

Individ- och familjeomsorg

LÄGESRAPPORTER 2008

Insatser och stöd till personer
med funktionsnedsättning

Individ- och familjeomsorg

Vård och omsorg om äldre

ISBN 978-91-978065-5-8
Artikelnr 2009-126-45

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2009
Korrigerad Siffror i text på sid 17, 30 mars 2009

Förord

För politiker och andra beslutsfattare på central och lokal nivå, personal i vård och omsorg liksom brukarorganisationer är det viktigt att snabbt kunna orientera sig om tillstånd och utveckling inom sina respektive verksamhetsområden. Socialstyrelsen ger därför ut årliga lägesrapporter med syftet att presentera värdefulla och användbara fakta. Lägesrapporterna på det sociala området omfattar *Individ- och familjeomsorg, Vård och omsorg om äldre* samt *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*.

Denna rapport beskriver läget inom individ- och familjeomsorgen (IFO) utifrån statistik, aktuella rapporter samt kontakter med kommuner m.m. Till de frivilligorganisationer som får bidrag har Socialstyrelsen också en stående fråga i samband med deras återrapportering, om vilka förändringar de ser i klientgrupper och i mötet med IFO.

Ett tema i årets rapport är missbruks- och beroendefrågor inom IFO:s alla delar. En del av underlaget kommer från fokusgrupper med representanter för några kommuner, som Socialstyrelsen bjudit in för att diskutera missbruks- och beroendevård respektive barn och unga och missbruksfrågor. Syftet har varit att lyfta fram frågor som IFO diskuterar och har att hantera i dessa kommuner. Socialstyrelsen har också gjort en enkätstudie om missbruksfrågorna inom familjerätten.

Rapporten har sammanställts och redigerats av *Merike Hansson*, med underlag från medarbetare vid individ- och familjeenheten, ekonomiska sekretariatet, statistikenheten och Epidemiologiskt centrum.

Vi hoppas att årets lägesrapporter ska ge underlag till goda omvärldsanalyser.

Håkan Ceder
Överdirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Missbruk och beroende årets tema	8
Hur arbetar IFO utifrån etnisk bakgrund?	8
Kostnader	10
IFO:s kostnader har ökat sedan 2003	10
Insatser till barn och unga	11
Insatser till vuxna med missbruk eller beroende	11
Ekonomiskt bistånd	12
Standardkostnad och kostnadsskillnader	13
Resursfördelning, effektivisering och prioritering	13
Insatser för barn och unga	14
Bättre utredningar och bedömningar av behov	14
Allt fler anmälningar, men olikheter i bedömningarna	14
Mer strukturerade utredningar med tydligt barnperspektiv	14
Stabilitet och kompetens i myndighetsutövningen – en utmaning	15
Rikt utbud av öppna insatser	15
Öppenvårdsinsatser och metoder för tidiga insatser	16
Dygnsvården ökar inte, men minskar inte heller	16
Satsning på hemmaplanslösningar – ideologi eller ekonomi?	16
Ökning i familjehem och viss minskning av institutionsvård	17
Barn och unga behöver bli mer delaktiga i HVB-vården	18
Länsrätts- och kammarrättsdomar om LVU	18
Missbruksfrågor inom barn- och ungdomsvården	19
Föräldrars riskbruk och missbruk behöver uppmärksammas	19
Alkohol och droger bland unga – polarisering, snabba trender	20
Viktigt att förebygga och upptäcka ungas missbruk tidigt	21
Det behövs struktur i förhandsbedömningar	23
Behandling för unga med missbruk	23
Familjerätt och familjerådgivning	24
Familjerätt	24
Socialtjänsten utreder faderskap och föräldraskap	24
Något fler utredningar om vårdnad, boende och umgänge	24
Antalet internationella adoptioner minskar	25
Missbruk i ärenden om vårdnad, boende och umgänge	25
Familjerådgivning	26
Ekonomiskt bistånd	27
Behovet av ekonomiskt bistånd kommer att öka	27
En fortsatt minskning, men fler får bistånd länge	28
Andelen ensamstående kvinnor med barn minskar	29
Den höga andelen unga har minskat, men kan öka igen	30
Långvarigt bistånd: hög andel unga och utlandsfödda	31
Minskning även bland utrikes födda, men risk för ny ökning	31
Personer med funktionsnedsättning överrepresenterade	32
Många med missbruk får ekonomiskt bistånd	32
Mer kunskap om orsaker och ändamål behövs	33
Fler vill ha bred samverkan	34
Insatser för vuxna med missbruk eller beroende	35

Stark utveckling i missbruks- och beroendevården	35
Alkohol- och narkotikautvecklingen	36
Höjd alkoholkonsumtion och polarisering, kvinnor dricker mer	36
Blandmissbruk och sjukhusvård pga. droger ökar	36
De nationella riktlinjerna måste få genomslag	37
Stor satsning med statliga utvecklingsmedel	37
Missbruks- och beroendevårdens omfattning	38
Små förändringar på nationell nivå	38
Stora regionala skillnader	38
Missbruks- och beroendevårdens öppna insatser	39
Fler unga kvinnor i tvångsvård för vuxna	39
Tvångsvård av unga missbrukare	40
Läkemedelsassisterad behandling	40
Behandling vid opiatberoende	40
Behandling vid alkoholmissbruk	41
Aktuella erfarenheter från några kommuner	41
Samarbete med hälso- och sjukvården en utmaning	41
Kompetenshöjning behövs	42
Allt går inte att lösa på hemmanplan	42
Missbruk bland föräldrar	43
Kvinnor med missbruk och unga vuxna	43
Kvalitetsutveckling	43
Öppna jämförelser bättre underlag för beslut	44
IFO:s boendeinsatser	45
En omfattande sekundär bostadsmarknad	45
En komplex fråga som kräver samverkan	46
Vägledning i att förebygga vräkning	46
Lokalt utvecklingsarbete	46
IFO och metoder att arbeta mot hemlöshet	47
Det behövs bättre data för att följa hemlösheten	47
Stöd till brottsoffer och anhöriga	48
Kvinnor som utsätts för våld och deras barn	48
Var fjärde kvinnomisshandel anmäls	49
Stor del av insatserna görs fortfarande ideellt	50
IFO:s stöd till våldsutsatta kvinnor utvecklas	50
Svårt att upptäcka våld inom socialtjänsten utan direkta frågor	50
Boende till skydd och stöd	51
Samverkan inom kommunen och med andra aktörer	51
Ofta brister i dokumentationen	52
Barnperspektiv saknas	52
Kvinnofridslinjen	52
Utvecklingsarbete	52
Insatser för våldsutsatta kvinnor med missbruk	53
Särskilda verksamheter för kvinnor med missbruksproblem	53
Akut boende till skydd och stöd saknas ofta	54
Prostitution	55
Diskussion och slutsatser	56
Att nå ut brett och värna om de mest utsatta	56
Missbruk och beroende aktuellt inom hela IFO	57
Missbruks- och beroendevården har utvecklats och prioriterats	57
Oroande utveckling bland kvinnor	57
Förutsättningar för samverkan och fokus på missbruk	58
Referenser	59

Sammanfattning

Det pågår en tydlig kvalitetsutveckling på flera av IFO:s områden. Utredningar av barn och unga görs i allt högre grad enligt BBIC-systemet, vilket ger en högre kvalitet i myndighetsutövningen. De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården ger en grund för kvalitetsutveckling, och implementering pågår. Arbetet med att förebygga hemlöshet utvecklas i kommunerna, liksom insatserna för våldsutsatta kvinnor, även om mycket återstår att göra och variationen mellan kommuner är stor. Det sker fortsatt en satsning på öppna insatser inom barn- och ungdomsvården och missbruksvården, varav en ökande andel ges som service.

IFO:s kostnader har ökat de senaste fem åren, framförallt för insatser till barn och unga och personer med missbruk. Den aktuella ekonomiska situationen i kommunerna och förväntat ökade kostnader för ekonomiskt bistånd kommer att aktualisera behovet av prioriteringar.

Kostnaderna för institutionsvård har minskat under femårsperioden för barn och unga, men ökat något för vuxna med missbruk. Andelen barn och unga i dygnsvård har inte minskat, men fler av dem placeras i familjehem och något färre på institution.

I missbruks- och beroendevården finns stora regionala skillnader. Var man bor spelar stor roll för möjligheten att få kvalificerad vård och behandling. Antalet tvångsvårdade vuxna och unga vuxna fortsätter att öka, liksom antalet personer som får läkemedelassisterad behandling.

År 2007 fick 4,1 procent av befolkningen ekonomiskt bistånd. Det är den lägsta nivån sedan 1980, men behovet väntas öka med en svår arbetsmarknadssituation. Det gäller särskilt unga och personer med utländsk bakgrund, som har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden. Mer än hälften av biståndsmottagarna är utrikes födda och en hög andel unga vuxna får ekonomiskt bistånd. Det långvariga biståndsmottagandet ökade något under 2007.

För att motverka hemlöshet är det viktigt med samverkan, med tydliga mål, mandat, ledning och roller. Sju av tio kommuner har bostäder med andrahandskontrakt, med tillsyn och särskilda villkor för hemlösa personer.

Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnar våld och män som utövar våld utvecklas, men det saknas fortfarande kunskap och kompetens, bl.a. om hur man ska upptäcka våld. Det saknas ofta barnperspektiv och dokumentationen har brister. Boende till skydd och stöd för våldsutsatta med särskilda behov saknas, särskilt för kvinnor med missbruk.

Några utmaningar i IFO:s arbete med missbruksfrågor är att identifiera föräldrars missbruk, hitta vägar att arbeta förebyggande och med tidig upptäckt samt att finna verksamma insatser för unga med missbruk. Missbruk hos föräldrar uppmärksammas sällan inom familjerätten. I olika undersökningar uppskattas att minst en tredjedel av dem som får ekonomiskt bistånd har missbruksproblem. Det behövs mer samverkan inom IFO:s olika områden kring personer med missbruk.

Inledning

Missbruk och beroende årets tema

Det pågår en stark utveckling inom missbruks- och beroendevården. I år görs en fördjupning i lägesrapporten som belyser hur frågor om missbruk kommer in i IFO:s olika områden.

Under 2000-talet har alkoholkonsumtionen nått en ny och högre nivå, även om den inte har ökat under de senaste åren. Flera undersökningar pekar på en ökning av andelen storkonsumenter av alkohol sedan 1990-talet [1]. Ökningarna gäller både män och kvinnor i de flesta åldersgrupper. Dessutom har antalet berusningstillfällen ökat de senaste tio åren. Konsumtionen bland unga har ökat markant under de senaste decennierna, även om bilden är sammansatt, med fler som inte dricker samt större konsumtion bland dem som dricker.

De eventuella konsekvenserna av en hög alkoholkonsumtion berör många delar av IFO:s arbete. Det finns en risk för ökat beroende. Vad innebär ökningen för föräldraskap och barns uppväxtmiljö, för ungdomars alkoholvanor samt för risken för ökat våld? I de yngre åldrarna håller könsskillnaderna i drickandet på att suddas ut – flickor dricker i samma utsträckning som pojkar. Vad betyder det för flickor idag och för den framtida utvecklingen?

