5 veckor) framstod som ett kostnadseffektivt alternativ till det traditionella behandlingsutbudet, och som därför anlätades i stor utsträckning av socialtjänsten (Bergmark & Oscarsson 1994, Stenius 1999, Blomqvist 1999).

Den fortsatta expansionen av institutionsvården under 1980-talet visade att socialtjänstreformens intentioner om en ökad satsning på öppenvård inte hade slagit igenom, vilket bland annat Riksrevisionsverket (RRV) påtalade i en revisionsrapport i mitten av 1980-talet om socialtjänstens institutioner.⁴³ RRV ansåg att öppenvårds-satsningarna inte hade inneburit att institutionsstrukturen hade förändrats i nämnvärd omfattning. ”Socialtjänsten präglas följaktligen i allt väsentligt av samma institutionsstruktur som före socialtjänstreformen” (s. 17).

⁴¹ I den officiella statistiken inkluderas i begreppet ”institutionsvård” dygnsvård för vård eller rehabilitering som sker på institution, utredningshem, motivationshem, behandlingshem, arbetskollektiv och tvångsvård med stöd av LVM. Därutöver inräknas också andra typer av hem som t.ex. familjehem, inackorderingshem och härbärgen som har HVB-stånd (se t.ex. SoS:s senaste utgåva av *Missbrukare och övriga vuxna*, Statistik Socialtjänst 2003:6). Det är väsentligt att ha klart för sig denna vida definition när man tar del av uppgifter om institutionsvårdens omfattning och förändringar över tid.

⁴² Som framgår av tidigare avsnitt är denna volym överdimensionerad, eftersom dåvarande statsbidragsregler (före 1986) inte gav huvudmännen några incitament att avveckla institutioner med låg beläggningsgrad.

⁴³ RRV: *Socialtjänstens institutioner. En granskning av den statliga regleringen och tillsynen* (dnr 1985:300).

Antalet institutionsplatser för vuxna alkoholmissbrukare uppgick 1990 till strax över 6 000 platser, varav kommuner och lands-ting hade ökat sina platser i absoluta tal till 2 400 jämfört med 1984 men samtidigt hade deras relativa andel minskat till 39 procent till följd av den kraftiga utbyggnaden av vårdformen som helhet. Den kraftiga ökningen av platsantalet som skedde under 1980-talet var enligt forskningsledaren Jan Blomqvist (1996) i första hand avsett för narkomanvården. Hans slutsats är av institutionsvård för narkomaner hade en högre prioritet inom socialtjänsten jämfört med personer med alkoholmissbruk.

I en situation med en ansträngd kommunal ekonomi och med återkommande krav på återhållsamhet eller t.o.m. nerskärningar i verksamheten, är frågan om prioriteringar i socialtjänstens verksamheter en ständigt aktuell fråga. Vid denna tidpunkt – i brytningspunkten mellan 1980- och 1990-tal – är det populärt att tala om behovet av ”beställarkompetens” och av att ”matcha” rätt klient till rätt behandling. Förenklat uttryckt: vilken typ av insats ger mest för pengarna för klienten? I en studie som Åke Bergmark publicerade 1995 – baserad på en undersökning i fyra anonymiserade kommuner bland tjänstemän och politiker – framkom att bland tjänstemännen inom IoF-verksamheten hade mer än hälften av respondenterna under den senaste tremånadersperioden avstått från insatser som man för ett par år sedan skulle ha vidtagit i likartade situationer. Tjänstemännen prioriterade missbrukarvården lågt, och Bergmark noterade att ”vuxna missbrukare som grupp intar en absolut bottenposition i den rangordning som gjordes” (s. 158).

Under 1990-talet skedde en påtaglig minskning av platsantalet inom institutionsvården. Mellan 1990 och 1997 minskade vårdplatser från 6 100 till 4 600 (Stenius 1999), men denna nedgång motsvarades inte av en lika stor minskning av det tunga alkoholmissbrukets omfattning (Blomqvist 1996). Den minskade efterfrågan ledde till att många HVB-hem avvecklades. Socialstyrelsen (1993a) undersökte utvecklingen under en begränsad tidsperiod (1987–1993) och noterade att omsättningen av HVB-hem var mycket stort, men att det under 1987–1989 och 1989–1991 ändå hade skett en påtaglig nettoökning.

Under perioden 1986–1993 tillkom många nya institutioner och vårdplatser för narkomaner – även inom LVM-vården – inom ramen för regeringens speciella satsning Offensiv narkomanvård. Inom LVM-vården tillkom under projektiden 67 nya vårdplatser

för narkotikamissbrukare. I början av 1990-talet ökade mycket kraftigt antalet låsbara platser inom LVM-vården:⁴⁴ från 90 (1989) till 350 (1992) (Socialstyrelsen 1993b).

Många av de nytillkomna specialiserade behandlingshemmen för narkomaner lades dock ner när statens ekonomiska stöd upphörde (Socialstyrelsen 1996a). ”Kommunerna har blivit mindre benägna att placera narkotikamissbrukarna på de relativt dyra specialiserade narkomanvårdsinstitutionerna med långa vårdtider. Däremot kan man se en viss tendens till ett ökat intresse för de billigare behandlingsformerna familjehemsvård och arbetskollektiv”, anförde Socialstyrelsen (ibid, s. 112).

Intagningarna i den *frivilliga* institutionsvården minskade med en tredjedel mellan åren 1989 och 1994 samtidigt som den genomsnittliga vårdtiden minskade. Minskningen när det gällde behandlings- och motivationshem uppgick under perioden 1989–1993 till 40 procent medan minskningen för HVB-hem med inriktning mot stödinsatser uppgick till 26 procent. Under perioden förändrades också insatserna till att i ökad utsträckning avse institutionsplaceringar av omvårdnadskaraktär (Socialstyrelsen 1996a). Minskningen inom *LVM-vården* inträffade efter det att staten återigen övertagit huvudmannaskapet den 1 april 1994.

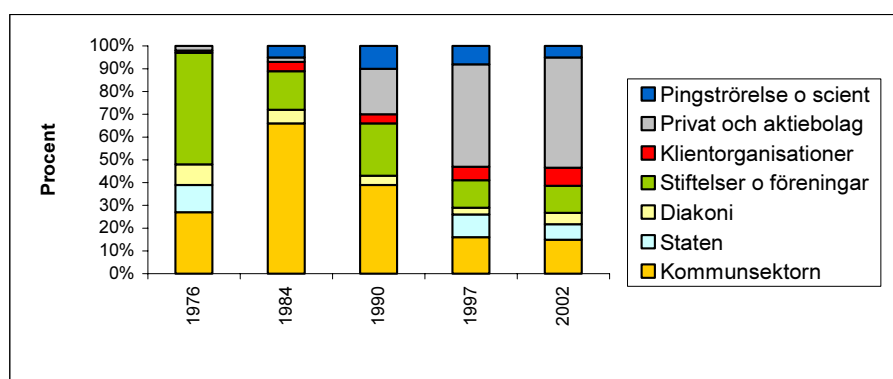
Under perioden 1989–1994 skedde en påtaglig förskjutning i vilka missbrukare som kommunerna prioriterade för institutionsvård. Som framgick ovan minskade antalet intagningar i frivillig institutionsvård med en tredjedel under nämnda period. Av dessa var det intagna som av HVB-hemmet klassificerade som ”alkoholmissbrukare” som minskade mest – 43 procent i absoluta tal – medan minskningen för personer med narkotikamissbruk uppgick till 29 procent (Socialstyrelsen 1996a). De som prioriterades var klienter med narkotika- och blandmissbruk. Bland personer med alkoholmissbruk var det framför allt socialt integrerade respektive med långvarigt alkoholmissbruk som i betydligt mindre utsträckning placerades på HVB-hem. ”Kanske har också den ambitionen reviderats, att de äldre socialt utslagna missbrukarna fullständigt skall kunna rehabiliteras”, framhöll Socialstyrelsen (ibid, s. 41). I stället har dessa personer i ökad utsträckning erbjudits ”omvårdnad på ’hemmaplan’ med insatser i skyddat boende och daglig verksamhet”. Denna typ av insatser förespråkas av en del forskare och prak-

⁴⁴ Socialstyrelsen konstaterar i rapporten *Effekter av offensiv narkomanvård* (1993b), att ”bristen på låsbara platser var under senare delen av 1980-talet det helt överskuggande problemet inom § 23-hemsvården” (s. 33).

tiker med motiveringen att det är viktigare att skapa en kontrollerad social situation än att i alla lägen eftersträva nykterhet och drogfrihet. En motsvarande uppfattning framförde alkoholforskaren Lars Lindström för drygt tio år sedan. ”Omsorg i vid mening syftar på stödinsatser av enklare slag som tar sikte på den behövande personens hela livssituation och sträcker sig över lång tid”, skriver Lindström (1993, s. 38).

Huvudmannaskapets förändring inom den institutionsbaserade alkoholistvården sedan 1976 framgår av figur 2:2. Vissa betydande strukturella förändringar har ägt rum under denna tid: staten har återkommit som producent av tvångsvård (Statens institutionsstyrelse) och svarade 2002 för 7 procent av samtliga platser. Kommunsektorn har sedan 1990 minskat sitt platsantal med 69 procent. HVB-hem som drivs i privat regi eller som är aktiebolag har ökat kraftigt och är nu den helt dominerande aktören på marknaden (49 % av samtliga vpl år 2002).

Figur 2:2. Andel platser vid behandlingsinriktade hem för vård eller boende för vuxna med alkoholmissbruk efter huvudman, 1976–2002.



Källa: Stenius (1999): Privat och offentligt i svensk alkoholistvård, s 93, 113. Uppgifter för år 2002 har på uppdrag av LVM-utredningen bearbetats av doktorand Jessica Storbjörk, SoRAD, Stockholms universitet.

Anmärkning: I kategoriseringen exkluderas inackorderingshem och härbärgen. I kategorin ingår enheter som uppgivit att de tar emot ”missbrukare” utan närmare specificering, ”alkoholmissbrukare”, ”alkohol/blandmissbrukare” samt ”dubbeldiagnoser”. I kategorin ingår därmed också enheter som behandlar narkotikamissbru-

kare om de också har uppgivit att de vårdar personer med alkoholproblem. Gränsdragningen mellan behandlingshem och hem med mindre uttalade behandlingsambitioner är otydlig.

2.5.4 En jämförelse mellan två storstadsregioner 1992 och 1996

I en underlagsrapport till Socialstyrelsens undersökning *Balans i missbrukarvården* (1998) redovisades resultatet från en begränsad aktstudie inom socialtjänsten i Göteborg stad och Stockholms län för åren 1992 och 1996 med avseende på det som man i rapporten benämner ”LVM-mässiga” missbrukare (Socialstyrelsen 1998c).⁴⁵ Undersökningen är intressant eftersom den ger en bild av skiftande prioritering av olika vårdformer och insatser mellan två storstadsregioner. Däremot är det inte möjligt att generalisera resultaten för landet som helhet under den period som jämförs.

Syftet var att undersöka om den tvångsvård som tidigare gavs personer med tungt missbruk hade ersatts av andra insatser. Två grupper som var aktuella hos socialtjänsten 1992 (89 personer) respektive 1996 (94) jämfördes, varvid det eftersträvades att grupperna skulle vara så lika varandra som möjligt med avseende på missbrukets svårighetsgrad och mängden vård som missbrukarna fått del av tidigare. Flertalet hade haft kontakt med socialtjänsten mer än tio år och en majoritet bedömdes ha missbruksproblem. Av klientgruppen var 98 aktuella i Stockholm och Haninge kommun medan 85 tillhörde någon av de fem utvalda stadsdelarna i Göteborg.

Resultatet visade att det var en större andel som erhöll öppen-vård 1996 jämfört med 1992. När de olika insatserna bryts ner visade det sig att den vanligaste insatsen bestod av regelbundet återkommande samtalskontakt med socialsekreterare, vilket alltså registrerades som öppen-vård. Den insats som hade ökat mest var organiserat ”särskilt boendestöd”, framför allt i Göteborg. Andelen som hade genomgått insatser ”som har en mer renodlat behandlande eller rehabiliterande ambition” hade nästan halverats, men denna minskning avsåg uteslutande Stockholm. I tabell 2:2 sammanfattas de förändringar som hade skett över tid mellan olika öppenvårdsalternativ.

⁴⁵ Undersökningen omfattade fyra stadsdelar i Stockholms stad, Haninge kommun samt fem stadsdelar i Göteborgs stad. Uttrycket ”LVM-mässiga” är ett oegentligt begrepp.

Tabell 2:2. Procentuell andel missbrukare i öppenvård 1992 (n=89) och 1996 (n=94).

Öppenvårdsform	1992	1996
Poliklinisk avgiftning	21	29
Samtal/rådgivning	66	69
Rådgivning i särskild mottagning	16	9
Kontaktperson	3	2
Strukturerad öppenvård	9	13
Jour/försökslägenhet	9	16
Särskilt boendestöd	7	28
Dagcentral	0	3

Källa: Socialstyrelsen (1998c), s. 77.

Omfattningen av den totala institutionsvården var i princip oförändrad vid de två jämförelseåren. Placering på LVM-hem utifrån ansökan om vård enligt 4 § LVM hade i princip halverats under den undersökta fyraårsperioden. Minskningen var särskilt stor i Göteborg: från 54 till 20 procent. För att få ett bättre underlag om de förändringar som skett under 1990-talet beträffande omfattningen av ansökan om tvångsvård samt placeringar och vårdtid i LVM-vård respektive i frivillig vård på behandlingshem, inhämtade Socialstyrelsen även uppgifter under två treårsperioder (1990–1992 respektive 1994–1996). Av 1992 års klientgrupp blev 90 procent föremål för ansökan enligt 4 § LVM någon gång under treårsperioden 1990–1992, medan motsvarande andel för 1996 års klienter var 59 procent avseende den senare treårsperioden.

I tabell 2:3 redovisas andelen missbrukare som har varit föremål för institutionsplaceringar.

Tabell 2.3. Procentuell andel missbrukare i institutionsvård 1992 (n=89) och 1996 (n=94).

Typ av institutionsvård	1992	1996
Avgiftningsklinik	38	51
LVM	47	25
Omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM	8	9
Akutboende	17	25
Inackorderings/utslussningshem	9	23
Familjevårdshem	5	6
Övrig institutionsvård enligt Sol*	32	39

*/ Avser vård på mer "renodlat behandlingshem"

Källa: Socialstyrelsen (1998c), s. 80.