Såväl illegala som legala droger är lättillgängliga. Nya droger och mönster sprids snabbt i ungdomskretsar. Många vill bara testa, men inte minst de som redan har en problematisk situation eller mår psykiskt dåligt riskerar att fastna. Det finns ibland en naivitet som gör att unga prövar livsfarliga droger. Det finns också vissa tecken på en liberalare attityd till droger, även i föräldragenerationen. Frågor som diskuteras är hur IFO ska kunna se utvecklingen och – i samverkan med andra – förebygga, samt hur IFO ska kunna upptäcka riskungdomar och erbjuda tidiga insatser.

I en allt mer specialiserad individ- och familjeomsorg behöver det finnas goda kanaler mellan olika verksamheter och kompetensområden. Hur uppmärksammas missbruksfrågor inom t.ex. familjerätten eller i arbetet med ekonomiskt bistånd? Hur uppmärksammas barns behov inom missbruksenheter? I vad mån arbetar man i ungdomsvården med såväl den unges hela livssituation som missbruket i sig? Rapporten ger inga svar på dessa frågor, men belyser några av dem, grundat på samtal med företrädare för IFO i fokusgrupper, på uppgifter från länsstyrelsernas tillsyn och i statistiken, genom en enkätundersökning samt aktuella rapporter.

Hur arbetar IFO utifrån etnisk bakgrund?

Regeringen vill sätta fokus på vilken kunskap IFO behöver i arbetet med personer med annan etnisk bakgrund och nationella minoriteter, bl.a. i ett uppdrag till Socialstyrelsen som ska redovisas i juni 2010. Det rör hur IFO

arbetar med personer där kulturell bakgrund, brister i kunskap om det svenska samhället eller i svenska språket är en utmaning.

De fem svenska nationella minoriteterna är romer, judar, sverigefinnar, tornedalingar och samer [2]. Det är inte tillåtet att registrera människor utifrån etnicitet eller ursprung, varför det inte är möjligt att säga hur många personer som tillhör minoriteterna, eller att veta om det förekommer någon form av diskriminering, t.ex. inom IFO:s områden. Det finns skillnader mellan grupperna, och naturligtvis även inom dem, varför det är vanskligt att göra generaliseringar. Samer, judar, sverigefinnar och tornedalingar är till stor del integrerade i det svenska samhället. FN:s specialrapportör om rätten till bästa möjliga fysiska och mentala hälsa, professor Paul Hunt, påpekar dock i sin rapport om Sverige att samernas specifika hälsoproblem och behov inte blir belysta och tillgodosedda [3].

Till skillnad från övriga minoriteter lever romer i hög grad i ett utanförskap. En studie av omhändertaganden av romska barn som Socialstyrelsen gjorde år 2006 visade att socialtjänsten behöver utbildning i vad minoritetsstatus innebär och hur det kan påverka arbetet.

IFO:s arbetssätt med romer har varierat över åren. På 1970-talet tillsatte en del kommuner tjänster inom IFO som riktade sig enbart till den romska gruppen för att man ansåg att det behövdes särskild kulturell kompetens för att kunna möta gruppens behov. Personer i dessa funktioner arbetade ofta nätverksinriktat med de romska familjer som var i behov av stöd. Under mitten av 1980-talet kritiserades dessa särlösningar. Många kommuner avslutade det riktade arbetet och hänvisade romer i behov av stöd till den ordinarie IFO-verksamheten. Några kommuner har även nu särlösningar för romer, men det är en verksamhet som ofta ifrågasätts och därför riskerar att inte bli långsiktig. Exempel på riktade insatser som pågår är familjestöd som ges av utbildade romer till romer i behov av stöd. I ett projekt arbetar en romsk s.k. brobyggare för att stärka unga romska föräldrar i sin föräldraroll, bl.a. genom COPE-programmet för föräldrautbildning. Syftet är bl.a. att skjuta upp barnens alkoholdebut.

Regeringen har tillsatt Delegationen för romska frågor, som har till uppgift att bl.a. främja och stödja kommunala projekt och verksamheter som syftar till att förbättra romers situation samt att i december 2009 redovisa ett betänkande med förslag på åtgärder.

Nästa lägesrapport kommer förhoppningsvis att ta upp mer om dessa frågor.

Kostnader

- Kostnaderna för IFO har ökat de senaste fem åren, fr.a. för öppna insatser till barn och unga och till personer med missbruk.
- Kostnaderna för institutionsvård för barn och unga har minskat sedan 2003, men ökat något 2007 jämfört med 2006. För vuxna med missbruksproblem har motsvarande kostnader varierat under perioden 2003–2007 och låg 2007 på ungefär samma nivå som 2003.
- Kostnaderna för ekonomiskt bistånd totalt sett har inte förändrats i någon större utsträckning sedan 2003, men ekonomiskt bistånd till flyktinghushåll har ökat kraftigt under år 2007.
- Det är stora variationer i kostnader mellan olika kommuner, även med hänsyn tagen till befolkningsstruktur.

IFO:s kostnader har ökat sedan 2003

IFO:s andel var 20 procent av socialtjänstens kostnader år 2007, ungefär samma som 2003. IFO:s kostnader var 31 248 miljoner kronor år 2007, en ökning med 8,1 procent sedan 2003 (se tab. 1). (Ökningen kan vara större, i definitionen av kostnader för insatser till övriga vuxna ingår fr.o.m. 2007 inte längre insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning.)

Det går inte att i statistiken särskilja kostnader som rör missbruk inom IFO:s alla områden, vilket vore önskvärt. Utveckling av statistiken pågår.

Tabell 1. Kostnadsutveckling för individ- och familjeomsorgens verksamheter 2003–2007. 2007 års priser. Miljoner kronor samt procent.

	2003	2004	2005	2006	2007	Förändring 2003–2007, mnkr	Förändring 2003–2007, %
Insatser till barn och unga	10 762	11 594	11 657	11 574	12 241	1 479	14
Insatser till vuxna m. missbruksproblem	4 639	4 911	4 848	5 065	5 354	715	15
Övr. insatser vuxna ^a	1 545	1 493	1 615	1 373	1 216	-330	-21
Ekonomiskt bistånd ^b	11 521	11 773	11 517	11 781	11 855	334	2,9
Familjerätt och familjerådgivning	444	490	509	540	583	138	31
IFO totalt^{ab}	28 912	30 261	30 146	30 333	31 248	2 336	8,1

^a Ny definition. Kostnader för insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning ingår inte fr.o.m. 2007.

^b I kostnaden för ekonomiskt bistånd ingår även en beräknad kostnad för ekonomiskt bistånd till flyktinghushåll som i räkenskapsammandraget redovisas under Flyktingmottagande.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2003–2007, SCB och Ekonomiskt bistånd Årsstatistik 2003–2007, Socialstyrelsen.

Insatser till barn och unga står för 39 procent av IFO:s kostnader. Kostnaderna ökade med 14 procent åren 2003–2007. De ökade mest mellan 2003 och 2004 och från 2006 till 2007, däremellan var de relativt konstanta.

Kostnaden för ekonomiskt bistånd har 2003–2007 ökat med 2,9 procent till 38 procent av IFO:s kostnader (inkl. flyktinghushåll och administration).

Kostnaderna för insatser till vuxna med missbruksproblem var 17 procent av IFO:s kostnader år 2007. De har ökat med 15 procent 2003–2007.

Övriga insatser till vuxna stod för 3,9 procent av kostnaderna 2007, en minskning med 21 procent sedan 2003, troligen pga. tidigare nämnda definitionsändring.

Familjerätt och familjerådgivning kostade 583 miljoner kronor år 2007, 1,9 procent av IFO:s kostnader, och har ökat sedan 2003 med 31 procent.

Insatser till barn och unga

Kostnaderna för institutionsvård har gått lite upp och ner under den senaste femårsperioden (se tab. 2). De var 4 511 miljoner kronor år 2007, en minskning med 3,2 procent sedan 2003. Kostnaderna för familjehemsvård var 3 794 miljoner kronor, en ökning med 23 procent åren 2003–2007. Kostnaderna för öppna insatser har ökat med 31 procent sedan 2003 och var 3 936 miljoner kronor år 2007.

Tabell 2. Kostnadsutveckling för insatser till barn och unga 2003–2007. 2007 års priser. Miljoner kronor samt procent.

	2003	2004	2005	2006	2007	Förändring 2003–2007, mnkr	Förändring 2003–2007, %
Institutionsvård	4 660	4 832	4 448	4 336	4 511	-150	-3,2
Familjehemsvård	3 090	3 381	3 489	3 593	3 794	704	23
Öppna insatser	3 011	3 382	3 720	3 644	3 936	924	31
Ind. beh.prövad öppenvård	2 022	2 318	2 593	2 497	2 644	622	31
Övriga öppna insatser	989	1 064	1 127	1 148	1 292	303	31
Totalt	10 762	11 594	11 657	11 574	12 241	1 479	14

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2003–2007, SCB.

Insatser till vuxna med missbruk eller beroende

Kostnaderna för öppna insatser har ökat med 29 procent sedan 2003, och var 2 946 miljoner kronor under 2007 (se tab. 3). Kostnaderna för boende har ökat med 34 procent sedan 2003, till 1 427 miljoner kronor 2007. För övriga öppna insatser var kostnaderna 768 miljoner kronor under 2007, en ökning med 38 procent. Även kostnaderna för individuellt behovsprövad öppenvård har ökat och var 751 miljoner kronor 2007. Kostnaderna för institutionsvård för vuxna med missbruksproblem har ökat med 1,6 procent sedan 2003, till 2 259 miljoner kronor år 2007. Kostnaderna för familjehemsvård var 149 miljoner kronor, en ökning med 11 procent sedan 2003.

Tabell 3. Kostnadsutveckling för insatser till vuxna med missbruksproblem 2003–2007. 2007 års priser. Miljoner kronor samt procent.

	2003	2004	2005	2006	2007	Förändring 2003–2007, mnkr	Förändring 2003–2007, %
Institutionsvård	2 224	2 193	2 044	2 167	2 259	35	1,6
Familjehemsvård	134	140	138	151	149	14	11
Öppna insatser	2 280	2 578	2 666	2 746	2 946	666	29
Bistånd som avser boende	1 069	1 271	1 252	1 280	1 427	359	34
Ind. beh.prövad öppenvård	657	698	698	744	751	94	14
Övriga öppna insatser	555	609	716	722	768	213	38
Totalt	4 639	4 911	4 848	5 065	5 354	715	15

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2003–2007, SCB.

Ekonomiskt bistånd

Kommunernas kostnader för ekonomiskt bistånd har ökat med 2,9 procent sedan 2003 (se tab. 4). Under 2007 var de totala kostnaderna 11 855 miljoner kronor, 8 858 miljoner kronor för utbetalt bistånd och 2 997 miljoner kronor för administration och andra kostnader. Både kostnaderna för utbetalt bistånd och administration har ökat något sedan 2003.

Kostnaderna för biståndshushåll exklusive flyktinghushåll har minskat sedan 2003, både för utbetalt bistånd och administration. Kostnader för flyktinghushåll har ökat med 30 procent för utbetalt bistånd och 70 procent för administration.¹ Ökningen har framförallt skett under år 2007.

Tabell 4. Kostnadsutveckling för ekonomiskt bistånd 2003–2007. 2007 års priser. Miljoner kronor samt procent.