Den totala institutionsvården var i princip oförändrad vid de två jämförelseåren, men som påpekats tidigare har "institutionsvård" en lika vid innebörd som öppenvård. Den förstnämnda vårdformen inbegriper allt från kvalificerade behandlingsinsatser till boendeenheter av typ inackorderingshem eller akutboende. Spännvidden är med andra ord omfattande. Det är sålunda en avgörande skillnad om X antal klienters öppenvård består av nykterhets/drogkontroller kombinerad med vistelse på inackorderingshem, eller om samma klienter ges möjlighet att genomgå kunskapsbaserade behandlingsprogram i öppenvård samtidigt som de erhåller en bostad enligt villkor som följer av hyreslagens regelverk. Öppenvård och institutionsvård ger som administrativa begrepp föga vägledning om vårdformens eller insatsens kvalitet eller intensitet. En adekvat värdering av utvecklingen inom missbrukarvården förutsätter ett bättre kunskapsunderlag.

Inom ramen för ovanstående undersökning intervjuades också enhetscheferna i de kommuner och stadsdelar som undersöktes. Under dessa intervjuer framkom en tydlig ambivalens i förhållande till tvångsvård enligt LVM. "Å ena sidan säger man att man skall följa lagen, dvs. ansöka om tvång då lagens förutsättningar för ingripande är för handen. Å andra sidan tillstår samtidigt en del intervjuade personer att de tummar på reglerna, till exempel genom att tillåta många återfall innan det blir aktuellt med tvång. Flera intervjuade betonar att ekonomiska motiv inte får styra om ansökan ska göras eller ej, men det framkommer att dessa skäl ändå finns i bak-

grunden i jakten på andra lösningar. En annan aspekt som ofta framförs i intervjuerna är att LVM-vården är ineffektiv, endast livsuppehållande och för dyr”, kommenterar Socialstyrelsen i sin underlagsrapport (1998c, s. 31–32).

2.5.5 Kommunernas nettokostnader för missbrukarvården

Missbrukarvården utgör en del av kommunens individ- och familjeomsorg som tillsammans med omsorgen om äldre och funktionshindrade utgör socialtjänstens kärnverksamhet. Under senare hälften av 1990-talet är det främst kostnaderna inom omsorgen för äldre och funktionshindrade som har stigit. Under 1990-talet som helhet mer än fördubblades socialtjänstens kostnader (uttryckt i fasta priser), men det berodde till största delen på att kommunerna övertog verksamheter från landstingen genom förändrat huvudmannaskap (Socialstyrelsen 2002a).

Data om utvecklingen av kommunernas nettokostnader för *missbrukarvården* under perioden 1998–2002 har tagits fram av SCB på uppdrag av utredningen. Resultatet av dessa beräkningar skiljer sig beroende på vilket typ av index som används. I det ena fallet har Konsumentprisindex (KPI) använts, och i det andra Konsumtionsindex övrig social omsorg. Socialstyrelsen använder sistnämnda index när man redovisar motsvarande kostnader i *Lägesrapport Individ- och familjeomsorg 2003*, vilken kommer att överlämnas till regeringen i början av 2004. Socialstyrelsen har för sin del ansett att detta index på ett mer adekvat sätt tar hänsyn till att merparten av kommunernas kostnader utgörs av personalkostnader. Enligt Konsumtionsindex övrig social omsorg minskade nettokostnaderna med 4,3 procent under den aktuella perioden (tabell 2:4).

Tabell 2:4. Missbrukarvårdens nettokostnader och procentuella förändring under perioden 1998–2002. Fastprisberäkning i 2002 års priser uttryckt i miljoner kronor.

Verksamhet	1998	1999	2000	2001	2002	Förändr. (%) 1998–2002
Missbrukarvård, totalt	4 151	3 873	3 958	4 117	3 974	- 4,3
Institutionsvård	2 064	1 958	2 038	2 080	1 950	- 5,5
Familjehemsvård	156	154	142	134	118	- 24,4
Öppna insatser	1 934	1 761	1 778	1 903	1 906	- 1,4
därav:						
- bistånd avser boende	711	660	669	809	802	12,8
- individuellt behovs- prövad vård	633	660	613	590	599	- 5,4
- övriga öppna insatser	590	440	498	504	503	- 14,7

Källa: SCB, Kommunernas bokslut (RS) åren 1998–2002.

Index: SCB:s konsumtionsindex för övrig social omsorg.

Anmärkning: Med "kostnad" avses: Bruttokostnad – interna intäkter – försäljning till andra kommuner och landsting. Nettokostnaderna baseras på SCB:s beräkningar som gjorts på uppdrag av utredningen. Fördelningen av "öppna insatser" i olika delposter baseras dock på Socialstyrelsens uträkningar. Differensen i förhållande till totalbeloppet för öppna insatser är försumbar.

Enligt denna indexberäkning har det under femårsperioden skett en mindre minskning av kommunernas totala nettokostnader. Det har under lång tid funnits en trend mot en minskad utnyttjandegrad av institutionsvård till förmån för öppna insatser. Under den senaste femårsperioden visar det sig dock att även kostnaderna för sistnämnda typ av insatser har minskat, om än i mycket liten omfattning (- 1,4 %). Inom ramen för öppna insatser har det skett en förskjutning från individuellt behovsprövad vård till bistånd för boende (i form av exempelvis inackorderingshem, härbärge, tränings- och försökslägenheter).

När nettokostnaderna i stället indexbaseras enligt KPI framkommer att nettokostnaderna (fastprisberäknade enligt 1998 års prisnivå) ökade med 138 miljoner kronor eller 3,6 procent.

Vid en fördelning av kostnaderna per *kommungrupp* framträder stora skillnader mellan de olika grupperna. I tabell 2:5 redovisas förändringarna enligt Konsumtionsindex övrig social omsorg.

Tabell 2:5. Missbrukarvårdens nettokostnader och procentuella förändring per kommungrupp under perioden 1998–2002. Fastprisberäkning i 2002 års priser uttryckt i miljoner kronor.

Kommungrupp	1998	1999	2000	2001	2002	Förändr. 1998–2002	(%)
Storstäder	1 127	1 050	1 070	1 185	1 049	- 6,9	
Förorter	444	449	474	503	491	10,6	
Större städer	1 440	1 223	1 240	1 227	1 227	- 14,8	
Medelstora städer	453	457	474	487	492	8,6	
Industrikommuner	229	235	245	240	230	0,4	
Landsbygdskommuner	95	97	121	117	121	27,4	
Glesbygdskommuner	48	55	52	47	46	- 4,2	
Övriga större kommuner	195	189	175	179	192	- 1,5	
Övriga mindre kommuner	119	117	107	115	111	- 0,7	

Källa: SCB, Kommunernas bokslut (RS) åren 1998–2002.

Index: SCB:s konsumtionsindex för övrig social omsorg.

Anmärkning: I bilaga 2 framgår vilka kommuner som ingår i respektive kommungrupp.

De största minskningarna under den aktuella perioden har grupperna *större städer* respektive de tre *storstäderna* svarat för, medan *landsbygdskommunerna* har svarat för en kraftig procentuell ökning.

Kostnaden per invånare ger en bra indikation på hur kostnaderna kan fluktuera mellan olika kommungrupper. Denna spännvidd torde till stor del kunna förklaras med olika problemtyngd, behov av vårdinsatser och tillgängliga resurser i de olika kommuntyperna. För riket som helhet var kostnaden 767 kronor per invånare under 2002 vilket var den näst lägsta under perioden (tabell 2:6).

Tabell 2:6. Nettokostnad per invånare (21–64 år) för missbrukarvården i riket som helhet under 1998–2002. Fastprisberäkning i 2002 års priser uttryckt i kronor.

Vårdform	1998	1999	2000	2001	2002	Förändr. (%) 1998–2002
Missbrukarvård, totalt	819	762	775	798	767	- 6,3
Institutionsvård	407	385	399	405	378	- 7,1
Familjehemsvård	31	30	28	26	23	- 25,8
Öppna insatser	382	347	348	367	367	- 3,9

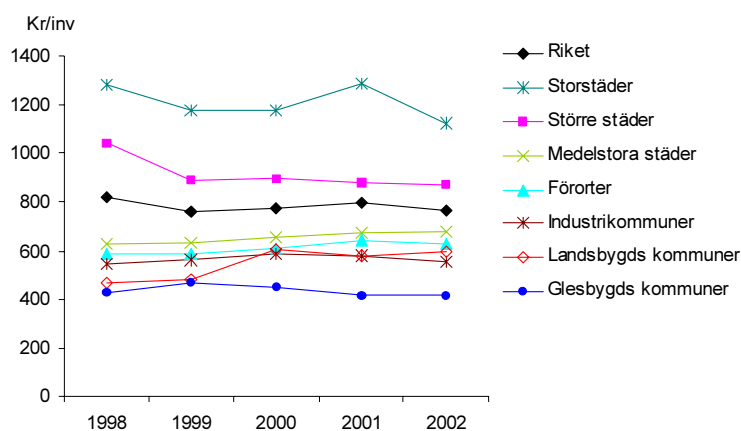
Källa: SCB, Kommunernas bokslut (RS) åren 1998–2002.

Index: SCB:s konsumtionsindex för övrig social omsorg.

Den procentuella minskningen per vårdform och invånare överensstämmer i stort med den minskning som redovisas i tabell 2:5 över utvecklingen i miljoner kronor. Kostnaden per invånare för såväl institutionsvården som öppna insatser har minskat, men institutionsvården står för den största procentuella nedgången av dessa båda vårdformer.

Utvecklingen av per capitakostnaden för *totala missbrukarvården* skiljer sig betydligt mellan kommungrupperna (figur 2:3). I storstadsgruppen är kostnaden per invånare år 2002 den lägsta under perioden, vilket innebär en nedgång på 12 procent. Bland medelstora städer har det skett en jämn ökning under perioden som helhet (8,6 %), och detsamma gäller förortskommunerna. Bland gruppen större städer skedde det en kraftig nedgång från 1998 till 1999, men nivån har därefter varit relativt konstant; under perioden som helhet är dock nedgången cirka 17 procent. Den största procentuella ökningen står landsbygdskommunerna för (drygt 27 %), som avviker från övriga kommungrupper genom att både institutionsvården och öppna insatser har ökat i betydande omfattning under perioden.

Figur 2:3. Nettokostnad per invånare (21–64 år) för missbrukarvården per kommungrupp under 1998–2002. Fastprisberäkning i 2002 års priser uttryckt i kronor.

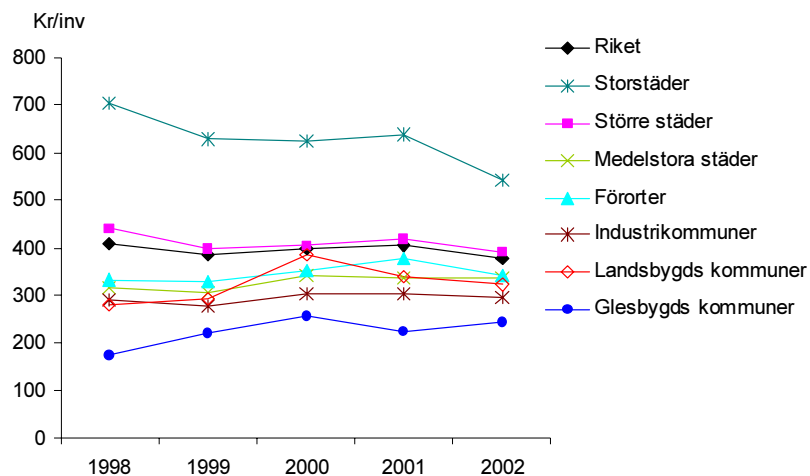


Källa: SCB, Kommunernas bokslut (RS) åren 1998–2002.
Index: SCB:s konsumtionsindex för övrig social omsorg.

Skillnaderna mellan kommungrupperna är också påtagliga när kostnaderna för exempelvis institutionsvård och öppenvård fördelas per kommungrupp (figur 2:4). Kostnaden per invånare för *institutionsvården* för riket totalt har minskat med cirka 7 procent under perioden. De tre storstäderna som helhet har minskat sina kostnader per invånare med drygt 23 procent. Två tredjedelar av kommungrupperna uppvisar dock en procentuell ökning av sina kostnader per invånare för denna vårdform.⁴⁶

⁴⁶ Dessa är: förortskommuner, medelstora kommuner, industrikommuner, landsbygdskommuner, glesbygdskommuner och samt övriga större kommuner.

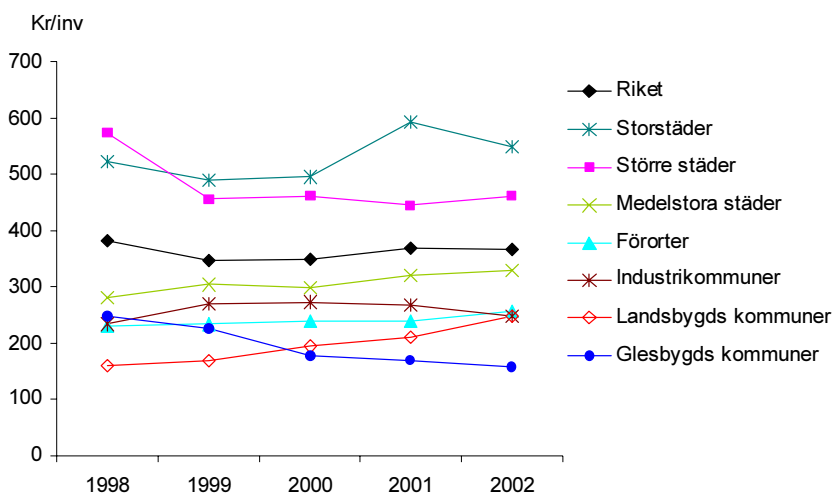
Figur 2:4. Nettokostnad per invånare (21–64 år) för institutionsvården per kommungrupp. Fastprisberäkning i 2002 års priser uttryckt i kronor.



Källa: SCB, Kommunernas bokslut (RS) åren 1998–2002.
Index: SCB:s konsumtionsindex för övrig social omsorg.

Öppenvårdens kostnadsutveckling per invånare och kommungrupp framgår av figur 2:5. Ökningen har framför allt varit betydande i landsbygdskommuner (32 %). Det är också i denna kommungrupp som kostnadsökningen för missbrukarvården per invånare har varit störst (27 %). I de större städerna skedde en påtaglig minskning mellan åren 1998 och 1999, men kostnaden har därefter ökat något; för perioden som helhet minskade kostnaderna per invånare med 20 procent. I följande kommungrupper har ökningen också varit markant (> 10 %): förortskommuner, medelstora kommuner, industrikommuner

Figur 2:5. Nettokostnad per invånare (21–64 år) för öppenvården Fastprisberäkning i 2002 års priser uttryckt i kronor.



Källa: SCB, Kommunernas bokslut (RS) åren 1998–2002.
Index: SCB:s konsumtionsindex för övrig social omsorg.

Statistiska centralbyrån har på uppdrag av LVM-utredningen även gjort en indexberäkning med år 1998 som basår (index = 100) för att visa den årliga procentuella förändringen/utvecklingen jämfört med basåret. Resultatet redovisas per kommungrupp, men också med särredovisning per vårdform (tabell 2:7). Som jämförelse återges motsvarande för riket som helhet. Indexeringen utgår från nettokostnaderna uttryckt i miljoner kronor.

När det gäller relationen öppenvård och institutionsvård är bilden splittrad. Bland de tre *storstäderna* kan noteras cirka 20 procent minskning av institutionsvården, men den kraftiga minskningen är till stor del resultatet av en nedgång mellan åren 2001 och 2002. Öppna insatser har ökat jämfört med 1998 men ökningen har gällt de två sista åren 2001 och 2002. Bland *förorts-* respektive *landsbygdskommunerna* kan noteras att värdena för både institutionsvård och öppna insatser har varierat, men dessa har genomgående legat på en högre nivå jämfört med 1998. En motsatt trend uppvisar gruppen *större städer* och även (med undantag för år 1999) *medelstora kommuner* och *industrikommuner*. *Glesbygdskommunerna* har

ökat institutionsvården med 40 procent samtidigt som öppna insatser har minskat med i princip lika mycket.

Tabell 2:7. Förändring av kostnaderna för missbrukarvården för riket och per kommungrupp under perioden 1998–2002. Fastprisberäkning i 2002 års priser. (Verksamheterna för 1998 i miljoner kronor = index 100).

<i>Kommungrupp/ vårdform</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>
<i>Riket</i>					
Missbrukarvård, totalt	4 151	93	95	99	95
Institutionsvård	2 064	95	99	101	94
Familjehemsvård	156	99	91	86	76
Öppna insatser	1 934	91	92	98	98
<i>Storstäder</i>					
Missbrukarvård, totalt	1 127	93	95	105	93
Institutionsvård	619	91	92	95	82
Familjehemsvård	48	105	112	109	72
Öppna insatser	460	95	97	119	111
<i>Förorter</i>					
Missbrukarvård, totalt	444	101	107	113	111
Institutionsvård	252	101	108	118	107
Familjehemsvård	18	96	88	105	110
Öppna insatser	174	102	107	107	116
<i>Större städer</i>					
Missbrukarvård, totalt	1 440	85	86	85	85
Institutionsvård	607	91	92	95	91
Familjehemsvård	43	105	93	56	61
Öppna insatser	791	80	81	78	82
<i>Medelstora städer</i>					
Missbrukarvård, totalt	453	101	105	107	108
Institutionsvård	230	96	107	105	105
Familjehemsvård	20	90	62	77	57
Öppna insatser	204	107	105	113	117

<i>Industrikommuner</i>					
Missbrukarvård, totalt	229	103	107	105	100
Institutionsvård	122	94	103	103	101
Familjehemsvård	9	81	59	38	69
Öppna insatser	99	115	115	112	103
<i>Landsbygdskommuner</i>					
Missbrukarvård, totalt	95	102	127	122	127
Institutionsvård	57	103	137	120	115
Familjehemsvård	6	78	66	93	87
Öppna insatser	33	104	120	131	154
<i>Glesbygdskommuner</i>					
Missbrukarvård, totalt	48	115	108	99	97
Institutionsvård	19	131	151	129	141
Familjehemsvård	0,6	392	293	494	203
Öppna insatser	28	95	73	68	63
<i>Övriga större kommuner</i>					
Missbrukarvård, totalt	195	97	90	92	98
Institutionsvård	83	120	111	104	115
Familjehemsvård	7	75	74	93	126
Öppna insatser	104	79	74	82	83
<i>Övriga mindre kommuner</i>					
Missbrukarvård, totalt	119	98	90	96	93
Institutionsvård	74	98	87	89	92
Familjehemsvård	4	121	93	135	114
Öppna insatser	42	94	94	104	94

Källa: SCB, Kommunernas bokslut (RS) åren 1998–2002.

Index: SCB:s konsumtionsindex för övrig social omsorg.

2.6 Omfattning och utveckling av insatser enligt LVM

2.6.1 Terminologi och definitioner

Utredningen använder sig av samma terminologi och definitioner som Socialstyrelsen gör i sin senaste statistikpublikation *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2002* (Statistik socialtjänst 2003:6). I tidigare utgåvor av denna publikation har oklara begrepp försvårat tolkningen av LVM-statistiken. 2003 års utgåva har genomgått en omfattande bearbetning och revision för att undanröja dessa brister.

När vi i detta betänkande skriver *insats enligt LVM* utgår vi från Socialstyrelsens definition av detta begrepp:

1. Socialnämndens beslut att ansöka om vård enligt 4 § LVM.
2. Beslut om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM som fattats av socialnämnd, polismyndighet eller (undantagsvis) av länsrätten. Om inget annat anges avses således det underställda myndighetsbeslutet *före* länsrättens prövning och eventuella fastställelse.

Olika myndigheters statistikproduktion speglar olika förhållanden eller delområden när det gäller tvångsvård:

- Socialstyrelsens länsrättsstatistik över ”antal personer med beslut enligt LVM” (tabell 12 i Statistik Socialtjänst 2003:6) avser beslut *före* länsrättens prövning av ärendet, dvs. beslut av socialnämnd/polismyndighet om omedelbart omhändertagande samt socialnämndens beslut att ansöka om vård enligt 4 § LVM.
- Det bör också observeras att Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse definierar ”intagen” på institution på olika sätt. I Socialstyrelsens statistik är ”intagen” en person som fysiskt befinner sig på LVM-hemmet, vilket innebär att klienter placerade i § 27-vård inte inkluderas. För SiS däremot är klienten ”intagen” även när denne är föremål för § 27-placering. Denna skillnad är väsentlig vid tolkningen av respektive myndighets statistik, vilket också innebär att myndigheternas uppgifter i detta avseende inte är jämförbara.
- SiS redovisar statistik över förhållanden fr.o.m. den tidpunkt när klienten blir inskriven respektive intagen på LVM-hemmet t.o.m. utskrivningsdagen, då LVM-vården upphör efter högst 180 dagar. Klienten blir *inskriven* när han eller hon anvisas en plats på LVM-hem, men *intagen* först vid ankomsten dit. SiS skiljer vidare mellan *total beläggning och faktisk* beläggning där det senare utgör intagna exklusive klienter som är placerade § 27-vård.

Det är således väsentligt att man är medveten om att Socialstyrelsens officiella statistik inte speglar vare sig antalet inskrivna eller intagna klienter i LVM-vården, utan enbart antalet klienter som har blivit föremål för beslut enligt LVM. Socialstyrelsens statistik anger på kommunnivå en bruttosiffra före domstolens prövning, men på länsnivå redovisas också uppgift om antalet och andelen som bifal-

lits vid ansökan om beredande av vård (4 §) respektive antalet och andelen underställda omhändertagandebeslut (13 §) som fastställts av länsrätten.

2.6.2 Utvecklingen i sammanfattning

I utredningens direktiv uttalar regeringen bland annat följande beträffande utvecklingen över tid avseende tillämpningen av bestämmelsen i 13 § LVM om omedelbart omhändertagande:

År 1999 inleddes vård enligt lagen med omedelbart omhändertagande i drygt 70 procent av fallen, mot 45 procent under 1989. Andelen omedelbara omhändertaganden som inte fullföljs med någon vårdansökan har också ökat kraftigt, från knappt 15 procent under 1989 till nästan 30 procent under 1999.

Det bör förtydligas att vad som här åsyftas är antalet *personer* som blivit föremål för beslut enligt 13 § LVM, inte totala antalet *beslut* vilka är desto fler. Vidare bör förtydligas att statistiken baseras på omhändertagna i förhållande till personer som omfattats av *LVM-insatser* totalt sett. Vidare bör klargöras att de statistiska uppgifterna inte alltid avser personer som ”inledde vård”, eftersom denna statistik – som härrör sig från Socialstyrelsens årligen utgivna publikation *Vårdinsatser för vuxna missbrukare* – enbart är en redovisning av antalet personer för vilka socialnämnden eller polismyndigheten har beslutat om omedelbart omhändertagande – *före* länsrättens prövning av omhändertagandebeslutets laglighet. Om avsikten i stället är att visa hur stor andel av populationen omedelbart omhändertagna där socialnämnden inte har fullföljt med en ansökan om vård, blir resultatet väsentligt annorlunda. Denna andel har varierat sedan 1990, men uppgick såväl 1990 som 2002 till cirka en tredjedel av samtliga personer som omhändertagits enligt 13 § LVM.

I det följande redovisas statistiska uppgifter om utvecklingen av LVM-vården och dess klienter. Framför allt är det data fr.o.m. 1990 som kommer att redovisas och analyseras. Utvecklingen kan sammanfattas enligt följande:

A. Ansökan om vård enligt 4 § LVM

- Under perioden 1989–1994 minskade *antalet* ansökningar om vård enligt 4 § LVM till länsrätterna från 1 642 till 1 190, medan

dess *andel* av samtliga LVM-insatser minskade från 64 till 54 procent.

- Fr.o.m. 1995 har *antalet* ansökningar minskat kraftigt men denna minskning skedde främst under åren 1995 och 1996. Sedan 1997 har antalet varit relativt konstant. I själva verket översteg antalet för både 2001 och 2002 det antal som redovisades för 1997. Sedan 1995 har *andelen* ansökningar varit relativt konstant (drygt hälften av samtliga beslut om LVM-insatser).
- Antalet ”unika” personer som har blivit föremål för en ansökan om vård utan föregående omhändertagandebeslut har minskat från 53 till 23 procent mellan åren 1990 och 2002.

B. Omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM

- Under perioden 1990–2002 har andelen ”unika” personer som blivit föremål för omedelbart omhändertagande i förhållande till totala antalet LVM-insatser ökat från 47 till 77 procent. Cirka tre fjärdedelar av samtliga insatser inleds alltså med ett omedelbart omhändertagande.
- Antalet beslut om omedelbart omhändertagande har under perioden 1990–2002 fluktuerat kraftigt. Mellan dessa två ändpunkter har antalet minskat från 806 till 721, men räknat från 1997 har antalet ökat från 622.
- Socialnämndens andel av beslut om omedelbart omhändertagande har ökat från 78 till 88 procent under perioden 1990–2002, medan polismyndigheten på motsvarande sätt har minskat från 22 till 12 procent.

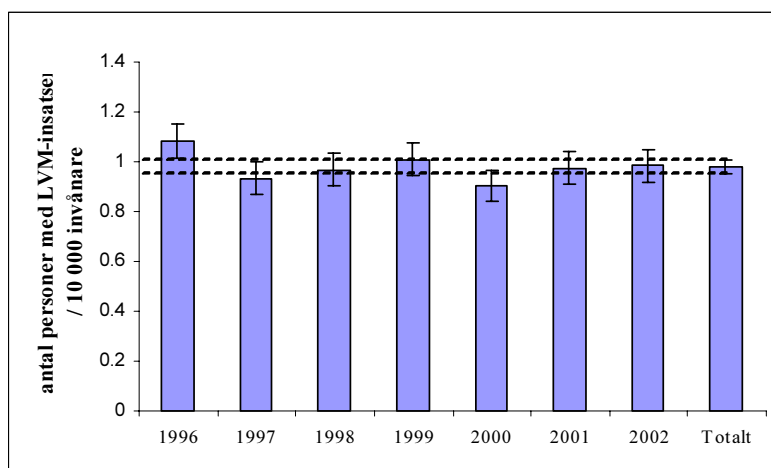
C. Relation 13 och 4 §§ LVM

- Av de personer som blir föremål för omedelbart omhändertagande väljer socialnämnden att fullfölja med en ansökan i två tredjedelar av samtliga fall. Denna andel var densamma 1990 och 2002, men mellan dessa två ändpunkter har andelen varierat. För cirka en tredjedel sker alltså ingen ansökan, och denna andel har varit densamma både 1990 och 2002, men under vissa år under detta intervall har andelen varit högre (1997: 59 %).

2.6.3 Totala antalet LVM-insatser

I detta avsnitt redovisas antalet personer per 10 000 invånare som har omfattats av en LVM-insats under perioden 1996–2002. Utredningen har undersökt fördelningen på såväl nationell, kommun- som länsnivå. För *riket* som helhet är variationerna mycket små mellan de enskilda åren (figur 2:6).

Figur 2:6. Antal personer med LVM-insatser per 10 000 invånare i landet som helhet under perioden 1996–2002.



Källa: Socialstyrelsen. Statistisk bearbetning av Lena Brandt.

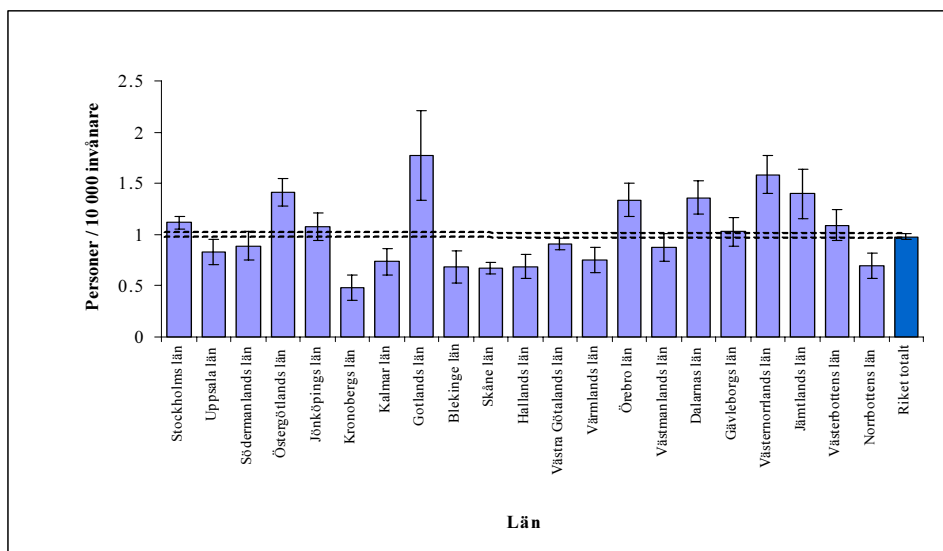
Anmärkning: Konfidensintervall anges i bilaga 3.

Utifrån ett *länsperspektiv* kan det konstateras att det finns en stor geografisk spridning mellan länen (figur 2:7). Vidare:

- Tre län (Gävleborg-, Jönköpings- och Västerbottens län) tangerar i princip riksmedelvärdet per 10 000 invånare.
- Under medelvärdet är de fem sydligaste länen (Skåne-, Hallands-, Kronobergs-, Kalmar och Blekinge län), samt Värmlands-, Västmanlands-, Uppsala och Norrbottens län.
- Gotland är det län som uppvisar högst antal per 10 000 invånare, men konfidensintervallet är samtidigt mycket brett för just detta län vilket innebär att osäkerhetsfaktorn är betydande. Övriga som signifikant ligger över riksmedelvärdet är ett sam-

manhängande bälte av län bestående av åtta län från mellersta Norrland ner till Jönköpings län.