	2003	2004	2005	2006	2007	Förändring 2003–2007, mnkr	Förändring 2003–2007, %
Biståndshushåll exkl. flyktinghushåll ^{ab}	9 855	10 315	10 221	9 987	9 587	-268	-2,7
Utbetalt bistånd ^a	7 222	7 783	7 781	7 412	7 005	-217	-3,0
Administration m.m. ^b	2 633	2 532	2 440	2 575	2 582	-51	-1,9
Flyktinghushåll ^{ac}	1 666	1 458	1 296	1 794	2 268	602	36
Utbetalt bistånd ^a	1 422	1 259	1 112	1 490	1 853	431	30
Administration m.m. ^c	245	199	183	304	415	170	70
Totalt^{abc}	11 521	11 773	11 517	11 781	11 855	334	2,9
Utbetalt bistånd ^a	8 643	9 042	8 893	8 903	8 858	215	2,5
Administration m.m. ^{bc}	2 878	2 731	2 623	2 879	2 997	119	4,1

^a Uppgifter från Ekonomiskt bistånd Årsstatistik 2003–2007, Socialstyrelsen.

^b Beräknad uppgift: Ekonomiskt bistånd (rad 575 i RS) – Utbetalt bistånd exkl. flyktinghushåll.

^c Beräknad uppgift: Administrationskostnad per biståndshushåll exkl. flyktinghushåll.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2003–2007, SCB och Ekonomiskt bistånd Årsstatistik 2003–2007, Socialstyrelsen.

¹ Både antalet flyktinghushåll och den genomsnittliga administrationskostnaden har ökat.

Standardkostnad och kostnadsskillnader

Hälften av kommunerna hade 2007 en mer än sex procent högre faktisk kostnad än den förväntade, med hänsyn tagen till kommunstruktur.² Den skillnaden tenderar att öka. I mediankommunen låg kostnaden sex procent över standardkostnad år 2007, medan den år 2003 låg 0,7 procent under.

Kostnaden för IFO var i mediankommunen 3 000 kronor per invånare 0–64 år under 2007, en ökning med 16 procent i fasta kostnader jämfört med 2003. Denna kostnad varierade i olika kommuner mellan 2 050–4 200 kronor. Variationsvidden har varit ungefär densamma varje år sedan 2003.

För insatser till vuxna med missbruksproblem har kostnaden per invånare 21–64 år ökat i mediankommunen under 2006 och 2007, till 700 kronor år 2007. Spridningen mellan kommunerna har också ökat, och var 350–1 150 kronor per invånare i åldersgruppen.

Resursfördelning, effektivisering och prioritering

Av en enkät till socialcheferna i alla kommuner framgår att allt fler kommuner ingår i regionala nätverk för ömsesidiga jämförelser och erfarenhetsutbyte och 65 procent av kommunerna gör nyckeltalsjämförelser inom socialtjänsten [4].³ I resursfördelningen konkurrerar socialtjänsten främst med andra kommunala verksamheter, snarare än mellan olika målgrupper eller delar av socialtjänsten. Kostnader minskas framför allt genom översyn av arbetsmetoder, styrning och organisation och inte lika mycket genom nedskärningar (vilket dock förekommer, oftare i små kommuner).

Ungefär 65 procent av socialcheferna anser att det går att effektivisera socialtjänsten, medan ca tio procent anser att man redan arbetar så effektivt som det går. Flest ser möjligheter till effektiviseringar inom IFO (ca 25 procent av socialcheferna), särskilt i stora kommuner. För effektiviseringar anser socialcheferna att det framför allt behövs mer tid för verksamhetsuppföljning, långsiktighet och samverkan med andra huvudmän. Hälften av socialcheferna i kommuner med flest ofärdsproblem inom barn- och ungdomsvården⁴ ser möjligheter till effektivisering inom socialtjänsten som helhet, mot 60–70 procent i övriga kommuner. Samtidigt anser de i högre grad än andra att det går att effektivisera just IFO.

I kommuner med höga kostnader för IFO anser socialchefer att utvecklat ledarskap och styrning är en viktig förutsättning att arbeta mer effektivt. De anger också i högre grad än andra att personalförstärkning är nödvändig.

Verksamheter för barn och unga, öppna insatser och förebyggande arbete anses av socialcheferna vara högprioriterade inom kommunstyrelserna. Kommuner med hög andel barn och unga prioriterar öppna insatser i högre grad än andra.

² S.k. standardkostnad är en fiktiv kostnad, den kostnad som kommunen skulle ha om den bedrev verksamheten på en genomsnittlig ambitions- och effektivitetsnivå, med hänsyn tagen till kommunens strukturella förhållanden.

³ 80 procent av kommunerna och 59 procent av kommun- eller stadsdelsnämnderna svarade.

⁴ Indikatorer: andel elever i årskurs 9 som inte uppnått målen, andel personer utskrivna från slutenvård med alkohol- och narkotikarelaterad diagnos samt andel anmälda brott per invånare.

Insatser för barn och unga

- Kvaliteten och strukturen i utredningarna har blivit bättre och barn och unga kommer mer till tals. Länsstyrelserna konstaterar i sin tillsyn att förbättringarna till stor del kan tillskrivas BBIC-systemet, som är på väg att införas eller prövas i nästan alla kommuner.
- Kostnaderna för institutionsvård för barn och unga ligger kvar på samma nivå som 2006, men har sedan 2003 minskat med 3,2 procent. Andelen barn och unga i dygnsvård (i familjehem eller på institution) har dock inte minskat.
- Kommunerna har enligt länsstyrelsernas tillsyn ett rikt utbud av öppna insatser. Även mindre kommuner som samverkar med andra har ofta möjlighet att erbjuda detta.
- Några utmaningar inom missbruksområdet är att identifiera föräldrars missbruk, att hitta vägar att arbeta förebyggande och med tidig upptäckt tillsammans med andra verksamheter samt att utveckla verk samma insatser för unga med missbruk.

Bättre utredningar och bedömningar av behov

Allt fler anmälningar, men olikheter i bedömningarna

Anmälningarna om barn som far illa eller riskerar att fara illa har ökat markant under de senaste åren, enligt länsstyrelsernas tillsyn och olika studier. Det kan ev. bero på att barns situation uppmärksammas mer eller ökad benägenhet att anmäla. Enligt länsstyrelserna är det anmärkningsvärt stora skillnader mellan kommuner och stadsdelar i hur stor andel av anmälningarna som leder till utredning. I det s.k. barnuppdraget, en nationell tillsyn av barn- och ungdomsvården åren 2006–2007, har de också kritiserat att det kan ta oacceptabelt lång tid innan bedömning görs om anmälan ska leda till utredning samt att det förekommer att alarmerande signaler inte utreds [5].

Mer strukturerade utredningar med tydligt barnperspektiv

Allt fler kommuner inför BBIC-systemet (Barns Behov i Centrum, ett strukturerat system för utredning, planering och uppföljning av barns och ungas behov av stöd och skydd), och det pågår en intensiv kompetensutveckling kring utredningar om barn och unga. Återkommande utbildningsinsatser, 25 regionala samordnare och ett 30-tal nätverk av kommuner för utbyte av erfarenheter bidrar till att höja kvaliteten. Ca 260 kommuner har prövolicens och ett 20-tal ordinarie licens. Enligt länsstyrelserna har utredningarna blivit mer strukturerade och har ett tydligare barnperspektiv [5]. Även frivilligorganisationer menar att BBIC-systemet bidragit till bättre utredningar.

Stabilitet och kompetens i myndighetsutövningen – en utmaning

Tillsynen i barnuppdraget (se föregående sida) visar att det är stora skillnader i utbud, kvalitet och säkerhet i barn- och ungdomsvården i kommunerna. Kvalitetsbristerna beror enligt länsstyrelserna ofta på att det saknas struktur i planering och uppföljning av verksamheten [5].

Ett bekymmer för barn- och ungdomsvården som lyfts fram i tidigare lägesrapporter är att det ofta är svårt att upprätthålla stabilitet och därmed kompetens i myndighetsutövningen. Länsstyrelserna i flera län konstaterar en stor omsättning på socialsekreterare och svårigheter att rekrytera personal med adekvat erfarenhet och kompetens. Flera studier visar att det inte är ovanligt att nyexaminerade socionomer arbetar med utredningar om barn och unga, att de flesta inte stannar så länge att de hinner bli erfarna och att personalomsättningen inom myndighetsutövningen är större än inom behandlingsverksamheter [6, 7]. Omsättningen tycks också vara högre än inom andra delar av IFO [8]. Mer stressade handläggare, byte av handläggare och brist på kompetens är iakttagelser från några frivilligorganisationer.

Frågan om rörlighet och stabilitet i arbetsgrupperna är inte enkel, många faktorer spelar in. Det är inte givet att en arbetsgrupp utan personalomsättning fungerar bäst, samtidigt som en viss kontinuitet är en förutsättning för att utveckla metoder och ett genomtänkt arbetssätt. Ur barns och familjers synvinkel är personalkontinuitet av stor betydelse, sannolikt även för samarbetspartners. Socialstyrelsen publicerade 2007 en rapport om erfarenhet, utbildning och rörlighet i arbetsgrupper som utreder ärenden om barn och unga [9]. Kartläggningen visade att det fanns en förhållandevis stor rörlighet, två tredjedelar av socialsekreterarna hade arbetat kortare tid än tre år i sin nuvarande arbetsgrupp. Socialstyrelsen har hösten 2008 följt upp frågan om rörlighet i arbetsgrupperna i en snabbenkät till regionala samordnare inom BBIC, vilka i sin tur har fört frågan vidare i sina regioner. Resultatet baseras på cirka 85 kommuner från hela landet, mer än 100 arbetsgrupper (ej representativt). Ungefär hälften säger att rörligheten i arbetsgruppen är som vid föregående mätning eller större. Det kan ha naturliga förklaringar, som föräldraledighet och pensionering, men också arbetsbelastning eller omorganisation, då personal aktivt söker sig bort. Det finns arbetsgrupper som beskriver situationen som i det närmaste ohanterlig, medan andra med hög rörlighet ändå ser att det är möjligt att bedriva en god verksamhet. Samtidigt har omkring hälften av dem som svarat nu en högre stabilitet i arbetsgruppen. Några menar t.o.m. att de har för hög stabilitet, det är svårt att föra in ny kunskap i arbetsgruppen och göra förändringar i arbetssättet. De allra flesta som nu har en högre grad av stabilitet beskriver det dock i positiva termer – lugn och ro och möjlighet att fördjupa arbetssätt och rutiner.

Rikt utbud av öppna insatser

Länsstyrelsernas nationella tillsyn visar att det finns ett rikt och varierat utbud av öppna insatser i barn- och ungdomsvården inom IFO. Även små kommuner kan ofta erbjuda sådana genom att samarbeta med andra kommuner och med andra verksamheter inom kommunen.

En stor andel av de öppna insatserna erbjuds som service, utan utredning och beslut om bistånd. Andelen varierar från en begränsad andel till närmare hälften mellan olika kommuner enligt Socialstyrelsens enkät till länsstyrelserna år 2008, och flera uppger att den är ökande [10].

Det saknas för närvarande nationell statistik över dessa insatser. Ett utvecklingsarbete pågår vid Socialstyrelsen som bl.a. syftar till att på sikt bättre kunna redovisa och följa utvecklingen för alla insatser inom barn- och ungdomsvården, även dem som erbjuds som service.