Figur 2:7. Antal personer med LVM-insatser per 10 000 invånare och per län under perioden 1996–2002. (För 1996 och 1997 har data bearbetats utifrån den länsindelning som gäller fr.o.m. 1998, dvs. Habo och Mullsjö kommuner ingår i Jönköpings län, medan resterande kommuner i Skaraborgs-, Älvsborgs- samt Göteborg och Bohus län ingår i Västra Götalands län).



Källa: Socialstyrelsen. Statistisk bearbetning av Lena Brandt.

Anmärkning: Konfidensintervall anges i bilaga 3.

På *kommunivå* har totalt 6 174 personer omfattats av LVM-insatser under perioden 1996–2002 (tabell 2:8). Dessa redovisas i Socialstyrelsens årliga statistik som ”unika” personer för respektive år, men nedanstående är en totalsumma vilket innebär att en och samma person kan förekomma mer än en gång under perioden (högst en gång per år). Nästan en tredjedel av samtliga personer är bosatta i Stockholm, Göteborg eller Malmö. Strax mer än hälften är hemmahörande i de tre storstäderna och kommungruppen storstäder.

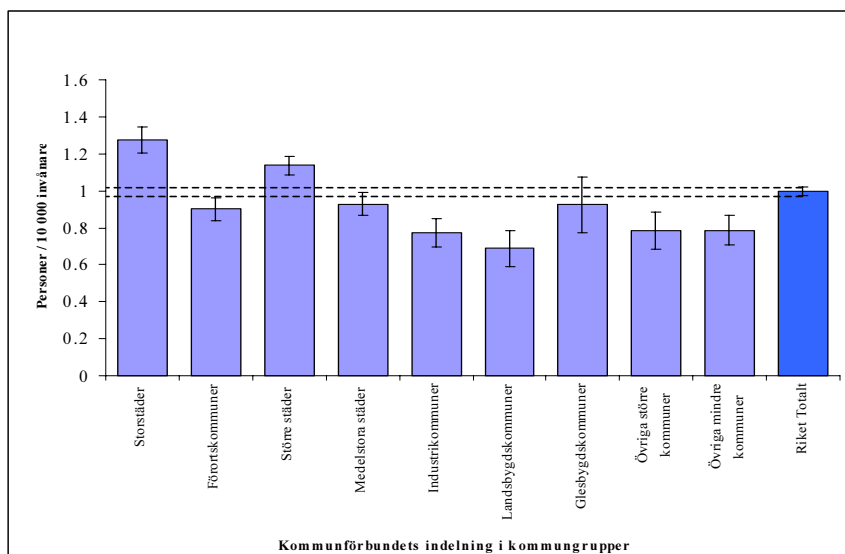
Tabell 2:8. Antal personer med LVM-insatser under 1996–2002 med fördelning per kommungrupp.

<i>Kommungrupp</i>	<i>Antal</i>	<i>Procent av LVM-insatser</i>
Större städer	1 891	30,6
Storstäder	1 296	21,0
Medelstora städer	844	13,7
Förortskommuner	808	13,1
Industrikommuner	415	6,7
Övriga större kommuner	359	5,8
Övriga mindre kommuner	233	3,8
Landsbygdskommuner	183	3,0
Glesbygdskommuner	145	2,3
Totalt	6 174	100,0

Källa: Socialstyrelsen

När LVM-insatserna räknas per 10 000 invånare och kommungrupp ligger de tre största städerna och gruppen ”större städer” över riksmedelvärdet, vilket återigen indikerar att insatser med stöd av LVM har utvecklats till att bli ett storstadsfenomen (figur 2:8). Missbrukets omfattning och den sociala problematiken i övrigt är mer manifest i dessa två kommungrupper. Strax under riksgenomsnittet återfinns glesbygdskommuner och medelstora kommuner.

Figur 2:8. Antal personer med LVM-insatser per 10 000 invånare och per kommungrupp under perioden 1996–2002.

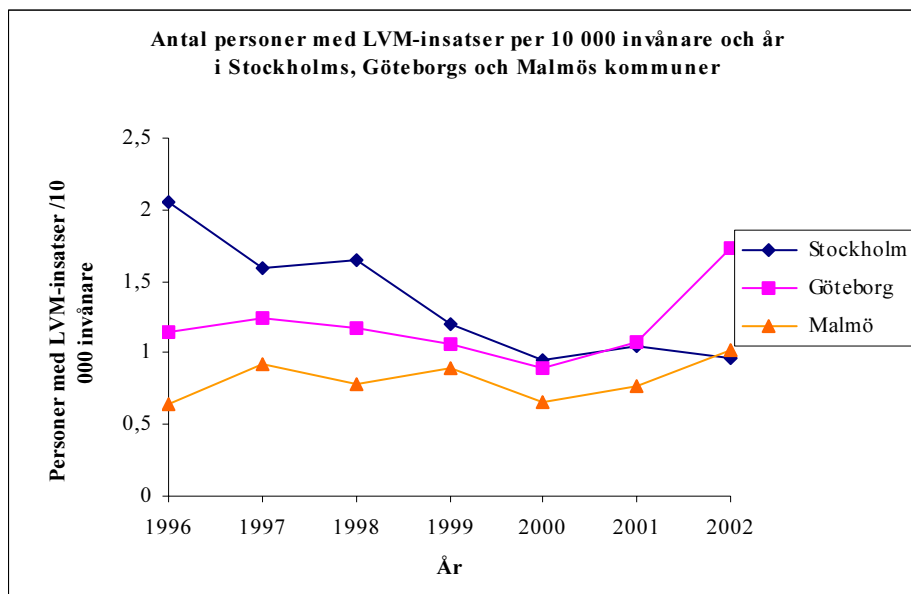


Källa: Socialstyrelsen. Statistisk bearbetning av Lena Brandt.

Anmärkning: Konfidensintervall anges i bilaga 3.

I figur 2:9 redovisas utvecklingen av antalet insatser per 10 000 invånare i de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö. Dessa har sedan 1996 genomgått en skiftande utveckling: I Stockholm har antalet personer med LVM-insatser stadigt minskat och var 2002 mindre än hälften jämfört med 1996. Göteborg och Malmö uppvisar en motsatt utveckling sedan 2000, även om det inte går att utläsa en trendmässig förändring under enbart en tvåårsperiod. Det är dock notabelt att Stockholm 1996 hade mer än tre gånger fler insatser per 10 000 invånare jämfört med Malmö, medan de två kommunerna 2002 har lika många (Stockholm 0,96; Malmö 1,02).

Figur 2:9. Antal personer med LVM-insatser per 10 000 inv. under perioden 1996–2002 i Stockholms, Göteborgs och Malmö kommun.



Källa: Socialstyrelsen. Statistisk bearbetning av Lena Brandt

2.6.4 Upprepade LVM-insatser – en undersökning av "2001 års population"

För att få en uppfattning om hur vanligt det är att personer blir föremål för upprepad LVM-vård – och vad som kännetecknar de som blir det – har utredningen undersökt i vilken mån de som under år 2001 var föremål för någon LVM-insats även varit det under åren 1994–2000.

Totalt omfattar populationen enligt Socialstyrelsen 868 personer, men den databas som tillhandahållits av SCB har innehållit 870 unika personer.⁴⁷ Som tidigare har påpekats kan en person vara föremål för en LVM-insats utan att de facto ha vårdats vid LVM-hem. Det gäller när beslut enligt 13 § LVM aldrig verkställts eller om en ansökan om vård enligt 4 § inte bifallits av länsrätten. Anta-

⁴⁷ Databasen med personnummer i krypterad form (med undantag för födelseåret), som SCB har ställt till utredningens förfogande, har bearbetats av fil kand Lena Brandt.

let LVM-insatser är med andra ord ett mått på socialnämndens ansökningsbenägenhet och på socialnämndens och polismyndighetens beslut avseende omedelbart omhändertagande, men givetvis ändå en indikator på LVM-vårdens omfattning.

De som under 2001 var föremål för någon slags LVM-insats kallas fortsättningsvis ”2001 års LVM-population”. Av denna var 71 procent män och en fjärdedel var 50 år eller mer medan 38 procent var under 35 år. I rapporteringen till SCB anges klienternas huvuddrog, vilket leder till en klassificering som ”alkoholmissbrukare”, ”narkotikamissbrukare” eller ”blandmissbrukare”. Proportionerna mellan dessa tre kategorier varierar avsevärt mellan åldersklasserna, vilket framgår av tabell av tabell 2:9 nedan.

Tabell 2:9. ”2001 års LVM-population” indelad efter åldersklass och missbrukstyp (n = 870). Uttryckt i procent.

Huvuddrog	Antal	–35 år	35–49 år	50–64 år	65 år–
Alkohol	403	7,9	42,7	43,9	5,5
Narkotika	257	85,2	14,0	0,8	-
Övriga kombinationer	210	39,5	51,0	9,0	0,5

Källa: SCB. Bearbetning av data har gjorts av statistiker Lena Brandt.

Drygt 65 procent var år 2001 föremål för en LVM-insats för första gången, medan 7 procent av dem varit det redan 1994 (tabell 2:10). Det finns ingen procentuell skillnad mellan män och kvinnor beträffande ”debutår” med LVM-insats.

Tabell 2:10. "2001 års LVM-population": första år (1994–2001) för LVM-insats (n = 870).

År	Antal	Procent	Kumulativ (%)
2001	564	64,8	64,8
2000	58	6,7	71,5
1999	51	5,9	77,4
1998	47	5,4	82,8
1997	26	3,0	85,8
1996	28	3,2	89,0
1995	37	4,3	93,2
1994	59	6,8	100,0

Källa: SCB. Bearbetning av data har gjorts av statistiker Lena Brandt.

I tabell 2:11 har populationen fördelats efter antal år som de 870 individerna har varit föremål för någon LVM-insats sedan 1994. Antalet tillfällen och beslut kan givetvis vara flera under ett och samma kalenderår.

Tabell 2:11. Antal år under perioden 1994–2001 som en person bland "2001 års LVM-population" har varit aktuella med en LVM-insats (n = 870).

Antal år	Antal	Procent	Kumulativ (%)
1	564	64,8	64,83
2	169	19,4	84,25
3	83	9,5	93,79
4	30	3,5	97,24
5	15	1,7	98,97
6	5	0,6	99,54
7	3	0,3	99,89
8	1	0,1	100,0

Källa: SCB. Bearbetning av data har gjorts av statistiker Lena Brandt.

Cirka 65 procent hade inte tidigare varit föremål för någon LVM-insats och 94 procent hade förekommit under högst tre olika kalenderår under den aktuella åttaårsperioden. En liten grupp på 24 per-

soner hade dock varit föremål för någon form av LVM-beslut under 5–8 år under perioden.

När 2001 års LVM-population indelas efter huvuddrog framträder vissa avgörande skillnader. Den procentuella fördelningen på ”debutår” inom LVM bland personer med alkoholmissbruk överensstämmer i princip med vad som gäller för hela 2001 års LVM-population (se tabell 2:10). Andelen som tidigare varit föremål för någon LVM-insats (se tabell 2:12) är lägst för personer med narkotikamissbruk och högst för personer med blandmissbruk.

Dessa skillnader kan dock sannolikt förklaras av åldersskillnaden mellan grupper med olika huvuddroger, vilken framgår av tabell 2:9 ovan. I ”2001 års LVM-population” var 85 procent av de tidigare vårdade med narkotikamissbruk yngre än 35 år, vilket bara gällde 8 procent av personer med alkoholmissbruk och 40 procent av tidigare vårdade med blandmissbruk. Av dem som var yngre än 35 år hade 72 procent före kalenderåret 2001 inte varit föremål för någon LVM-insats, medan motsvarande andel för gruppen 35–49 år var 58 procent (tabell 2:13).

Tabell 2:12. Första kalenderår (1994–2001) för LVM-insats avseende personer i ”2001 års LVM-population”, fördelade efter huvuddrog.

Årtal	Alkohol			Narkotika			Övriga kombinationer		
	Antal	%	Kum.	Antal	%	Kum.	Antal	%	Kum.
2001	261	64,8	64,8	186	72,4	72,4	118	56,2	56,2
2000	25	6,2	71,0	22	8,6	80,9	10	4,8	61,0
1999	21	5,2	76,2	12	4,7	85,6	18	8,6	69,5
1998	19	4,7	80,9	11	4,3	89,9	17	8,1	77,6
1997	14	3,5	84,4	5	1,9	91,8	7	3,3	81,0
1996	21	5,2	89,6	6	2,3	94,2	1	0,5	81,4
1995	15	3,7	93,3	6	2,3	96,5	16	7,6	89,0
1994	27	6,7	100,0	9	3,5	100,0	23	11,0	100,0

Källa: SCB. Bearbetning av data har gjorts av statistiker Lena Brandt.

Tabell 2:13. Första kalenderår (1994–2001) för LVM-insats avseende personer i ”2001 års LVM-population”. Indelning efter åldersklass.

Årtal	< 35 år			35–49 år			50–64 år			65 år – w		
	Antal	%	Kum.	Antal	%	Kum.	Antal	%	Kum.	Antal	%	Kum.
2001	239	71,6	71,6	183	58,1	58,1	130	65,7	65,7	13	56,5	56,5
2000	23	6,9	78,4	14	4,4	62,5	19	9,6	75,3	1	4,3	60,9
1999	21	6,3	84,7	16	5,1	67,6	14	7,1	82,3	0	0,0	60,9
1998	16	4,8	89,5	21	6,7	74,3	7	3,5	85,9	3	13,0	73,9
1997	7	2,1	91,6	14	4,4	78,7	4	2,0	87,9	1	4,3	78,3
1996	6	1,8	93,4	11	3,5	82,2	10	5,1	92,9	1	4,3	82,6
1995	10	3,0	96,4	21	6,7	88,9	5	2,5	95,5	1	4,3	87,0
1994	12	3,6	100,0	35	11,1	100,0	9	4,5	100,0	3	13,0	100,0

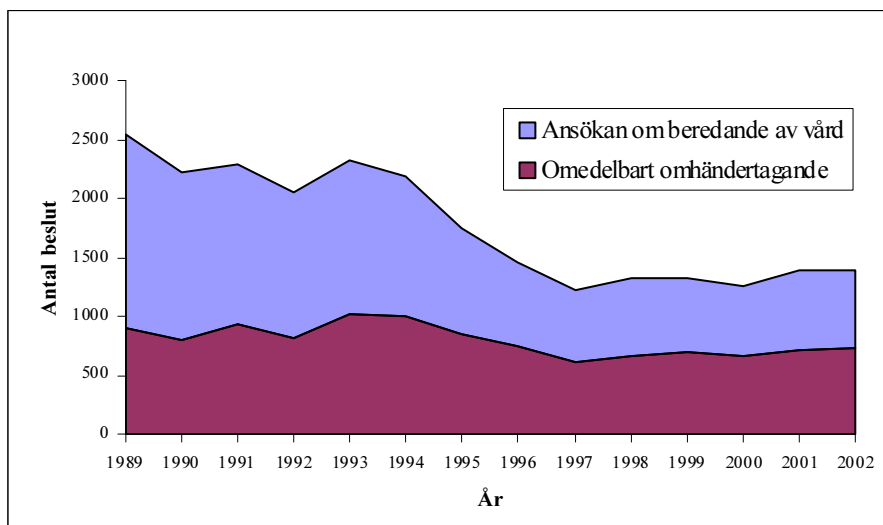
Källa: SCB. Bearbetning av data har gjorts av statistiker Lena Brandt.

Anmärkningsvärt är att andelen som ”debuterat” inom LVM år 2001 är avsevärt högre för gruppen 50–64 år (66 procent) jämfört med åldersklasserna närmast under och över (58 respektive 57 procent).

2.6.5 Ansökan om beredande av vård (4 § LVM)

Såväl antalet som andelen beslut från socialnämndens sida om att ansöka till länsrätten om beredande av vård minskade avsevärt under perioden 1989 t.o.m. 1994, dvs. när länsstyrelsen ansvarade för utrednings- och ansökningsförfarandet, samtidigt som andelen beslut enligt 13 § LVM av totala antalet insatser enligt LVM ökade (figur 2:10).

Figur 2:10. Totala antalet beslut om ansökan till LR om beredande av vård (4 § LVM) respektive beslut om omedelbart omhändertagande (13 § LVM).



Källa: SCB, Socialstyrelsen.

Anmärkning: Antalet beslut enligt 13 § gäller både om när sådant beslut har och inte har efterföljts av ansökan om vård.

Figur 2:10 anger antalet beslut om LVM-insatser, oberoende av hur många sådana beslut som varje enskild individ genererar. Tabell 2:14 nedan ger därför kompletterande information om antalet unika individer som enbart omfattats en ansökan om vård – dvs. utan föregående omedelbart omhändertagande – och dess andel av samtliga personer som omfattats av en LVM-insats (i samtliga fall avses före länsrättens prövning).

Tabell 2:14. Antal personer som enbart har blivit föremål för ansökan om vård (4 § LVM) i förhållande till totala antalet personer som omfattats av LVM-insatser.

År	Enbart ansökan om vård (4 §)	Procent	LVM-insatser totalt
1990	848	53 %	1 605
1991	751	47 %	1 615
1992	678	47 %	1 439
1993	674	42 %	1 606
1994	328	22 %	1 471
1995	340	30 %	1 126
1996	269	28 %	957
1997	240	29 %	826
1998	232	27 %	856
1999	247	28 %	893
2000	198	25 %	804
2001	203	23 %	868
2002	206	23 %	881

Källa: SCB, Socialstyrelsen.

Anmärkning: Skillnaden mellan LVM-insatser totalt och ”enbart ansökan om vård (4 §)” utgörs av personer som initierades genom omedelbart omhändertagande.

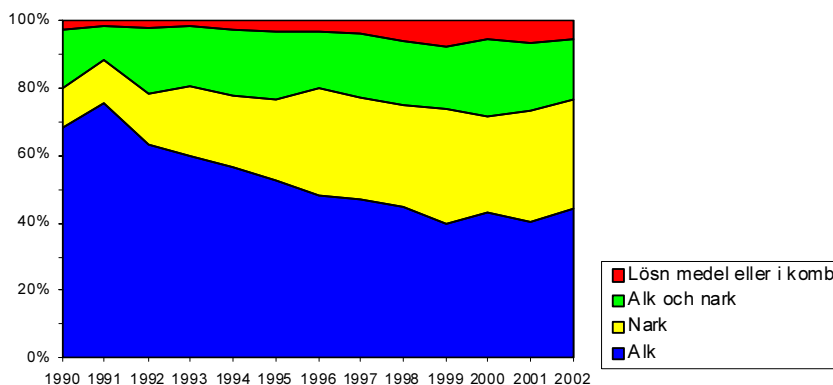
Av samtliga individer som blir föremål för någon typ av LVM-insats är det enbart för cirka en fjärdedel som socialnämnden gör en direktansökan till länsrätten om av vård. År 1990 blev över hälften av samtliga personer föremål för enbart ansökan om vård, medan denna andel tolv år senare var cirka 25 procent. För cirka 75 procent av samtliga personer initieras LVM-insatsen genom beslut om omedelbart omhändertagande.⁴⁸

⁴⁸ Återigen bör observeras att antalet personer som enligt tabell 2:14 har omfattats av LVM-insatser enbart är ett mått på socialnämndens (och polismyndighetens när det gäller beslut om 13 §) *aktivitet*, och speglar vare sig det antal personer för vilka länsrätten har bifallit vårdansökan alternativt fastställt omhändertagandebeslutet eller det antal personer som sedan faktiskt blivit intagna på LVM-hem. Andelen ansökningar om beredande av tvångsvård som bifalles av länsrätten brukar uppgå till drygt 90 procent och denna andel har inte nämnvärt förändrats sedan lagens tillkomst 1982.

2.6.6 Missbruksmedel som anges i ansökan

Under åren 1996 till 2002 har fördelningen mellan de olika missbruksmedlen i ansökningarna varit relativt konstant: i knappt hälften av fallen angavs alkohol, i cirka en tredjedel narkotika, och i en fjärdedel alkohol i kombination med narkotika. Lösningssmedel fanns med i mellan fyra och sju procent av samtliga ärenden (figur 2:11).

Figur 2:11. Dominerande missbruksmedel som angivits i socialnämndens ansökan om vård till länsrätten.



Källa: SCB, Socialstyrelsen.

Sedan 1990 har *andelen* ansökningar med alkohol som dominerande missbruksmedel minskat från 69 till 44 procent, medan andelen med narkotika som huvuddrog har ökat från 11 till 33 procent. I bilaga 3 återges antalet ansökningar sedan 1990 fördelat på den huvuddrog som har angivits i respektive ansökan om vård. *Antalet* ansökningar med narkotika som huvuddrog har fluktuerat under årens lopp men var antalsmässigt lika många både år 1991 och 2002 (220). Den ökade andelen ansökningar med narkotika beror således inte på att antalet sådana ansökningar skulle ha ökat i absoluta tal, utan hänger i stället samman med att dels alkohol som dominerande drog har minskat från 1 069 till 296 under den aktuella perioden, dels att antalet med blandmissbruk mer än halverats (från 269 till 121).

Återigen bör observeras att antalet personer som enligt tabell 2:14 har omfattats av LVM-insatser enbart är ett mått på socialnämndens (och polismyndighetens när det gäller beslut om 13 §) aktivitet, och speglar vare sig det antal personer för vilka länsrätten har bifallit vårdansökan alternativt fastställt omhändertagandebeslutet eller det antal personer som sedan faktiskt blivit intagna på LVM-hem. Andelen ansökningar om beredande av tvångsvård som bifalles av länsrätten brukar uppgå till drygt 90 procent och denna andel har inte nämnvärt förändrats sedan lagens tillkomst 1982.

2.6.7 Omedelbart omhändertagande (13 § LVM)

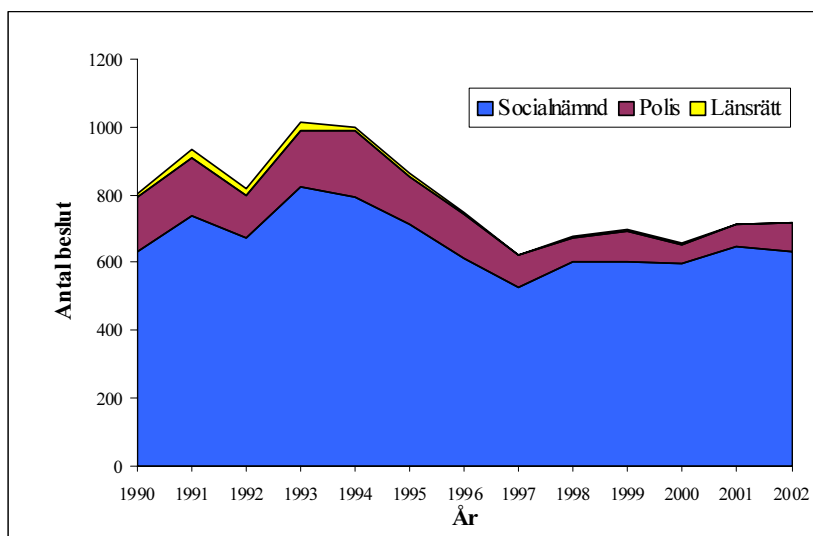
I regeringens förslag till ursprungliga LVM framhölls i specialmotiveringen till lagbestämmelsen om omedelbart omhändertagande, att det knappast fanns anledning att anta att den föreslagna bestämmelsen skulle komma att användas särskilt ofta (prop. 1981/82:8 s. 80). Socialberedningen konstaterade emellertid i sitt slutbetänkande *Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget* (SOU 1987:22) att användningen av denna befogenhet hade blivit alltmer vanligt förekommande redan efter några få år. Beredningen noterade att nästan 40 procent av alla beslut om insatser enligt LVM som fattades fram till 1987, före länsrättens prövning, hade avsett omedelbart omhändertagande.

Sedan nuvarande LVM trädde i kraft den 1 januari 1989 har socialnämnden getts samma befogenhet som polismyndigheten tidigare har haft att besluta om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM.

- *Antalet* beslut är i dag färre jämfört med under perioden 1990–1994 då det antalsmässigt pendlade mellan 800 och omkring 1 000 beslut per år. Sedan 1997 har antalet omhändertagandebeslut visat en konstant uppåtgående trend – även om den årliga ökningstakten är blygsam – och uppgick år 2002 till 721, vilket jämfört med 1997 är +100 (figur 2:12).
- Av samtliga omhändertagandebeslut som fattas har socialnämndens *andel* successivt ökat från 78 till 88 procent mellan åren 1990 till 2002. Denna ökning är signifikant.⁴⁹ Polisens andel under samma tidsperiod minskat kraftigt: från 20 till 12 procent (figur 2:13).

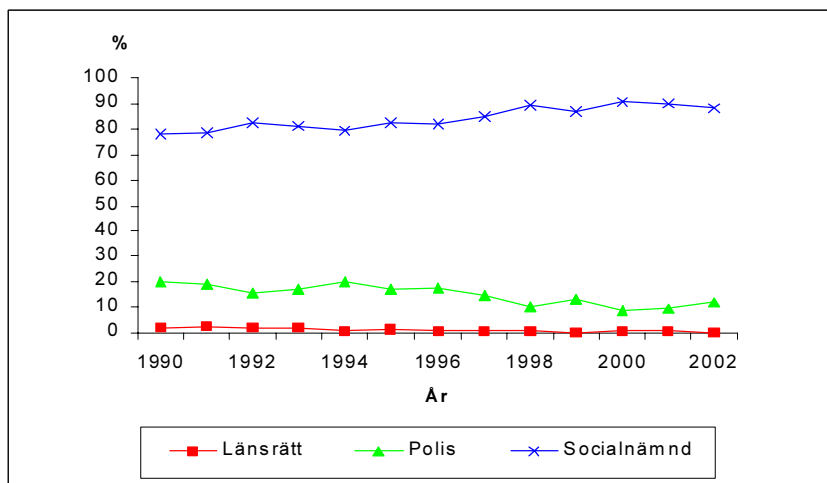
⁴⁹ Chi-2 test för trend, p-värde >0.0001.

Figur 2:12. Beslut om omedelbart omhändertagande under perioden 1990–2002.



Källa: SCB (1990–1993) och Socialstyrelsen (fr.o.m. 1994).

Figur 2:13. Andel omhändertagandebeslut under perioden 1990–2002 som fattats av socialnämnden, polismyndigheten respektive länsrätten.



Källa: SCB (1990–1993) och Socialstyrelsen (fr.o.m. 1994).

Tillämpning på regional och lokal nivå

De regionala och lokala skillnaderna är betydande när det gäller benägenheten att besluta om omedelbart omhändertagande. Variationerna är också stora mellan dels socialtjänsten i olika kommuner, dels olika polismyndigheter. I tabell 2:15 redovisas myndigheternas beslut om omedelbart omhändertagande per 10 000 invånare för landet som helhet med avseende på åldersgruppen 20–64 år.

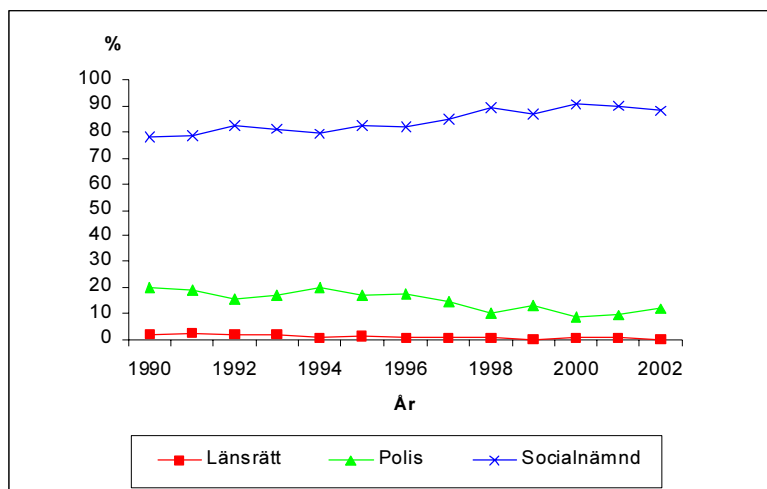
Tabell 2:15. Polismyndigheternas och socialnämndens omhändertagandebeslut enligt 13 § LVM i olika kommuner under perioden 1994–2002 och per 10 000 invånare i åldersklassen 20–64 år.

Kommun	Polismyndighet		Totalt		Socialnämnd	
	Antal	Per 10 000 inv. och år	Antal	Per 10 000 inv. och år	Antal	Per 10 000 inv. och år
Stockholm	96	0,23	468	1,13	564	1,36
Göteborg	27	0,11	344	1,34	371	1,45
Malmö	20	0,15	129	0,95	149	1,10
Sundsvall	100	1,98	93	1,84	193	3,82
Umeå	52	0,89	152	2,60	204	3,49
Västerås	38	0,56	65	0,97	103	1,53
Norrköping	14	0,22	164	2,54	178	2,76
Jönköping	6	0,10	82	1,37	88	1,47
Riket	945	0,20	5 602	1,20	6 547	1,40

Källa: Utredningens egna beräkningar.