Öppenvårdsinsatser och metoder för tidiga insatser

Ungefär 28 300 barn och unga hade beslutade öppenvårdsinsatser den 1 november 2007, 55 procent pojkar och 45 procent flickor [11]. Antalet, andelen barn och unga med insatser i befolkningen samt köns- och åldersfördelningen har varit i stort sett oförändrad under de senaste fem åren. Det är vanligast med öppenvårdsinsatser i åldrarna 13–17 år. Även fördelningen mellan de olika typer av insatser som specificeras i statistiken (behovsprövat personligt stöd, kontaktperson/kontaktfamilj och strukturerade behandlingsprogram) var ungefär densamma som tidigare år.

UPP vid Socialstyrelsen⁵ har inventerat vilka metoder som används i kommuner och landsting när det gäller förebyggande arbete, tidig upptäckt och tidiga insatser för barn och unga som riskerar att utveckla psykisk ohälsa. Syftet är bl.a. att få veta vilka metoder och arbetssätt som används inom socialtjänstens öppna verksamheter. Inom socialtjänsten identifierades ett 80-tal metoder. De vanligaste är manualbaserade. Den metod som flest kommuner rapporterar är ART⁶ (30 procent av kommunerna). Andra vanliga metoder är föräldrastödsprogrammen COPE och KOMET (18 respektive 15 procent av kommunerna). Marte Meo, en samspelsträning för barn och föräldrar, används av ca 17 procent av kommunerna. De vanligaste metoderna för gruppverksamhet för barn riktar sig till barn till föräldrar med missbruk eller barn som bevittnat våld.

Dygnsvården ökar inte, men minskar inte heller

Satsning på hemmaplanslösningar – ideologi eller ekonomi?

Det finns sedan en tid i kommunerna starka ambitioner att i mesta möjliga mån hitta alternativ till placeringar i dygnsvård och till placeringar utanför den egna kommunen, både för att finna bättre stöd- och behandlingsformer och av ekonomiska skäl. Men för vissa allvarliga svårigheter är det svårt att hitta alternativ till dygnsvård, t.ex. då barn måste få skydd eller unga behöver komma ifrån sin miljö.

Även om satsningar på öppenvård som alternativ till främst institutionsplaceringar till stor del görs av ideologiska skäl, tyder en studie i fem kommuner i Uppsala län på att ekonomin är ett starkt politiskt incitament [12]. Behovet av mer intensivt arbete med hela familjen är ett starkt argument för

⁵ Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa, UPP-centrum, har i uppgift föra ut evidensbaserad kunskap och den utvärderade erfarenhet som finns när det gäller förebyggande insatser, tidig upptäckt och tidiga insatser till barn och unga.

⁶ Rapport under publicering. Förkortningar: ART Aggression Replacement Training, COPE Community Parent Education Program, KOMET Kommunikationsmetod.

insatser på hemmaplan. Ändå var de öppna insatserna för unga som i förtid ”tagits hem” från institutionsvård ofta inte tillfredsställande.

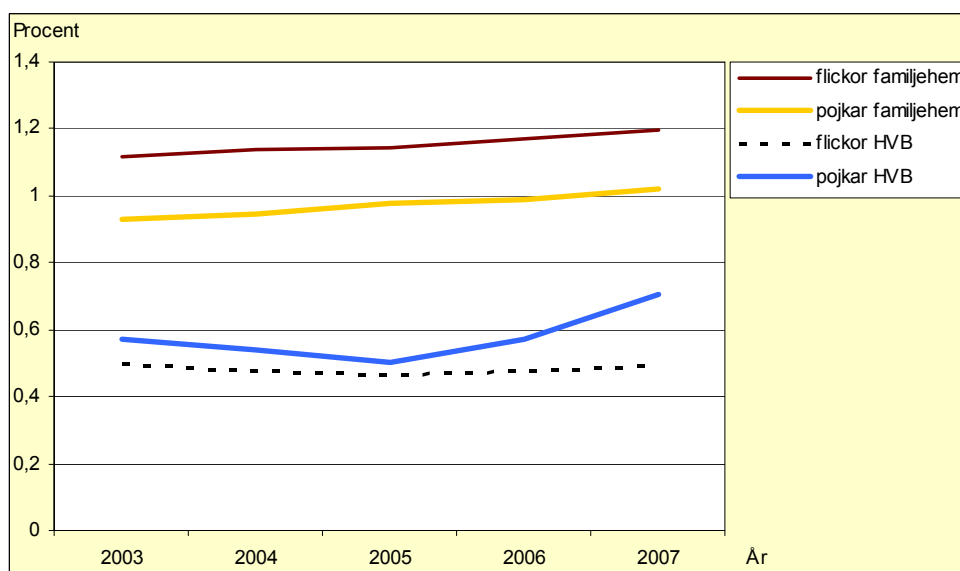
Kritik för att ekonomin påverkar placeringar har framförts från några frivilligorganisationer. Att kostnaderna har stor betydelse visar även det s.k. MVG-projektet, Motverka våld och gäng, inom Statens institutionsstyrelse (SiS) [13]. SiS subventionerade platser på särskilda ungdomshem för 15 kommuner inom ramen för projektet. Dessa kommuner placerade drygt 50 procent fler ungdomar, jämfört med tidigare och jämfört med kommuner som inte fick någon subventionering [13]. Närmare 500 ungdomar har ingått i projektet och en första uppföljning visade att samarbetet mellan ungdomarna, deras familjer, socialtjänsten och de av SiS utsedda samordnarna hade förbättrats [14]. Hälften av ungdomarna med tidigare förankring i destruktiva gäng bedömdes ha etablerat ett mer normalt socialt umgänge.

Ökning i familjehem och viss minskning av institutionsvård

Även inom dygnsvården (familjehem eller institution, HVB) är det något fler pojkar än flickor, 53 respektive 47 procent. Merparten är ungdomar. De flesta, ca 73 procent av dem som hade dygnsvård 1 november 2007, är placerade i familjehem. De flesta med dygnsvård fick vård enligt socialtjänstlagen, dvs. frivilliga insatser (70 procent). År 2007 var det ca 5 900 nytilkomna barn och unga som fick dygnsvård. Antalet nytilkomna i dygnsvård har ökat något för varje år under de senaste fem åren. Det kan bero på ökningen av ensamkommande flyktingbarn.

Andelen unga i befolkningen i familjehem har ökat något under 2000-talet (se fig. 1). Ökningen för pojkar i HVB förklaras till stor del av att fler ensamkommande barn och unga kommit till Sverige (se mer nedan).

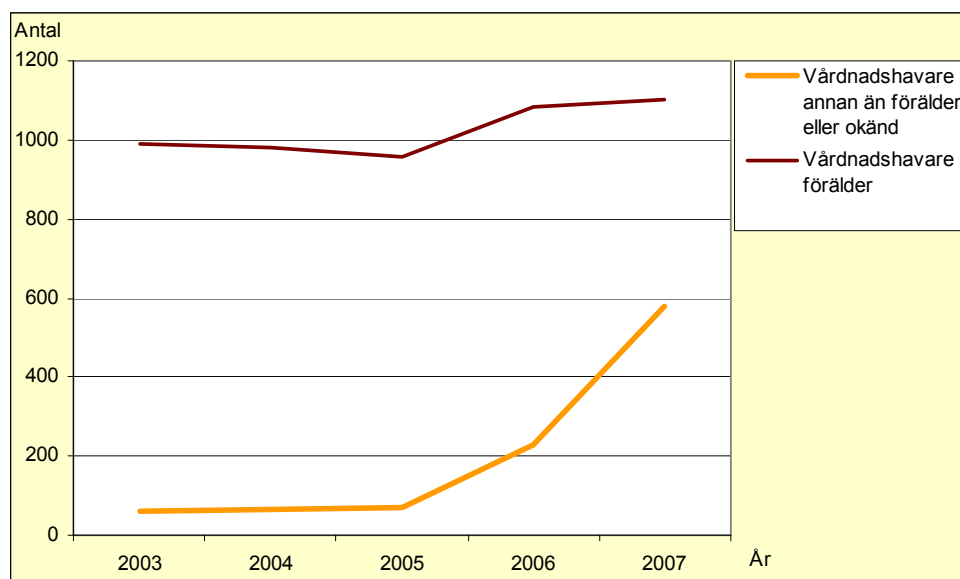
Figur 1. Andel unga 13–17 år som någon gång under respektive år var placerade i familjehem resp. HVB år 2003–2007. Procent.



Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen.

Antalet ensamkommande barn och unga har ökat kraftigt under senare år, och därmed IFO:s åtaganden. Under 2006 kom 820 ensamkommande barn och unga, år 2007 var de 1 264 och år 2008 sökte 1510 ensamkommande barn asyl (främst pojkar i äldre tonåren). Flertalet av dessa unga placeras på ett särskilt boende för ensamkommande barn, varför denna ökning syns tydligt i HVB-statistiken över *antalet* nyplacerade pojkar i tonåren (se fig. 2).

Figur 2. Antal pojkar 13–17 år med påbörjad placering i HVB 2003–2007. Jämförelse mellan pojkar med och utan vårdnadshavare (eller med annan vårdnadshavare än förälder), dvs. t.ex. ensamkommande flyktingbarn.



Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen.

Barn och unga behöver bli mer delaktiga i HVB-vården

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har under 2006–2008 genomfört en nationell tillsyn av samtliga enskilda och offentliga hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga [15].⁷ 308 av 363 granskade HVB behövde förbättras i förhållande till uppsatta kriterier, men det mesta var inte av allvarlig karaktär. Viktiga förbättringsområden var barnens möjligheter till delaktighet i behandlingen, ledningens och personalens utbildningsnivå, dokumentation, uppföljning och utvärdering. Även rutiner för säkerhet för att förebygga och förhindra att barn utsätts för övergrepp av andra barn, personal eller utomstående behövde förbättras. Det fanns vidare brister i IFO:s handläggning när det gällde att göra barnet delaktigt vid placeringen, att överlämna utredning och vårdplan till HVB samt att följa upp varje barn. Offentligt drivna verksamheter hade fler förbättringsområden än privata.

Länsrätts- och kammarrättsdomar om LVU

Socialstyrelsen har gått igenom domar enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) från år 2008. Underlaget var domar från fyra länsrätter, samtliga kammarrättsdomar samt en fördjupad granskning av

⁷ Tillsynen avser inte verksamheter inom Statens institutionsstyrelse.

kammarrättsakter i mål där rätten avslagit socialnämndens ansökan. Jämförelser görs också med en liknande studie år 1993.⁸ De studerade länsrätterna tycks oftare bifalla nämndens ansökan när det gäller brister i hemmiljön år 2008 än 1993. Det finns fortfarande olikheter mellan de fyra länsrätterna i andelen ansökningar som leder till bifall. Samstämmigheten mellan kammarrätt och nämnd har blivit större nu jämfört med 1993. Andelen bifall på nämndens överklagande var 28 procent år 1993 och 44 procent 2008. Nämnderna klagar dock fortfarande sällan. Nämnden får bifall på sitt överklagande i större utsträckning än vårdnadshavare.

Missbruksfrågor inom barn- och ungdomsvården

Föräldrars riskbruk och missbruk behöver uppmärksammas

Alkoholbruket och riskkonsumtionen bland vuxna har ökat kraftigt under det senaste decenniet. Det gäller även föräldrar, vilket kan antas få konsekvenser för barns och ungas uppväxtmiljö. Många barn växer upp i hushåll med problematiskt bruk av alkohol och narkotika. Hur många de är varierar enligt olika källor och beroende på var man sätter gränsen för vad som ska anses problematiskt [16]. Ca 20 000 barn har föräldrar som vårdats inom slutna sjukhusvård med alkohol- och/eller narkotikarelaterad diagnos. Antalet barn som lever i familjer där föräldrarna har en lägre grad av missbruk eller ett riskbruk av alkohol är mer osäkert, liksom vad det innebär för barnen, eftersom risken för hälsoproblem påverkas av även andra faktorer. Folkhälsoinstitutet konstaterar att den sammantagna bilden av barnets situation är avgörande för barnets hälsa och utveckling.

För andra former av missbruk eller beroende hos föräldrar finns inte heller några säkra uppgifter. Läkemedelsmissbruk t.ex. kan få väl så allvarliga konsekvenser för föräldraskapet, men är ofta ännu mer dolt och svårare att upptäcka. Enligt läkemedelsregistret var det år 2006 ca 7700 föräldrar till barn 0–17 år som regelbundet använde neuroleptika (uttag minst tre gånger under året, i början, mitten och slutet), ca 34 500 som tog lugnande medel och närmare 106 000 föräldrar som regelbundet använde antidepressiva mediciner.

Länsstyrelsen i Örebro län konstaterar att IFO i en del utredningar helt har förbisett uppgifter om föräldrars alkohol- och drogvänor. I utredningar som inletts till följd av föräldrarnas missbruk finns vidare en tendens att IFO fokuserar på föräldrarnas behov och inte på barnets [17].

En genomgående uppfattning i Socialstyrelsens fokusgruppsdiskussioner⁹ var att det är svårt att tidigt hitta föräldrar som missbrukar, IFO kommer ofta in först när missbruket är långt gånget. Det är inte ens säkert att man upptäcker missbruk i familjer som får insatser. Man menade att IFO i utredningar borde ställa systematiska frågor till alla föräldrar för att fånga upp riskbruk/missbruk samt ha fungerande rutiner för samarbete mellan barn- och familjeenheter och missbruksenheter. IFO tänker sällan i termer av föräldrars omsorgssvikt och ev. missbruk när det gäller unga som anmäls på

⁸ Rapport under publicering.

⁹ Två fokusgrupper med socialsekreterare, utvecklingssekreterare eller enhetschef från totalt elva kommuner av olika storlek från olika delar av landet, som Socialstyrelsen bjudit in till diskussioner hösten 2008.

grund av eget beteende. Detta bekräftas i en studie av anmälningar. Medan skälen för anmälan för en fjärdedel av barnen var föräldrars missbruk, saknades missbruk hos förälder helt som skäl för anmälan rörande unga [18].

Allt fler kommuner har verksamhet för barn i missbruksfamiljer

De flesta, och allt fler, kommuner har verksamheter (oftast i grupp) som specifikt riktas till barn och unga som växer upp i missbruksmiljöer. Det visar genomgångar som både Folkhälsoinstitutet och IOGT/NTO nyligen gjort [28, 29].

Alkohol och droger bland unga – polarisering, snabba trender

Ungas konsumtion av alkohol och illegala droger har fördubblats under de senaste 15–20 åren [19]. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN:s) trendundersökning tyder på att andelen unga under 19 år som berusar sig har ökat. Andelen 16–29-åringar med riskabla alkoholvanor är 26 procent bland kvinnorna och 35 procent bland männen [20]. I åldrarna 15–19 år har andelen som vårdats för alkoholförgiftning ökat oroväckande under det senaste decenniet [21].

Samtidigt har alkoholkonsumtionen hos flickor och pojkar i årskurs nio sjunkit de senaste två åren och andelen som *inte* dricker alkohol har ökat till över 30 procent (mot ca 20 procent under 1990-talet) [22].

Det är stora lokala variationer i missbruksmönster och spridning av olika droger, och de kan förändras snabbt. Cannabis är den vanligaste drogen bland unga, därefter amfetamin och ecstasy och illegalt använda läkemedel (oftast sömnmedel/lugnande medel av bensodiazepintyp). Det finns tecken på en liberalare hållning till droger bland unga. De använder tabletter i berusningssyfte i allt högre grad och det finns mer blandmissbruk, med t.ex. alkohol, tabletter, cannabis och subutex [20].

Även i fokusgrupperna kom det upp en oro för ett ökat läkemedelsmissbruk bland ungdomar. Ungar kan ta tabletter utan att veta vad de innehåller, ofta i kombination med alkohol. Sniffning är ett svårhanterligt problem som på vissa håll blivit vanligare igen.

Flickor dricker mer än tidigare

Skillnaden mellan pojkars och flickors alkoholkonsumtion minskar i de yngre åldrarna [1]. Bland 16–19-åringar var det lika vanligt med riskabla alkoholvanor bland pojkar och flickor, men hos unga vuxna (20–24 år) var det vanligare bland män [19]. Vid konsumtionstoppen runt 20–25-årsåldern är männens konsumtion mer än dubbelt så hög som kvinnornas [1]. Intrycket bland CAN:s rapportörer är att missbruket har ökat framförallt bland flickor – fler flickor dricker, fler yngre flickor dricker, fler dricker mer. Fler flickor söker också hjälp för sitt missbruk [20].

Samma tendens märks bland de unga som tas in på SiS särskilda ungdomshem. Medan de intervjuade pojkarnas skattade problem med missbruk legat på samma nivå har andelen flickor som anses ha sådana problem ökat sedan början av 2000-talet, och ligger nu på en högre nivå än pojkarnas [23].

I några av fokusgruppskommunerna hade andelen flickor som får insatser för missbruk ökat påtagligt. Där frågade man sig om orsaken är att missbruket faktiskt har ökat, om IFO nu börjat uppmärksamma flickors problem mer eller om det är så att man blir mer upprörd över flickors missbruk och därför är mer mån om att ge insatser.

Vilket ansvar har IFO?

Hur ska IFO kunna hålla sig à jour med den snabba utvecklingen på drogområdet för att inte ligga ”steget efter”? I fokusgrupperna togs upp att arbetet hela tiden måste anpassas till förändringarna, t.ex. vad gäller mönster för bruk och missbruk, vilka preparat som är aktuella och hur man ska upptäcka och möta problemen. I de deltagande kommunerna pågår en diskussion om hur IFO ska förhålla sig till bruket av droger som ännu inte är narkotikaklassade, t.ex. s.k. spice¹⁰ och svampar. Vad är IFO:s ansvar när ungdomar är påverkade av legala droger? På vilka grunder ska man agera? Någon menade att det inte är självklart att IFO ska lägga sig i vad unga prövar när det inte är olagligt och inte går att påvisa i drogtester. Andra ansåg att drogpåverkan, oavsett av vad, innebär en risk att fara illa och är en tillräcklig grund för att inleda utredning och därmed göra föräldrar uppmärksamma på problemet. Ofta finns även annat missbruk med i bilden.

IFO möter och arbetar även med andra slags missbruk med sociala konsekvenser, t.ex. spelmissbruk och datormissbruk. Här diskuteras fördelning av ansvar, t.ex. mellan IFO och barn- och ungdomspsykiatrien.

Viktigt att förebygga och upptäcka ungas missbruk tidigt

Folkhälsoinstitutets kunskapsgenomgång visar på samband mellan förhöjd alkoholkonsumtion hos unga och psykisk ohälsa, som depression, utagerande och självskadande beteende [24]. De förebyggande evidensbaserade metoder som rekommenderas är sådana som stärker skyddsfaktorer, social och emotionell träning samt föräldrastöd.

Många kommuner gör regelbundet egna drogvaneundersökningar för att följa utvecklingen. I några av de kommuner som deltog i fokusgrupperna användes undersökningarna för diskussioner om hur man ska satsa förebyggande, t.ex. särskilt i övergången mellan årskurs sju och åtta, då konsumtionen av alkohol ökar, samt efter första gymnasieåret, då fler prövar droger.

Även länsstyrelserna har i barnuppdraget beskrivit att IFO i många kommuner har alkohol- och drogförebyggande insatser [5]. Många kommuner har särskilda drogsamordnare. Av de statliga utvecklingsmedel som länsstyrelserna fördelade år 2007 gick ca 95 miljoner kronor till alkohol- och narkotikaförebyggande insatser, främst utbildning och samordnartjänster [25]. Fler kommuner har utvecklat sin organisation för det förebyggande arbetet, kommunernas alkohol- och narkotikapolitiska handlingsplaner har förbättrats, samarbetet med sjukvård, polis, frivilligorganisationer och näringsliv har utvecklats och fler förebyggande aktiviteter har genomförts [21].

Frivilligorganisationerna gör omfattande insatser på det förebyggande området, under år 2007 med 15 miljoner i statliga bidrag.

¹⁰ Kryddblandningar som röks och har cannabisliknande effekter.

Länsstyrelsen i Västra Götaland gjorde år 2006 en särskild granskning av hur IFO arbetar med unga i åldrarna 15–20 år med begynnande eller pågående missbruk [26]. Flertalet stadsdelar i Göteborg hade uppsökande verksamhet och nästan alla hade ett organiserat samarbete med fritid, polis och skola för att fånga upp unga med missbruk. Drygt hälften hade organiserat samarbete med BUP och Minimaria (särskilda drogmottagningar). Det var vanligare att missbruk hos unga upptäckts under pågående insats och i uppsökande verksamhet än under utredning eller förhandsbedömning. Drygt 60 procent av stadsdelarna använde en strukturerad utredningsmetod för att upptäcka missbruk hos unga och drygt 40 procent en strukturerad bedömning av risk- och skyddsfaktorer. Det vanligaste var dock urinprov, som användes av ca 90 procent av stadsdelarna i Göteborg.

Slutrapporten för alla tre storstadslänen rörande IFO:s arbete med unga och unga vuxna med begynnande eller pågående missbruk visar att ambitionsnivån är hög i arbetet samt att det pågår ett utvecklingsarbete byggt på evidensbaserad kunskap [27]. Långt över hälften av anmälningarna som rör missbruk kommer från polisen, ofta efter att den unge har tagits om hand berusad eller påträffats med narkotika. Bland övriga anmälare fanns framför allt skola, Mariamottagningar och BUP. Länsstyrelserna lyfter särskilt fram gruppen *unga vuxna* med missbruksproblem, där IFO kan vara mer aktiv, uppsökande och motiverande.

I CAN:s rapport om utvecklingstendenser i de 15 största kommunerna nämns olika satsningar för att möta och fånga upp problemen i ett tidigt skede [20]. IFO har t.ex. personer i gymnasieskolan och grundskolan som tar tag i unga vid misstanke om drogbruk eller riskbruk av alkohol. I en kommun finns ambitionen att unga ska få behandlingskontakt inom 24 timmar vid ringa narkotikabrott eller annan upptäckt. Ett mer utvecklat arbete mot just unga vuxna nämns också, bl.a. en motivationsgrupp.

I fokusgrupperna gavs flera exempel på IFO:s förebyggande insatser och försök att i samverkan med t.ex. skola, polis och fritid samt egna fältassistenter identifiera riskungdomar och fånga upp problem tidigt. Man kan t.ex. se rökning som en riskfaktor, rikta sig till unga med tidig alkoholdebut och dem som tidigt använder alkohol regelbundet. I en kommun tar IFO in information från fältassistenter i förhandsbedömningar. I en annan ordnar skolan och IFO gemensamt ”orosmöten” efter rykten eller andra uppgifter om missbruk, vilka framförs till den berörda unga och föräldrarna. Att ha en ”öppen ingång” till alkohol- och drogrådgivning togs av några av kommunerna upp som en viktig förutsättning för att nå unga i ett tidigt skede.