Även andelen beslut som fattas av polismyndigheten som *inte* fastställs av länsrätten varierar kraftig (figur 2:14).

Figur 2:14. Andel av socialnämndens och polismyndighetens omhändertagandebeslut under perioden 1990–2002 vilka inte har fastställts av länsrätten.



Källa: SCB, Socialstyrelsen.

Allmänt kan konstateras att andelen beslut som *inte* har fastställts är betydligt högre för polisens del jämfört med socialnämnden. För socialnämnden har för övrigt andelen ej fastställda beslut minskat under perioden, och denna förändring är signifikant.⁵⁰

För att återgå till antalet beslut som fattas av socialnämndens och polismyndigheten kan utifrån tabell 2:14 konstateras, att socialnämnderna och polismyndigheterna i Sundsvall och Umeå har en signifikant högre andel omhändertaganden än riket som helhet.⁵¹ Under perioden 1994–2002 svarade polismyndigheten i enbart Sundsvall kommun för mer än 10 procent av samtliga beslut om omedelbara omhändertaganden som polisen gjorde i landet. I absoluta tal har polisen i Sundsvall under denna period fattat fler beslut enligt 13 § LVM jämfört med vad exempelvis polisen Stockholm stad har gjort.

Baserat på ett antagande om att personer med allvarliga alkohol- och drogproblem är jämnt fördelade mellan landets kommuner och att LVM tillämpas lika i hela landet, kan man förvänta sig ett nega-

⁵⁰ Chi-2 test för trend, p-värde <0.0001.

⁵¹ I poissonregression med korrektion för överspridning (Sundsvall, polisen p<0.0001, socialnämnden, 0.02 Umeå polisen p<0.0001, socialnämnden p<0.0001).

tivt samband mellan socialnämndens och polismyndighetens beslut om omedelbart omhändertagande i samma kommun, dvs. att ett lågt antal ingripanden av den ena myndigheten kompenseras av fler ingripanden av den andra. Under samma förutsättningar kan man vidare anta att antalet omhändertagandebeslut av både socialnämnden och polismyndigheten är fler ju större kommunen är.

Denna hypotes stämmer dock inte när det gäller socialtjänstens och polisens omhändertagandebeslut i Sundsvall och Umeå under perioden 1994–2002 (tabellerna 2:16 och 2:17). I *Sundsvall* är de båda myndigheternas andel per 10 000 invånare ungefär lika hög, som vida överstiger riksgenomsnittet. Socialnämnden i Sundsvall fattade under perioden fler omhändertagandebeslut i absoluta tal jämfört med socialnämnden i Göteborg (se vidare tabell 2:15).

Tabell 2:16. Polisens och socialnämndens beslut i Sundsvall under perioden 1994–2001 om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM (per 10 000 invånare avseende åldersgruppen 20–64 år).

År	SUNDSVALL					RIKET				
	Polis	N	Social-nämnd	N	Totalt	Polis	N	Social-nämnd	N	Totalt
1994	1,06	6	0,88	5	1,94	0,39	199	1,55	793	1,94
1995	1,42	8	3,19	18	4,61	0,28	148	1,38	715	1,66
1996	1,24	7	1,06	6	2,30	0,25	130	1,19	613	1,44
1997	1,42	8	1,24	7	2,66	0,18	91	1,03	534	1,21
1998	0,71	4	2,14	12	2,85	0,14	71	1,17	608	1,31
1999	3,04	17	1,43	8	4,47	0,18	92	1,16	620	1,34
2000	1,97	11	1,97	11	3,94	0,11	63	1,14	621	1,25
2001	3,40	19	1,25	7	4,65	0,13	67	1,23	646	1,36
2002	3,14	20	3,59	19	6,73	0,16	84	1,23	649	1,39

Källa: Bearbetning av uppgifter från SCB och Socialstyrelsen.

I *Umeå* är socialnämndens andel per 10 000 invånare betydligt högre än polisens, men både myndigheternas andel är även i denna kommun betydligt högre än för riket under perioden som helhet. I Umeå har polisens antal omhändertagandebeslut minskat betydligt under de senaste åren medan socialnämnden är fortfarande kvar på en hög nivå (tabell 2:17).

Tabell 2:17. Polisens och socialnämndens beslut i Umeå under perioden 1994–2001 om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM (per 10 000 invånare avseende åldersgruppen 20–64 år).

År	UMEÅ					RIKET				
	Polis	N	Social-nämnd	N	Totalt	Polis	N	Social-nämnd	N	Totalt
1994	1,78	11	3,08	19	4,86	0,39	199	1,55	793	1,94
1995	1,90	12	3,32	21	5,22	0,28	148	1,38	715	1,66
1996	2,49	16	2,96	19	5,45	0,25	130	1,19	613	1,44
1997	0,93	6	1,52	10	2,45	0,18	91	1,03	534	1,21
1998	0,0	0	2,91	19	2,91	0,14	71	1,17	608	1,31
1999	0,61	4	1,83	12	2,44	0,18	92	1,16	620	1,34
2000	0,15	1	3,48	23	3,63	0,11	63	1,14	621	1,25
2001	0,15	1	2,26	15	2,41	0,13	67	1,23	646	1,36
2002	0,15	1	2,07	14	2,21	0,16	84	1,23	649	1,39

Källa: Bearbetning av uppgifter från SCB och Socialstyrelsen.

Exemplet Sundsvall

Omfattningen av omhändertagandebesluten i Sundsvall jämfört med riksgenomsnittet föranledde utredningen att göra en närmare undersökning om bakgrunden härtill. Utredningen har i detta syfte dels tagit del av samtliga fastställelsebeslut under 2002 från Länsrätten i Västernorrlands län, dels polisens underställningshandlingar (men inte socialnämndens), dels genomfört s.k. fokusgruppsintervjuer den 13 mars 2003 med företrädare för polismyndigheten respektive socialtjänsten. Därutöver har utredningen tagit del av olika rapporter och annat skriftligt material som respektive myndighet har tagit fram under framför allt senare delen av 1990-talet.

Diskussionen om polisens antal och andel av omedelbara omhändertaganden är inte ny. I början av 1994 presenterade socialtjänsten i Sundsvall en utredning om tillämpningen av LVM, vilken på uppdrag av kommunen hade utarbetats av Lennart Ladare.⁵² Utredningen, som föranledde en omfattande debatt i lokala medier, visade att polisen i Sundsvall hade ökat sin andel av anmälningarna enligt 6 § LVM från 17 till 63 procent under loppet av 2,5 år (1991–1993:6). Utredningen noterade även en kraftig ökning av polisens andel av omhändertagandebeslut (*”men möjligen har polisens andel*

⁵² Ladare: LVM i Sundsvall 1993 (Sundsvalls kommun, IFO-enheten, 1994-02-04, dnr 81/94 060).

bär kulminerat 1992) – från 44 till 66 procent under åren 1991–1992 för att därefter minska till 53 procent under första halvåret 1993. Det centrala för utredningen var ”att ta ställning till om polisens ökade aktivitet när det gäller LVM varit befogad och om den kan tolkas som ett uttryck för att socialtjänstens insatser för denna grupp missbrukare varit otillfredsställande”. Det noterades också att merparten av de personer som anmäldes av polisen var okända för socialtjänsten. Socialtjänsten tillbakavisade tanken att socialnämnden och sjukvården gjorde för få anmälningar och att polisen av det skälet skulle behöva kompensera för andra myndigheters underlåtenhet. Åtskilliga LVM-anmälningar från polisens sida bedömdes av socialtjänsten som onödiga, eftersom många av dessa sedermera avskrevs. Detta tolkade socialtjänsten som att ”tvångsnivån många gånger ligger för högt i LVM-ärendena och att detta i första hand gäller polisens tillämpning av LVM”.

Däremot ansåg socialtjänstens utredare att man beträffande polisens omedelbara omhändertaganden inte kunde vara ”lika kategorisk”, eftersom 83 procent av besluten sedermera fastställdes av länsrätten; de omhändertagna bedömdes i allmänhet ha haft ett uttalat vårdbehov. Trots detta konstaterande ställde sig socialtjänsten frågan ”om ett omedelbart omhändertagande i merparten av ärendena var den enda möjliga utvägen”, och ansåg att i många av ärendena fanns indikationer om att en LVM-anmälan borde ha varit tillfyllest. ”Notabelt är att socialtjänsten haft kontakt med den enskilde veckan före omhändertagandet i 5 fall där omedelbart omhändertagande gjorts av polis och då uppenbarligen gjort en annan bedömning”.

Vid LVM-utredningens fokusgruppsintervju med företrädare för polismyndigheten i Västernorrlands län refererades ovannämnda utredning. Enligt polisen ledde kritiken mot den höga anmälningsbenägenheten till att denna minskade påtagligt och att polisen i större utsträckning har ersatt anmälningsförfarandet med ett ökat antal omedelbara omhändertaganden. Polisens anmälningsförfarande betecknades av socialtjänsten som ”mycket lågfrekvent”.⁵³ Implicit menade polisen att socialtjänsten inte ”vill” att polisen skall inkomma med några anmälningar, något som företrädare för socialtjänsten tillbakavisade. Polismyndigheten förklarade den höga omhändertagandenivån med att Sundsvall historiskt är känt för att vara ”en gammal fylleristad”.

⁵³ Fokusgruppsintervju med Socialtjänsten Sundsvall, 2003-03-13.

Polisen beskrev sitt arbetssätt som ”proaktivt”.⁵⁴ Därmed åsyftades bland annat att man hade överläggningar med länsrätten och länsstyrelsen ”för att ge vår syn på det hela”. Omedelbart omhändertagande sågs *också* – betonades det vidare i samband med intervjutillfället – som ett redskap ”i vårt förebyggande och problemorienterade arbete”. Företrädarna för polisen nämnde att man gjorde ”polisiära bedömningar” i denna typ av ärenden.

De intervjuade företrädarna för socialtjänsten var å ena sidan kritisk till polismyndighetens strategi och tillämpning av omhändertagandeinstitutet. Den höga andelen ingripanden enligt 13 § LVM såg man som ett utslag för en polisiär ambition att ”rensa stan när man tröttnar på att se missbrukarna på stan”. Mot denna strategi ställde socialtjänsten sitt eget arbetssätt: ”vi jobbar på och gnager på enträget... har tålamod”. Socialtjänsten var kritisk till att polisen i inte synkroniserade sitt arbete med socialtjänsten, eftersom man ansåg att omhändertagandebeslut i enskilda ärenden kunde vara kontraproduktivt.

Å andra sidan betonades också att polisen hade en viktig roll i arbetet med människor med missbruksproblem:

Inte så sällan är polisens perspektiv och infallsvinkel värdefullt för oss. Vi har ju helt olika perspektiv. Vi har mer lågintensiva kontakter med personen över tid. Polisen i de här ärendena går in och får direkt kontakt i hemmiljön eller ute på stan. Mycket av den informationen som polisen faktiskt får kan jag tänka mig är intressant för oss också. För skulle vi se dessa personer i den situation som polisen ser dem kanske vi också, faktiskt, i vissa situationer skulle agera på den informationen. Men polisen saknar den helhetsbedömning som vi har. Så dessa två synsätt är ju inte riktigt lättsammanfogade alla gånger. Jag tror att båda parter skulle ha nytta av varandras information.⁵⁵

Även från polisens sida underströks att samarbetet med kommunens socialtjänst fungerade mycket bra trots att det fanns en, som en företrädare för polisen uttryckte det, ”en ideologisk skillnad i synsätt”. Polismyndigheten och socialtjänsten träffas på ledningsnivå två gånger per år för att dryfta olika frågor, däribland missbruksfrågor och tillämpningen av LVM – ”men trots det kommer vi inte riktigt överens”.⁵⁶ Därutöver finns månatliga sammankomster mellan exempelvis polisens narkotikarotell och handläggare inom socialtjänsten, osv.

⁵⁴ Fokusgruppsintervju med Polismyndigheten Västernorrlands län, 2003-03-13.

⁵⁵ Fokusgruppsintervju med Socialtjänsten Sundsvall, 2003-03-13.

⁵⁶ Fokusgruppsintervju med Polismyndigheten i Västernorrlands län, 2003-03-13.

Polismyndighetens beslut enligt 13 § LVM

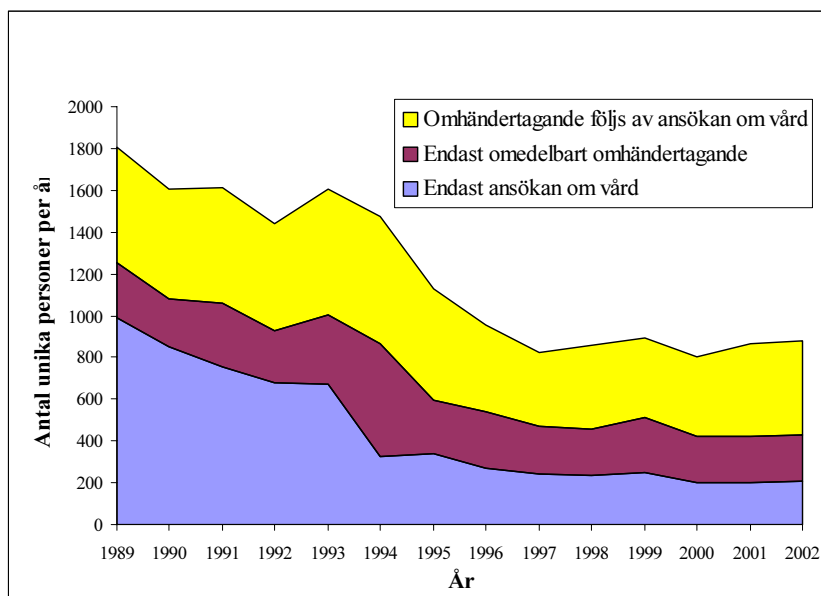
Utredningen har närmare studerat Polismyndigheten i Västernorrlands omhändertagandebeslut under 2002 med avseende på Sundsvall. Av totalt 25 omhändertagandebeslut fastställdes 19, varav dock åtta sedermera upphävdes sedan socialnämnden beslutat sig för att *inte* ansöka om vård. Nästan hälften av de omhändertagandebeslut som länsrätten har *fastställt* någon eller några dagar senare upphävdes med hänvisning till att socialnämnden inte hade för avsikt att ansöka om vård.