Samverkan är nödvändig inom IFO och med andra instanser

Vikten av samverkan såväl inom IFO som med andra verksamheter diskuterades i fokusgrupperna. I en kommun arbetar alltid missbruksgruppen tillsammans med någon i barn- och familjegruppen om den missbrukande är förälder, i både utredning och behandling. I en annan kommun har en handläggare i missbruksgruppen ansvar för att ha särskilt fokus på barnen. I andra kommuner informerar missbruksenheten alltid barn- och familjeenheten om det finns barn i en familj som aktualiseras.

Skola, fritid och polis är viktiga samarbetspartners när det gäller att nå ungdomar i riskzon. Flera av kommunerna hade ett nära samarbete med skolan, t.ex. att varje skola har en kontaktperson och regelbundna träffar med IFO. I en kommun diskuterades att familjebehandlarna skulle ge skolan stöd i kontakten med föräldrar, för att ta tag i tidiga tecken innan anmälan blir aktuell. Regelbundna träffar fanns också med t.ex. polis, BUP och fritid.

Det behövs struktur i förhandsbedömningar

Länsstyrelserna är i storstadsgranskningen kritiska mot att uppenbara missbruksproblem hos ungdomar i vissa fall inte utretts [27]. Anledningen till att en utredning inte inletts har ofta inte dokumenterats. Orsaker som uppges är oftast att den unge eller föräldern inte vill ha kontakt eller inte hört av sig. Minst hälften av unga som blivit utredda hade utretts tidigare, och många hade en pågående insats. Strukturerade utredningsmetoder och systematiska bedömningsinstrument användes i en mindre del av utredningarna.

Även i fokusgrupperna togs det upp att det vid anmälningar om unga och missbruk behövs strukturerade metoder för snabba riskbedömningar, samt en gemensam strategi för att undvika skillnader i förhandsbedömningar.

Behandling för unga med missbruk

Folkhälsoinstitutet konstaterar att det finns vetenskapligt stöd för kognitiv beteendeterapi och motiverande samtal för unga med missbruk [24].

I sina granskningar av IFO:s arbete med missbruksfrågor bland barn och unga i storstäderna konstaterar länsstyrelserna att det finns ett rikt utbud av insatser, i vissa fall i samarbete med landstingets beroendevård [27].

I fokusgrupperna hade några av kommunerna erfarenhet av att det sällan fungerar med kortvariga öppna insatser för unga med missbruk, de erbjuder därför insatser under längre tid. Några hade minskat institutionsvården och placerade hellre i s.k. förstärkt familjevård. När det är nödvändigt med placering på institution förespråkades korta placeringar med gedigen planering före placeringen samt ett mer intensivt samarbete med institutionen under behandlingstiden. Flera menade att institutionerna ofta ser missbruket som symtom på andra svårigheter och inte arbetar missbruksinriktat. Ungdomarna får inte verktyg att hantera sitt förhållande till alkohol och droger.

Behandling av cannabissmissbruk

En kartläggning av kommunernas arbete i öppenvård med personer med missbruk eller beroende av cannabis visar att 90 procent av de behandlande enheterna i storstäderna och 44 procent i övriga kommuner i urvalet använder de tre behandlingsalternativ som beskrivs i de nationella riktlinjerna [30].¹¹ Det vanligaste är Haschavvänjningsprogrammet (HAP). Oftast är kommunen huvudman, men i storstäderna finns en högre andel gemensamma mottagningar med kommun och landsting. Enligt Socialstyrelsens inventering (se sid. 16) använde 14 procent av kommunerna i landet HAP.

¹¹ Enligt en kartläggning år 2008 av Nationella cannabisnätverket, ett nätverk för behandlare som arbetar med cannabissmissbrukare/beroende. Omfattningen och behandlingens innehåll kartlades genom enkäter till ett urval om 89 kommuner, varav 75 svarade.

Familjerätt och familjerådgivning

Familjerätt

- Inga stora förändringar de senaste åren enligt statistiken.
- Missbruk hos föräldrar uppmärksammas sällan inom familjerätten.

Socialtjänsten utreder faderskap och föräldraskap

När mamman är ogift ska socialtjänsten utreda och fastställa faderskapet. För 63 procent av de ca 107 000 barn som föddes i Sverige år 2007 fastställdes faderskapet genom utredning [31]. Drygt 86 procent avslutades med bekräftelse eller dom. För en procent kunde faderskapet inte fastställas. Socialtjänsten får allt fler komplicerade faderskapsärenden att handlägga, ofta med internationell anknytning.

Om en kvinnas partner i ett samkönat par samtyckt till assisterad befruktning som görs på ett sjukhus i Sverige är partnern förälder till barnet och föräldraskapet ska fastställas. Det saknas nationell statistik över antalet föräldraskapsutredningar, men de tycks ha ökat sedan den aktuella lagstiftningen infördes år 2005.

Något fler utredningar om vårdnad, boende och umgänge

Antalet barn som varje år är med om föräldrarnas separation har minskat till knappt 50 000. De flesta föräldrar fortsätter att ha gemensam vårdnad [32]. Växelvis boende har ökat markant under den senaste femårsperioden.

Under år 2007 deltog föräldrar till 18 200 barn och unga i samarbetsamtal, en liten minskning [31]. 4 300 föräldrar slöt avtal om barnets vårdnad, boende och umgänge – oförändrat de senaste fem åren. 7 100 barn och unga har varit aktuella i snabbupplysningar till domstol och 7 200 i utredningar om vårdnad, boende och umgänge, en liten ökning.

Riskbedömningar

Vid utredningar om vårdnad, boende och umgänge på uppdrag av tingsrätten ska socialtjänsten enligt föräldrabalken bedöma risken för att barnet eller någon annan i familjen utsätts för övergrepp, att barnet olovligen förs bort, hålls kvar eller annars far illa. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att sammanställa kunskapsläget och redovisa hur metoder för sådana riskbedömningar kan utvecklas [32, 33]. IMS vid Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att till slutet av år 2011 långsiktigt utveckla och utvärdera riskbedömningsinstrument, anpassade till familjerättens behov.

Antalet internationella adoptioner minskar

Under 2007 gjordes 2 400 utredningar om medgivande till *internationell* adoption, med ca två procents avslag. Det tar allt längre tid innan ett barn anländer till sin familj och sökande måste oftare ansöka om nytt medgivande. En del har då passerat den rekommenderade åldern på 42 år. År 2007 kom 800 internationellt adopterade barn till Sverige, en fortsatt minskning. Drygt 190 yttranden över *nationella* adoptioner lämnades till tingsrätterna, varav ca sju procent rörde adoption av familjehemsplacerade barn, åtta procent barn i åldern 0–1 år och 85 procent styvbarn [31].

Sedan 2005 har barnets rätt i adoptionsprocessen stärkts i lagstiftningen. Socialstyrelsen kommer att följa upp 2005 års lagändringar och redovisa detta till regeringen i slutet av 2010.

Missbruk i ärenden om vårdnad, boende och umgänge

För att få en uppfattning om socialtjänstens arbete med missbruksproblematik inom ramen för samarbetsamtal samt utredningar om vårdnad, boende och umgänge gjorde Socialstyrelsen hösten 2008 en enkätundersökning i ett representativt urval av kommuner och stadsdelar (över 80 procent svar).¹²

Få har riktlinjer, särskilda rutiner och strukturerade metoder

Enligt svaren saknas till stor del riktlinjer eller policydokument för hanteringen av missbruksproblematik inom familjerättsärenden. Några menar att det är bra att frågan lyfts fram och tycker att den har kommit i bakgrunden för fokus kring våldsfrågorna, trots att de ofta hänger ihop.

Strukturerade metoder för utredning och bedömningar om konsekvenserna för barnen i ärenden med missbruksproblematik används i en tiondel av kommunerna. I två kommuner arbetar familjerätten nära missbrukshandläggarna och samråder med dem vid misstanke om missbruk. En kommun har som rutin att vid sådan misstanke under pågående utredning remittera till öppenvårdsmottagningen för utredning och vid behov behandling. I en kommun inleds alltid en barnavårdsutredning vid misstanke om missbruk, familjerättsutredningen får vänta. Flera kommuner kan erbjuda kartläggningar av missbruksproblematik och motiverande samtal i dessa ärenden.

De flesta handläggare som arbetar med familjerättsfrågor i landet, uppskattningsvis knappt 1200 personer, har förutom socionomexamen någon form av kompletterande missbruksrelaterad kompetens. En dryg fjärdedel har någon form av utbildning, medan drygt hälften har annan relevant kunskap eller erfarenhet.

Stor variation i hur ofta missbruksproblematik upptäcks

Handläggarna har fått skatta hur ofta missbruk eller misstänkta missbruksproblem kommer fram. Det är stora skillnader i hur ofta man bedömer att missbruk uppmärksammas i dessa ärenden. I samband med *samarbetsamtal* uppskattar 82 procent att det görs i 0–20 procent av ärendena. Sju procent beräknar att problematiken finns i 20–40 procent och sex procent anger 40–60 procent av ärendena. I *utredningar* om vårdnad, boende och umgänge

¹² Resultaten kommer även att publiceras i en särskild rapport.

menar ca 77 procent av handläggarna att missbruksproblem uppmärksammas i 0–20 procent av ärendena. Ca tio procent beräknar att problemet finns i 21–40 procent av ärendena, ca fyra procent i 41–60 procent av ärendena och lika stor andel beräknar att det förekommer i 61–80 procent. I 75 procent av samarbetsamtalen och i 80 procent av utredningarna är det mäns eventuella missbruk som uppmärksammas.

Få ärenden anmäls vidare

Misstanke om att barn fara illa på grund av förälders missbruk förs vidare eller anmäls i drygt 19 procent av ärenden med samarbetsamtal och knappt 17 procent vid vårdnadsutredning. Skäl som anges för att inte informera barn- och ungdomsgruppen är att barnen inte varit sammanboende med den förälder som misssbrukar, det är en umgängesförälder som misstänkts missbruka, att umgänget redan sker i närvaro av kontaktperson eller att den missbrukande föräldern inte är vårdnadshavare. Vidare att missbruket är känt eller ärendet har utretts tidigare, att familjen har eller har haft kontakt med socialtjänsten samt att personen redan har insatser.

Familjerådgivning

År 2007 har antalet ärenden inom familjerådgivningen ökat med fyra procent, till 28 000. Ungefär en tredjedel av samtalen handlade om rådgivning för fortsatt samlevnad och en dryg tiondel om separationsarbete. Indirekt berörs cirka 35 600 barn och unga av dessa samtal.

Socialstyrelsen gav år 2008 ut ett Meddelandeblad om familjerådgivningens organisation, kvalitet, sekretess, vittnesplikt och dokumentation [33].

Föreningen Sveriges Kommunala Familjerådgivare, KFR, har under året fått projektmedel för ett utvecklingsarbete för att förtydliga och utveckla familjerådgivningens arbete med våld i parrelationer.