2.6.8 Relationen mellan 13 och 4 §§ LVM

I regeringens direktiv till utredningen ingår bland annat att analysera orsakerna till att ”antalet omedelbara omhändertaganden gått upp så kraftigt och varför de allt mer sällan fullföljs med en ansökan om vård”. Som har framgått av avsnitt 2.6.2 har antalet omhändertagandebeslut *minskat* från 806 till 721 under perioden 1990–2002. Om man i stället för antal beslut väljer att undersöka *andelen* personer som blivit föremål för omedelbart omhändertagande i förhållande till totala antalet (unika) personer med LVM-insatser, har andelen ökat från 47 till 77 procent under samma period.

I figur 2:15 redovisas antalet personer som *före* länsrättens prövning antingen har blivit föremål för en direkt ansökan till länsrätten om tvångsvård eller där ett omedelbart omhändertagande har efterföljts av en ansökan eller där socialnämnden har valt att inte ansöka om tvångsvård efter det inledande omhändertagandebeslutet.

Figur 2:15. Antal personer med insatser enligt LVM före länsrätts prövning under perioden 1989–2002.



Källa: SCB (1990–1993) och Socialstyrelsen (fr.o.m. 1994).

Den inbördes fördelningen mellan omhändertagandebeslut som följts respektive ej har efterföljts med en ansökan till länsrätten, visar ingen trendmässig förändring över tid (tabell 2:18).⁵⁷ Mellan 1993 och 1995 var variationerna betydande, vilket tidsmässigt inträffade strax före och efter det att kommunerna den 1 juli 1994 övertog utrednings- och ansökningsförfarande avseende vård enligt 4 §.

⁵⁷ Chi-2 test för trend p-värde=0.14.

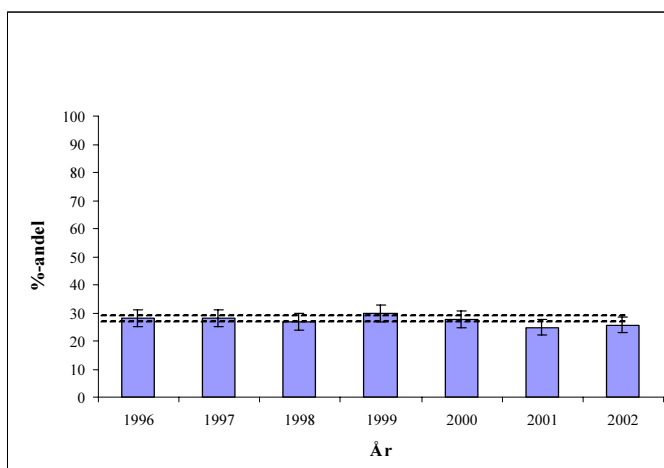
Tabell 2:18. Andel personer där myndighetens beslut om omedelbart omhändertagande har efterföljts resp. inte följts av vårdansökan till länsrätten (uttryckt i procent).

Insats	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Endast 13 §	33	31	36	32	35	47	32	39	59	37	41	37	32	33
13 § efterföljs av ans.	67	69	64	68	65	53	68	61	61	63	59	63	68	67

Källa: SCB (1990–1993) och Socialstyrelsen (fr.o.m. 1994).

Andelen personer – av samtliga som omfattats av LVM-insatser enligt figur 2:14 – vilka enbart har varit föremål för omedelbart omhändertagande ökade under åren 1989 till 1995, men utvecklingen har därefter varit relativt stabil, vilket närmare framgår av figur 2:16 nedan.⁵⁸

Figur 2:16. Andel personer av samtliga med LVM-insatser vilka under perioden 1996–2002 enbart har blivit omedelbart omhändertagna.



Källa: Socialstyrelsen. Statistisk bearbetning av Lena brandt

Anmärkning: Konfidensintervall anges i bilaga 3.

För att inte enbart utgå från data på nationell nivå har utredningen också undersökt fördelningen på läns- och kommunnivå med avse-

⁵⁸ Chi-2 test för trend: 1989–2002 p-värde < 0.0001, 1989–1994 p-värde < 0.0001, 1995–2002, p-värde = 0.45.

ende på perioden 1996–2002. Vid denna analys har vi använt oss av konfidensintervall som är ett osäkerhetsintervall för en statistisk skattning, eftersom antalet personer som exempelvis blir föremål för omhändertagandebeslut med stöd av 13 § LVM varierar bland annat rent slumpmässigt över tid.⁵⁹

På *länsnivå* finns tydliga regionala skillnader (figur 2:17). Man kan urskilja olika ”block” av län som har det gemensamt att de antingen inte alls signifikant avviker från medelvärdet för riket som helhet, eller att de ligger under respektive över detta riksgenomsnitt:

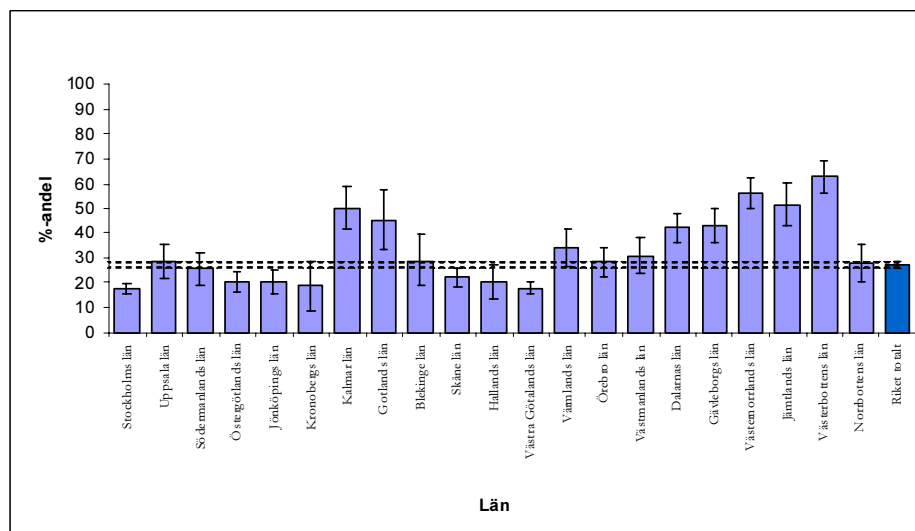
- Fyra län uppvisar ingen skillnad i förhållande till riket som helhet.⁶⁰
- De tre storstadsläna understiger signifikant riksgenomsnittet.
- I Småland ligger Jönköpings och Kronobergs län under riksnivån, medan Kalmar län ligger betydligt över medelvärdet för riket.
- Samtliga län i Norrland med undantag för Norrbottens län ligger över riksgenomsnittet.

Med undantag för Norrbottens län är den procentuella andelen personer – av samtliga med LVM-insatser – vilka enbart blir omedelbart omhändertagna, mycket hög bland norrlandsläna. I Socialstyrelsens rapport *Social tillsyn 2001* har bland annat länsstyrelserna i Jämtlands- och Västernorrlands län framfört, att kommunerna ”tenderar att använda LVM som en akutlag”. Man såg det som en risk ”att det utvecklas ett arbetssätt där socialtjänsten intar en passiv hållning och inte i tid inleder en LVM-utredning, utan väntar till det finns ett behov av att göra ett omedelbart omhändertagande” (Socialstyrelsen 2002b, s. 48).

⁵⁹ Konfidensintervall är ett mått på hur osäker sifferuppgiften för de olika läna enbart utifrån den slumpmässiga variationen. Exempelvis har befolkningsmässigt små län med få omedelbart omhändertagna större slumpmässig variation jämfört med län med ett högt invånarantal.

⁶⁰ Södermanlands-, Blekinge-, Örebro- och Norrbottens län.

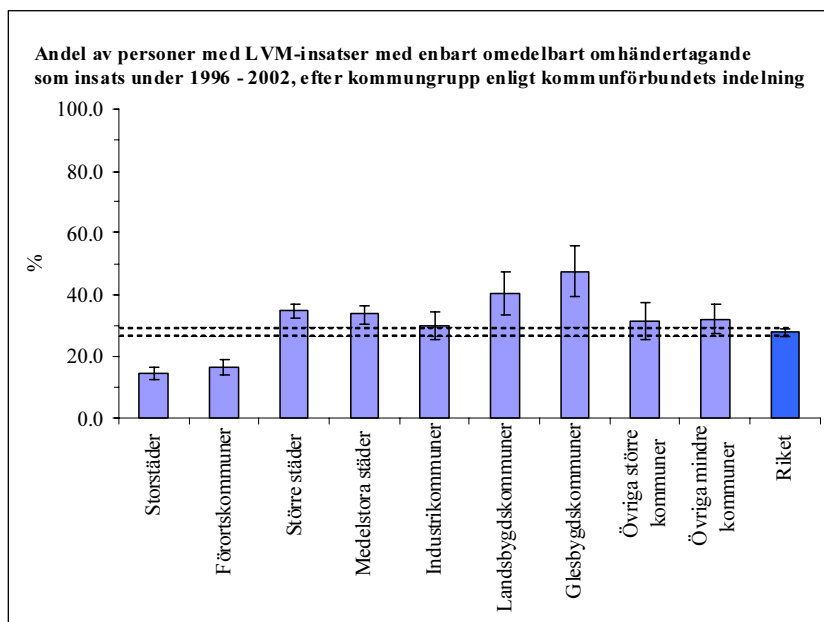
Figur 2:17. Andel personer länsvis som under perioden 1996–2002 enbart har blivit omedelbart omhändertagna. (För 1996 och 1997 har data bearbetats utifrån den länsindelning som gäller fr.o.m. 1998, dvs. Habo och Mullsjö kommuner ingår i Jönköpings län, medan resterande kommuner i Skaraborgs, Älvsborgs samt Göteborg och Bohus län ingår i Västra Götalands län).



Källa: Socialstyrelsen. Statistik bearbetning av Lena Brandt. Anmärkning: Konfidsensintervall anges i bilaga 3.

På *kommunnivå* har utredningen utgått från Svenska Kommunförbundets indelning av landets kommuner i kommungrupper (bilaga 2). Av de personer som omfattats av insatser enligt LVM redovisas andelen med enbart omedelbart omhändertagande i figur 2:18 med fördelning per kommungrupp. De tre storstäderna och förortskommunerna ligger betydligt under riksgenomsnittet, medan glesbygds- och landsbygdskommuner ligger högst bland de nio kommungrupperna. Kommuner tillhörande de två sistnämnda kommungrupperna väljer med andra ord att i mindre utsträckning gå vidare med en ansökan om vård enligt 4 § LVM.

Figur 2:18. Andel personer med LVM-insats som enbart har omfattats av omedelbart omhändertagande under åren 1996–2002, fördelat per kommungrupp.



Källa: Socialstyrelsen. Statistik bearbetning av Lena Brandt.

Anmärkning: Konfidensintervall anges i bilaga 3.

2.7 LVM-vårdens strukturförvandling – differentiering av vården, platsantalets förändring m.m.

2.7.1 Allmän utveckling sedan 1982

Utvecklingen av antalet slutenvårdsplatser vid LVM-hemmen och i ännu högre grad beläggningen vid dessa institutioner är beroende av en rad samvarierande faktorer. Som har framgått av detta kapitel har både totala antalet personer och beslut om LVM-insatser – före länsrättens prövning – minskat under 1990-talet fram till 1997. Därefter har antalet varit relativt konstant på en lång nivå.

Under LVM:s hittillsvarande historia kan man urskilja olika huvudperioder som påverkar platsantal, beläggning och andelen ”låsta” platser:

(1) Perioden 1982–1988

LVM var en ny lagstiftning och tillämpades på de institutioner som funnits sedan NvL:s tid. Statens tidigare ansvar för de allmänna vårdanstalterna för alkoholmissbrukare övergick 1983 till kommun och landsting, dvs. ett år efter att socialtjänstlagstiftningen hade trätt i kraft. Enligt punkt 2 i övergångsbestämmelserna till 1981 års LVM (1981:1243) var det under 1982–1984 fortfarande socialnämnden som hade ansvar för utredning och ansökan om beredande av vård enligt LVM. Förändringen innebar att antalet ansökningar till länsrätterna ökade kraftigt.⁶¹

Utrednings- och ansökningsförfarandet låg kvar på länsstyrelserna fram till den 1 juli 1994 då det återfördes till socialnämnderna. Denna förändring ledde lika snabbt till att antalet länsrättsdomar om beredande av vård minskade i motsvarande omfattning.

Institutionerna fick ta emot nya kategorier av patienter i och med att tvångsvården – till skillnad från vad som tidigare gällde enligt NvL – också omfattade personer med narkotikamissbruk. I ett uttalande i mars 1990 om tillämpningen av LVM framhöll JO med hänvisning till 1988 års LVM, att:

Vid lagens tillkomst lämnade regelsystemets utformning utrymme för en restriktivitet vad gäller tillämpningen, en restriktivitet som får anses ha stått i obalans med vad lagstiftaren åsyftat. Det finns skäl att anta att lagens icke tvingande karaktär kom att påverka bedömningen av behovet av institutionsplatser för LVM-vård. Man utgick från att lagen inte skulle komma till tillämpas i någon vidare omfattning och lät detta ställningstagande bilda utgångspunkten vid bedömningen av det förväntade resursbehovet. (JO 1990/91 s. 204)

Efterfrågan på LVM-vård ökade konstant under åren 1985–1989 (SOU 1992:18 s. 62). Antalet bifallna ansökningar om vård i exempelvis Stockholms län ökade mellan 1984 och 1988 från 235 till 542. Samtidigt var det uppenbart att i varje fall vissa storstadsregioner hade svårt att tillgodose den ökade efterfrågan på LVM-vård. Under 1988 fick JO ta emot ett stort antal enskilda anmälningar som rörde det faktum att personer med allvarlig missbruksproblematik i Stockholms län inte hade kunnat beredas LVM-vård till följd av otillräckliga resurser (JO 1990/91 s. 204).

LVM:s ikraftträdande tillsammans med huvudmannaskapsförändringen som trädde i kraft 1983 medförde en förändring av

⁶¹ Antalet ansökningar ökade från 914 till 1 710 under perioden 1982–1988 (SOU 1993:31 s. 120 med hänvisning till SCB).

institutionsstorleken och en ökning av antalet platser inom frivilligvården, dvs. i enlighet med lagstiftarens intentioner. Inom LVM-vården skedde en successiv ökning av platsantalet vid § 23-hem, dvs. den tyngsta vårdformen med låsta avdelningar, medan platsantal och antal § 22-hem minskade. Fortfarande dominerade dock öppna vårdformer bland LVM-institutionerna.⁶²

(2) Perioden 1989–1994

Genom ikraftträdandet av 1988 år LVM utökades den maximala vårdtiden från två till sex månader. Målgruppen för vård utvidgades till att också gälla de som missbrukar flyktiga lösningsmedel. Förutsättningen för tvångsvård är inte längre att den enskilde ”är i trängande behov av vård” (dåvarande 2 §), utan det räcker med att konstatera att vederbörande är ”i behov av vård” (4 §). Specialindikationerna utvidgas till att också omfatta uppenbara sociala skadeverkningar i syfte att användas på företrädesvis unga med missbruksproblem. Om förutsättningar för tvångsvård föreligger är det enligt 1988 års LVM socialnämndens skyldighet att ansöka om vård enligt LVM. Socialnämnden har genom nuvarande LVM fått befogenhet – i likhet med polismyndigheten – att besluta om omedelbart omhändertagande med stöd av 13 §.