Ekonomiskt bistånd

- År 2007 fick 4,1 procent av befolkningen, 378 500 personer, ekonomiskt bistånd. Det var den lägsta nivån sedan 1980, men den nuvarande arbetsmarknadssituationen kan komma att ge en ny ökning.
- 211 600 hushåll, sex procent av samtliga, fick ekonomiskt bistånd, vilket är 7 000 färre än 2006.
- Det långvariga biståndsmottagandet ökade något under 2007.
- Mer än hälften av biståndsmottagarna var utrikes födda.
- En fortsatt hög andel unga vuxna får ekonomiskt bistånd.
- I olika undersökningar uppskattas att minst en tredjedel av dem som får ekonomiskt bistånd har missbruksproblem. Även psykisk och fysisk ohälsa är vanlig.

Behovet av ekonomiskt bistånd kommer att öka

Behoven av ekonomiskt bistånd påverkas av hur trygghetssystemen är utformade, befolkningsförändringar, inkomst- och kostnadsutveckling. Skälen till att människor behöver ekonomiskt bistånd är både strukturella och individuella. En av de viktigaste faktorerna är läget på arbetsmarknaden. Forskningen visar att när arbetslösheten är hög stiger biståndsmottagandet, liksom det sjunker vid högkonjunktur och låg arbetslöshet. Efter 1996 minskade biståndsmottagandet kraftigt pga. en förbättrad situation på arbetsmarknaden. Den utvecklingen kommer sannolikt att vända när arbetslösheten ökar.

Under hösten 2008 försvagades den svenska ekonomin och arbetsmarknadsläget har förändrats snabbt. Arbetsförmedlingens prognos för 2009 och 2010 visar att sysselsättningen kommer att minska med 145 000 personer under de närmaste åren [34]. Arbetslösheten väntas öka från 6,2 procent år 2008 till 7,6 procent år 2009 och att år 2010 nå upp till 9,0 procent. Under de kommande två åren är också ovanligt många ungdomar på väg in på arbetsmarknaden. Många av dem kommer att få svårt att hitta ett arbete.

För dem som inte etablerat sig på arbetsmarknaden och därför inte kvalificerat sig för olika socialförsäkringar kan ekonomiskt bistånd vara den enda utvägen vid arbetslöshet eller sjukdom. Den ekonomiska krisen och den ökade arbetslösheten under 1990-talet drabbade framför allt grupper som inte etablerat sig på arbetsmarknaden, dvs. unga under 25 år och utomnordiskt födda. Dessa grupper kommer troligen att drabbas hårdast även nu när arbetslösheten stiger. Andelen arbetslösa som är inskrivna vid Arbetsförmedlingen och som saknar arbetslöshetsersättning har ökat från 15 procent år 2006 till 32 procent 2008.

Under åren 2006–2008 minskade inflödet av nya medlemmar till arbetslöshetskassorna, samtidigt som allt fler i åldrarna 15–54 år gick ur. Arbets-

löshetskassornas samorganisation uppger att det rör sig om minst 350 000 personer som inte längre har ett inkomstskydd vid arbetslöshet [35]. En del av dem kan komma att behöva ekonomiskt bistånd.

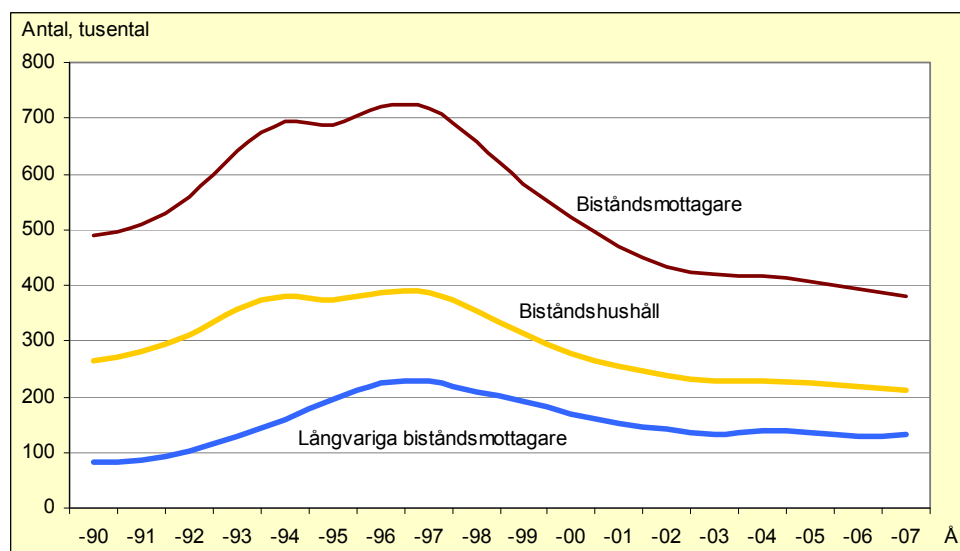
Vidare finns en osäkerhet om konsekvenserna av de förändrade reglerna inom sjukförsäkringssystemet, som bl.a. innebär att möjligheterna till sjuk-skrivning begränsas och att den tidsbegränsade sjukersättningen upphör. Sveriges Kommuner och Landsting har tillsammans med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen gjort en preliminär bedömning: av de 80 000 personer som berörs av förändringarna i sjukförsäkringen kan 10 000 komma att behöva ekonomiskt bistånd under perioden 2008–2011 [36].

Ekonomiskt bistånd är ett sista och tillfälligt skyddsnät när andra försörjningsmöjligheter är uttömda och övriga inkomster inte räcker. Även bank-medel och andra lätt realiserbara tillgångar räknas, t.ex. fritidshus och bilar. Människor som t.ex. på grund av arbetslöshet tvingas kontakta IFO måste i princip göra sig av med sina tillgångar innan de kan få ekonomiskt bistånd.

En fortsatt minskning, men fler får bistånd länge

Biståndsmottagandet fortsatte att minska under 2007.¹³ De senaste tio åren har antalet biståndshushåll minskat med 45 procent och antalet biståndsmottagare med 47 procent. År 2007 var biståndsmottagandet lägre än vid 1990-talets ingång. Undantaget är personer med långvarigt behov av ekonomiskt bistånd.¹⁴ Deras andel har visserligen minskat betydligt sedan lågkonjunkturen i mitten av 1990-talet, men är fortfarande högre än i början av 1990-talet (se fig. 3).

Figur 3. Totalt antal biståndsmottagare, biståndshushåll respektive långvariga biståndsmottagare under perioden 1990–2007.



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

¹³ Introduktionsersättning ingår, om inget annat sägs, men inte kostnad för administration.

¹⁴ Bistånd i minst tio månader under ett kalenderår.

Under 2007 fick nästan 211 600 hushåll ekonomiskt bistånd eller introduktionsersättning någon gång under året. Det är knappt sex procent av hushållen i befolkningen, ungefär samma andel som 2006. I antal var det dock en minskning med knappt 7 000 hushåll. Det genomsnittligt utbetalda biståndsbeloppet ökade 2007 med tre procent till knappt 41 900 kronor per hushåll och år (fasta priser). Den genomsnittliga biståndstiden var sex månader, en liten ökning jämfört med 2006.

Andelen ensamstående kvinnor med barn minskar

Ensamstående kvinnor med barn är sedan många år den hushållstyp där ekonomiskt bistånd är vanligast (se tab. 4). Ensamstående föräldrar ska klara hela hushållets utgifter på en inkomst och har därmed en mer sårbar ekonomisk situation. Denna andel har dock minskat anmärkningsvärt, från 37 procent år 1996 till 19 procent år 2007, sannolikt pga. det förbättrade arbetsmarknadsläget de senaste åren. Det är betydelsefullt, med tanke på att ekonomiskt bistånd till familjen under barns uppväxt innebär en ökad risk för sociala problem och hälsoproblem längre fram i livet, även jämfört med att växa upp i en familj med låg inkomst [37]. Andelen barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer ökade i början av 2000-talet, men har sedan stabiliserats [38]. Denna andel är tre gånger högre bland barn med förälder som är ensamstående och fyra gånger högre om föräldrarna har utländsk bakgrund. Båda faktorerna tillsammans ger en mångdubbel risk för ekonomisk utsatthet.

Fördelningen bland hushåll som har ekonomiskt bistånd ger en helt annan bild. Här dominerar istället ensamstående män utan barn. Även ensamstående kvinnor utan barn var en relativt stor grupp.

Tabell 4. Andel biståndshushåll av hushåll i befolkningen respektive biståndshushåll fördelade efter hushållstyp 2007 (18–64 år). Procent.

Hushållstyp	Procent av samtliga hushåll i befolkningen	Procent av biståndshushållen
Ensamstående man utan barn	9	40
Ensamstående man med barn	7	3
Ensamstående kvinna utan barn	7	24
Ensamstående kvinna med barn	19	15
Sambor utan barn	1	6
Sambor med barn	3	12
Samtliga biståndshushåll	6	100

Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Under 2007 fick drygt 378 500 personer (inkl. barn under 18 år) ekonomiskt bistånd någon gång under året, 4,1 procent av befolkningen. Jämfört med 2006 var det en minskning med ca 14 000 personer (3,5 procent). Ungefär lika stor andel kvinnor som män får ekonomiskt bistånd, utom i åldrarna 50–59 år, där männen är något fler.

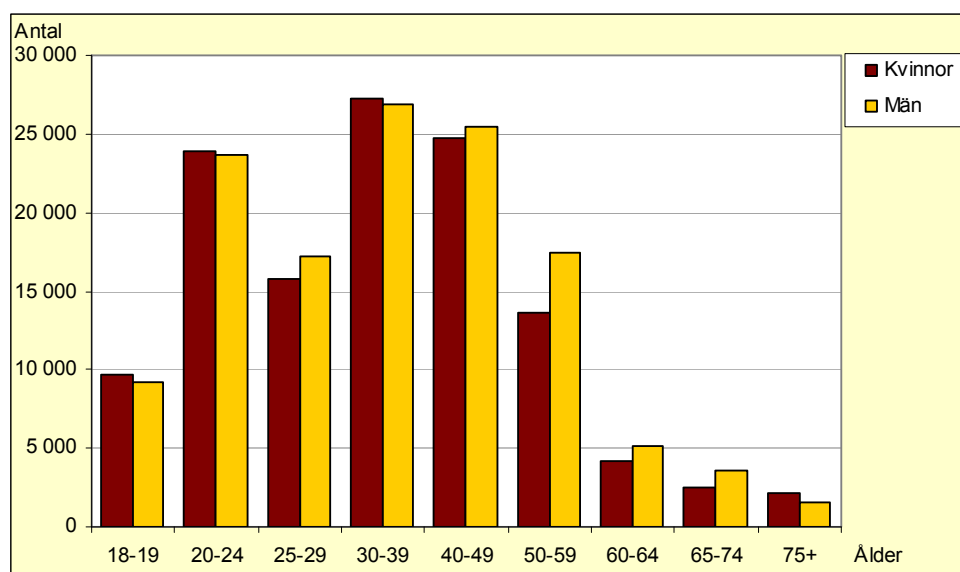
Under 2007 var 33 procent av biståndsmottagarna i åldern 18–64 år arbetslösa någon gång under året och saknade arbetslöshetsersättning, mot 43

procent år 2006.¹⁵ Statistiken omfattar dock inte alla arbetslösa biståndsmottagare, bara dem som registreras av arbetsförmedlingen.