Den reviderade lagstiftningen medförde sammantaget en påtaglig ökning av platsbehovet eftersom genomströmningshastigheten vid LVM-hemmen minskade. I vissa storstadsregioner var bristen på tillgängliga platser mycket stort. Platsbristen i kombination med institutionens rätt att själv besluta om intagning medförde att det kunde vara särskilt svårt med platstillgången för de mest problematiska patienterna med ett utagerande beteende och/eller svår psykisk störning eller sjukdom. JO framhöll i ovan refererade avgörande, att det i mars 1989 i Stockholms län fanns ett 20-tal LVM-dömda utan vård och i april 1989 kunde 18 domar inte verkställas på grund av platsbrist. I slutet av 1989 redovisade länsstyrelsen att socialnämnden inte hade kunnat verkställa 45 ”kända fall” av domar eller omedelbara omhändertaganden på grund att det saknades plats inom LVM-vården. JO ansåg i sin sammanfattande bedömning att ”de förhållanden som råder i dag är oacceptabla”.

⁶² 1988 uppgick antalet platser vid § 23-hem till 248 och vid § 22-hem till 916 (SOU 1992:18, s. 55).

Det nya statsbidragssystemet som trädde i kraft 1990 syftade till att stimulera utbyggnaden av vårdplatser vid s.k. § 23-hem (prop. 1990/91:96). En bakgrund till kraven på fler låsta platser var att den förlängda vårdtiden kraftigt ökade avvikningsbenägenheten hos de intagna. I en studie från Runnagården påvisades att lagändringen ökade andelen avvikningar⁶³ per intagen från 0,3 till 2,3 (Gerdner m.fl. 1997), dvs. drygt sju gånger – betydligt mer än själva LVM-tidens förlängning – utan att denna ökning kunde hänföras till en förändring i patienternas problembild. I en liknande studie vid Rällsögården skedde motsvarande ökning av avvikningskvoten från 0,3 till 2,1 (Möller m.fl. 1998). Det är troligt att förlängningen i sig medförde en ökad frustration för dem som togs in med tvång, och att detta förhållande ökade deras avvikningsbenägenhet. Den förhöjda avvikningskvoten gick tillbaka mer än hälften efter ett par år.

Vid ingången av 1991 fanns 41 LVM-hem med sammanlagt 1 280 platser, av vilka 17 var § 23-hem (587 platser) och 24 var § 22-hem (693 platser).⁶⁴ Utbygganden av LVM-vården och den medvetna satsningen § 23-hem gjorde att frågan om differentiering av klienterna kom i förgrunden. IUM-utredningen noterade att man vid LVM-hemmen hade börjat urskilja vissa klientgrupper ”som antingen är störande för verksamheten eller inte kan tillgodogöra sig den vård som hemmen under nuvarande förhållanden kan erbjuda (SOU 1992:18 s. 112). Sistnämnda utredning ansåg att ”de problem som LVM-vården ställs inför aktualiserar en differentiering av institutionernas med utgångspunkt i klienternas förutsättningar och behov /---/ ” (s. 113).

Under 1992 minskade dock antalet tvångsintagna inom LVM-vården, ”sannolikt till stor del beroende på kommunernas ekonomiska läge” (prop. 1992/93:61 s. 13). I propositionen om ändrat huvudmannaskap för tvångsvård enligt LVU och LVM, ansåg departementschefen att det fanns en risk ”att kommuner avvaktar att placera klienter till dess att ett akut omhändertagande måste ske. Sådana omhändertaganden har också blivit vanligare. Detta medför att institutionerna måste hålla en hög beredskap för akuta placer-

⁶³ Med avvikning menas dels rymning från LVM-institutionen, dels annan olovlig frånvaro genom att inte inställa sig efter en permission eller motsvarande.

⁶⁴ Vid § 22-hem är inte särskilda befogenheter enligt 34–35 §§ LVM tillämpliga. Flertalet av § 22-hemmen var före detta s.k. erkända eller enskild anstalter enligt NVL, medan § 23-hemmen var tidigare statliga nykterhetsvårdsanstalter eller nyinrättade för sitt ändamål.

ingar vilket kan vara problematiskt när det samtidigt finns ett krav om hög beläggningsgrad” (prop. 1992/93:61 s. 13).⁶⁵

(3) *Perioden april 1994 fram till i dag*

När Statens institutionsstyrelse som central förvaltningsmyndighet övertog LVM-vården den 1 april 1994 övertog man 941 platser fördelade på 25 LVM-hem.⁶⁶ Cirka 32 procent av platserna var låsbara.⁶⁷ Sedan dess har institutionernas differentiering med avseende på målgrupp etc. fullföljts. Medan antalet platser och institutioner har minskat har andelen låsbara platser ökat mycket kraftigt. Minskningen av antalet institutioner och vårdplatser skedde huvudsakligen under perioden 1994–1998, då antalet LVM-hem reducerades till 15 och antalet vårdplatser till 343. Sedan 1998 har ytterligare ett LVM-hem avvecklats.

Andelen låsbara platser har ökat kraftigt och utgör i januari 2004 två tredjedelar av samtliga platser vid LVM-hemmen. Alla utom en institution (Östfora) har låsbara platser. Vid två institutioner finns *endast* låsta platser (Lunden och Rebecka, vilka båda är kvinnoinstitutioner).

Vid ingången av 2004 förfogar Statens institutionsstyrelse över 331 platser vid 14 LVM-hem. Jämfört med 2003 har man minskat platsantalet med 15 till följd av den minskade beläggningen under 2003 (tabell 2:19). De platser som SiS tillhandahåller vänder sig huvudsakligen till målgrupper som kan karaktäriseras som ”de mest utsatta”.

⁶⁵ Den 31/12 1991 var antalet tvångsvårdade på LVM-hem 753. Två år senare var antalet 577 (Regeringens skrivelse 1997/98:155 *Utvecklingen inom den kommunala sektorn* .

⁶⁶ Av LVM-hemmen övertogs alla § 23-hem och ett § 22-hem (Östfora).

⁶⁷ SiS-utredningen ger i sitt slutbetänkande *Effektivitet och kvalitet i tvångsvården* (SOU 1998:140) ger en sammanfattande redogörelse för utvecklingen som ledde fram till statens övertagande av LVM-vården. Se också IUM-utredningens betänkande *Tvångsvård i socialtjänsten* (SOU 1992:18).

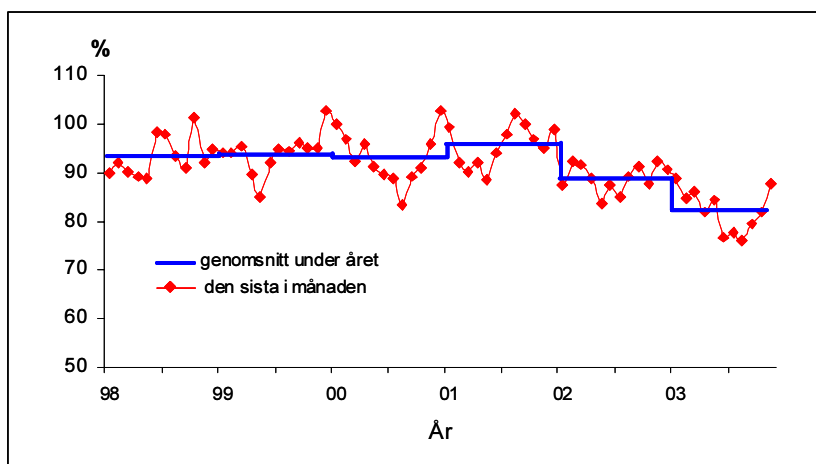
Tabell 2:19. Platsantal vid LVM-hemmen år 2004.

<i>Region/Institution</i>	<i>Antal platser 2004</i>	<i>Låsbara platser</i>	<i>Platser för enbart kvinnor</i>	<i>Platser för enbart män</i>	<i>Platsförändring 2002–2003</i>
<i>Norra regionen</i>					
Frösö LVM-hem	19	17	-	9	-3
Renforsens behandlingshem	25	12	5	10	-
Summa regionen	44	29	5	19	-3
<i>Mellansvenska regionen</i>					
Runnagården	38	28	38	-	
Behandlingshemmet					
Rällsögården	24	15	-	24	-
Behandlingshemmet					
Ålvgården	12	12	-	12	-12
Summa regionen	74	55	38	36	-12
<i>Östra regionen</i>					
Ekebylunds behandlingshem	24	8	24	-	-
Hornö LVM-hem	35	31	-	35	
LVM-hemmet Rebecka	14	14	14	-	-
Östfora behandlingshem	32		-	32	-
Summa regionen	105	53	38	67	
<i>Västra regionen</i>					
Gudhemsgården	25	22	-	25	-
Summa regionen	25	22	-	25	-
<i>Södra regionen</i>					
Fortunagården	16	8	16	-	-
Hessleby behandlingshem	35	16	-	35	-
Karlsvik LVM-hem	20	8	-	20	-
LVM-hemmet Lunden	12	12	12	-	-
Summa regionen	83	44	28	55	-
Totalt	331	203	109	202	-15

2.7.2 Beläggning vid LVM-hemmen sedan 1998

Under den senaste sexårsperioden har den genomsnittliga beläggningen vid LVM-hemmen varit relativt jämt fram till år 2002 (93–96 procent), även om det finns säsongvariationer. Nergången under åren har framför allt varit under sommarperioden. Sedan 2002 har den genomsnittliga beläggningen minskat påtagligt: 2002 var den 89 procent och 2003 (t o m november) 82 procent (figur 2:19).

Figur 2:19. Faktisk månatlig beläggning (exkl. klienter som är § 27-placerade) under perioden 1998 – nov. 2003, samt genomsnittlig faktisk beläggning för respektive år.



Källa: SIS. Statistisk bearbetning av Lena Brandt.

Årligen sker cirka 1 000 *intagningstillfällen* vid LVM-hemmen. Med intagningstillfälle avses när klienten de facto blir intagen vid LVM-hemmet; en och samma klient kan ha varit intagen vid mer än ett tillfälle per år. Redovisningen i tabell 2:20, som baseras på statistik från Statens institutionsstyrelse, utgör därmed en nettosiffra i förhållande till Socialstyrelsens bruttosiffra över LVM-insatser. Som tidigare påpekats i detta kapitel (avsnitt 2.6.1) baseras länsrättsstatistiken på antalet *ansökningar* om vård respektive *underställda* omhändertagandebeslut enligt 13 § LVM. Antalet intagna personer och intagningstillfällen vid LVM-hemmen är dock färre av framför allt följande orsaker:

- Länsrätten bifaller inte samtliga ansökningar respektive fastställer inte samtliga underställda beslut enligt 13 § LVM.⁶⁸
- Om en länsrättsdom om vård enligt LVM inte har påbörjats inom fyra veckor från det att beslutet har vunnit laga kraft, upphör beslutet att gälla (12 § LVM).
- Alla omhändertagande beslut kan inte verkställas, då klienten inte kan anträffas.

Tabell 2:20. Antal intagningstillfällen vid LVM-hemmen under perioden 1998–2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Endast ansökan om vård (4 §)	276	238	245	212	218
Beslut om omedelbart omhändertagande (13 §)	738	766	739	798	790
<i>Därav:</i>					
Endast beslut om omedelbart omhändertagande (13 §)	386	365	311	277	283
Intagningstillfälle enligt 13 § som fullföljts med ansökan om vård	352	401	428	521	507
TOTALT	1 014	1 004	984	1 010	1 008

Källa: Statens institutionsstyrelse.

I likhet med statistiken över LVM-insatser före länsrättens prövning påbörjas den absoluta majoriteten av samtliga intagningstillfällen genom ett omedelbart omhändertagande. Andelen har ökat från 73 procent (1998) till närmare 80 procent under 2001 och 2002. Tidsserien sedan 1998 är alltför kort för att man skall kunna tala om trendmässiga förändringar, men det är ändå värt att notera att intagningstillfällen som endast baseras på en vårdansökan, dvs. utan föregående omedelbart omhändertagande, har minskat från 276 till 218 under den aktuella perioden.

För de tre storstädernas del kan noteras att deras andel av totala antalet intagningstillfällen under åren 1998 t.o.m. 2002 har varit tämligen konstant och varierat mellan 21 till 24 procent (tabell 2:21). Andelen intagningstillfällen som påbörjas genom omedelbart

⁶⁸ För 2002 biföll länsrätterna 93 procent av samtliga ansökningar om beredande av vård, samt fastställde 88 procent av samtliga underställda beslut om omedelbart omhändertagande (SoS: Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2002, tabell 8 och 11).

omhändertagande är för storstädernas del lägre jämfört med riket som helhet. Storstädernas andel har sedan 1999 legat på en nivå över 60 procent (62–68 %), medan andelen för riket som helhet har varit över 70 procent under hela perioden (73–79 %). Detta innebär att i storstäderna är andelen intagningsstillfällen som enbart grundas på ansökan om vård högre jämfört med landet som helhet, även om denna andel för båda jämförbara grupper är låg.

Vid en jämförelse mellan de tre storstäderna kan man för Göteborgs del notera en väsentlig ökning av totala antalet intagningsstillfällen under 2002 (79 jfr med drygt 50 under 1998–2001). Antalet ansökningar om vård utan föregående beslut enligt 13 § LVM fördubblades under 2002 (29 jfr med 14–15 under 1999–2001). För Stockholms del låg totala antalet intagningar på samma nivå 2002 som 2001 (119–120), vilket innebär en minskning med 25 procent jämfört med 1998 (160). För Malmös vidkommande kan noteras en ökning av antalet intagningsstillfällen under perioden 1998–2002 (26 till 39), varvid nivån i princip var oförändrad under 2001 och 2002.

Tabell 2:21. De tre storstädernas (Stockholm, Göteborg och Malmö) intagningsstillfällen vid LVM-hemmen under perioden 1998–2002.

	1998	1999	2000	2001	2002
Endast ansökan om vård (4 §)	106	84	77	66	82
Beslut om omedelbart omhändertagande (13 §)	134	136	125	139	146
<i>Därav:</i>					
Endast beslut om omedelbart-omhändertagande (13 §)	65	60	46	29	40
Intagningsstillfälle enligt 13 § som fullföljts med ansökan om vård	69	76	79	110	106
TOTALT	240	220	202	205	228

Källa: Statens institutionsstyrelse.