Den höga andelen unga har minskat, men kan öka igen

Biståndsmottagare är i huvudsak unga. År 2007 var nästan 45 procent under 30 år (se fig. 4)¹⁶ Ca 66 500 var mellan 18 och 24 år, vilket är åtta procent av befolkningen i dessa åldrar och nästan 26 procent av biståndsmottagarna i arbetsför ålder. Antalet biståndsmottagare i denna ålder minskade med drygt 5 000 personer jämfört med 2006, sannolikt pga. det positiva arbetsmarknadsläget de senaste åren. Under de tre första kvartalen 2008 ökade t.ex. antalet sysselsatta i åldersgruppen 20–24 år med 17 000 personer eller fem procent, jämfört med samma period 2007 [34].

Figur 4. Antal biståndsmottagare fördelade efter kön och ålder.



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Den försämrade arbetsmarknaden kommer som nämnts att innebära att det blir svårare för unga att få arbete, vilket ökar risken för behov av ekonomiskt bistånd. Samtidigt riskerar unga som har arbete att förlora det på grund av sin ofta lösa anknytning till arbetsmarknaden och sämre anställningstrygghet [34]. När etableringen i arbetslivet fördröjs påverkas också möjligheten att skaffa bostad. Allt fler unga finns i otrygga boendeformer och tvingas flytta ofta. Det minskade bostadsbyggandet under lågkonjunkturen riskerar att förvärra situationen, liksom att babyboomens unga samtidigt ska etablera sig på bostadsmarknaden [39]. Höjda krav från hyresvärdar kan leda till att fler unga får otrygga boenden, särskilt i storstäderna.

¹⁵ Statistiken om biståndsmottagarnas arbetslöshet började redovisas 1998.

¹⁶ Observera att åldersklasserna är olika breda och inte jämförbara.

Långvarigt bistånd: hög andel unga och utlandsfödda

Andelen som får långvarigt bistånd (18 år och äldre) ökade med två procentenheter under 2007 jämfört med 2006. Långvarigt biståndsmottagande är vanligast bland unga i åldern 18–19 år. Totalt 2,6 procent av den åldersgruppen fick långvarigt bistånd, och i åldrarna 20–24 år var andelen två procent (ungefär samma andelar som 2006). Bland långvariga biståndshushåll var drygt 64 procent utrikes födda, en ökning med fem procentenheter.

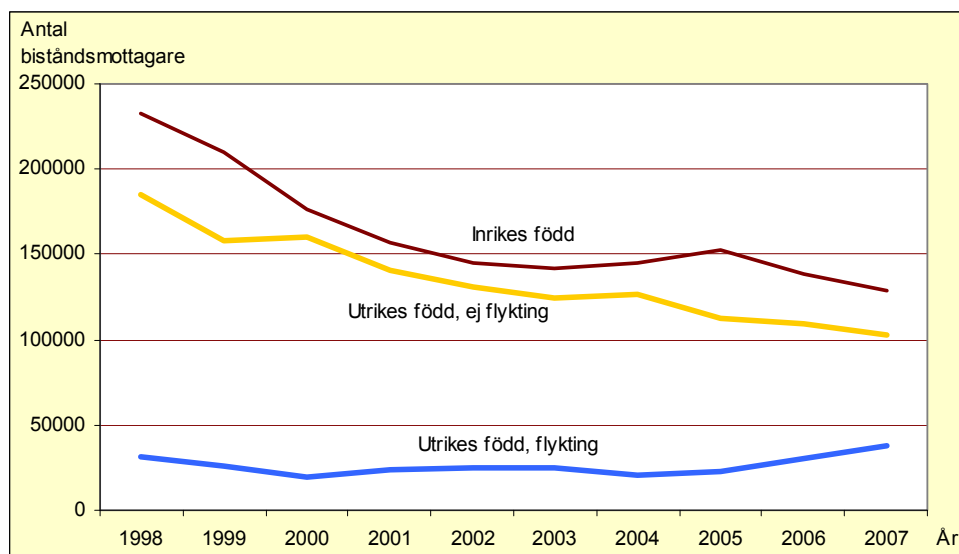
Den vanligaste hushållstypen är ensamstående män utan barn, både för inrikes och utrikes födda. Därefter är det ensamstående kvinnor utan barn bland de inrikes födda, medan det för utrikes födda är sammanboende par med barn. Av hushållen med långvarigt bistånd är 35 procent barnfamiljer. I närmare 80 procent av dem fanns minst en utrikes född förälder.

Skälen till långvarigt ekonomiskt bistånd är inte sällan komplexa och sammansatta. Förutom arbetslöshet har även ohälsa i kombination med att man saknar sjukpenninggrundande inkomst betydelse för behovet av ekonomiskt bistånd. Ju längre tid en person har fått ekonomiskt bistånd, desto svårare är det att komma ur biståndsmottagandet. Att inte kunna försörja sig genom arbete påverkar den enskilde såväl psykologiskt som socialt och ekonomiskt. Det finns en risk att dessa människor permanent slås ut från arbetsmarknaden. Långa perioder utan arbete får också konsekvenser för den framtida pensionen.

Minskning även bland utrikes födda, men risk för ny ökning

Mer än hälften av dem som år 2007 fick ekonomiskt bistånd var utrikes födda (16 år och äldre, inklusive flyktingar). Medan både antalet inrikes och utrikes födda exklusive flyktingar som fick bistånd minskade betydligt, har antalet flyktingar ökat under de två senaste åren (se fig. 5).

Figur 5. Antal biståndsmottagare fördelade efter inrikes respektive utrikes födda, exklusive flyktingar, samt utrikes födda flyktingar (16 år och äldre).



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

De tre första kvartalen 2008 minskade kommunernas utgifter för ekonomiskt bistånd (exkl. utbetalningar till flyktingar) med en procent jämfört med samma period 2007, medan kostnaden för ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning till flyktingar ökade med nära 13 procent. Jämfört med samma period 2006 har kostnaderna för flyktingar ökat med 55 procent.

Utrikes födda har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden, vilket ökar risken för behov av ekonomiskt bistånd. År 2007 fick drygt tolv procent av de utrikes födda ekonomiskt bistånd, mot två procent av de inrikes födda.

Under de tre första kvartalen 2008 var sysselsättningsgraden för utomeuropeiskt födda 63 procent (2,3 procentenheter högre än under samma period 2007). Sysselsättningen för inrikes födda var 79,7 procent, en ökning med 0,9 procentenheter. Den försämrade arbetsmarknaden kommer att slå hårt mot många utlandsfödda som inte är etablerade på arbetsmarknaden. Enligt Arbetsförmedlingen växer nu antalet arbetslösa utlandsfödda snabbt [34].

Personer med funktionsnedsättning överrepresenterade

Statistiska Centralbyrån har tagit fram uppgifter som visar att det 2005–2006 var vanligare att personer med funktionsnedsättning (20–64 år) hade ekonomiskt bistånd (inkl. introduktionsersättning) jämfört med befolkningens som helhet. Bland personerna med ekonomiskt bistånd hade 35 procent ett funktionshinder¹⁷ i form av t.ex. långvarig sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga, mot 22 procent i befolkningen. Ca 21 procent av dem som fick ekonomiskt bistånd hade en fysisk eller psykisk funktionsnedsättning¹⁸, mot knappt 15 procent i hela befolkningen.

Ohälsa är vanligt bland personer med ekonomiskt bistånd, särskilt bland dem som har långvarigt behov av bistånd [40, 41]. Ingången till socialtjänsten är ofta ekonomiskt bistånd. Det finns en risk att insatserna inskränker sig till enbart ekonomiskt stöd, om inte den enskilde själv påtalar sina svårigheter, eller att svårigheterna är tydliga eller kommer till socialtjänstens kännedom på annat sätt. Det krävs samarbete inom socialtjänsten och mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att den enskilde ska få rätt hjälp. Annars riskerar den enskildes svårigheter att definieras enbart som ett försörjningsproblem, och biståndsmottagandet kan bli mycket långvarigt.

Många med missbruk får ekonomiskt bistånd

Ungefär en tredjedel av dem som får ekonomiskt bistånd uppskattas ha missbruksproblem [41–43]. Enligt undersökningar av olika grupper av biståndsmottagare kan andelen vara ännu större, upp till 60 procent [44]. I en studie om långvariga biståndsmottagare svarade t.ex. 42 procent av de intervjuade att de i varierande grad hade alkoholproblem [41]. Av biståndshushållen har ensamstående män som grupp lägre psykiskt välbefinnande än andra, oftare hälsorelaterade begränsningar av arbetsförmågan samt högre alkoholkonsumtion.

¹⁷ Här: Självskattat hinder i form av t.ex. nedsatt arbetsförmåga och hinder i vardagen.

¹⁸ Angiven funktionsnedsättning i form av t.ex. rörelsehinder, hjärt-kärl- eller blodsjukdom, nedsatt syn eller hörsel, psykiska funktionshinder och utvecklingsstörning.

Enligt Socialstyrelsens löpande kommunkontakter finns det många personer med kända eller misstänkta missbruksproblem som endast har kontakt med dem som handlägger ekonomiskt bistånd. Det bedöms gälla särskilt personer med långvarigt ekonomiskt bistånd. Även om man söker hjälp av andra skäl än missbruksproblem händer det att socialsekreterare anar att ett problematiskt alkoholbruk finns med som bidragande orsak. Då uppstår frågan var gränsen går mellan respekt för klientens integritet och kravet på att utreda klientens situation samt göra korrekta bedömningar. Det finns ibland också brister i samarbetet mellan missbruksenheterna och enheterna för ekonomiskt bistånd, t.ex. att missbruksenheten endast tar emot motive-
rade klienter.

En undersökning från 2007 visar att mer erfarna socialsekreterare tenderade att tidigare ställa krav på någon form av vårdkontakt och att informera klienten om möjligheten till hjälp för missbruksproblem än de som hade mindre erfarenhet [45]. Socialsekreterare ställde krav på minskad alkoholkonsumtion för att bevilja fortsatt ekonomiskt bistånd för 65 procent av de klienter som stod till arbetsmarknadens förfogande och för 35 procent av dem som inte gjorde det. Det kan tolkas som att de senare mer krävlöst får ekonomiskt bistånd, men i mindre utsträckning får hjälp med sitt missbruk.

Länsstyrelsernas tillsyn visar att många kommuner borde göra mer för att söka upp och motivera personer som behöver missbruks- och beroendevård. Vanliga klagomål är också att IFO inte inleder utredning, trots att missbruket är känt när en person tar kontakt. Det förklaras med att IFO uppfattar kontakten endast som rådgivning, önskan om information eller behov av t.ex. boende eller ekonomiskt bistånd. Länsstyrelsen i Västra Götaland menar att socialtjänsten därmed ställer stora krav på att den enskilde ska uttrycka sig rätt vid första kontakten och vara tydlig med vad ansökan gäller. Det förekommer också att en påbörjad utredning avslutas med hänvisning till att den enskilde inte kommer till inbokade möten [46].

Mer kunskap om orsaker och ändamål behövs

Kunskap om målgruppen och om orsakerna till exempelvis långvarigt ekonomiskt bistånd är en förutsättning för att socialtjänsten ska kunna erbjuda insatser som leder till att människor blir självförsörjande.

Vid Socialstyrelsen pågår sedan några år ett arbete med att utöka statistiken med uppgifter om orsaker till behov av ekonomiskt bistånd och ändamålen med det. Registreringen enligt en modell för kommunernas rapportering av uppgifter om försörjningshinder och vad ekonomiskt bistånd betalas ut till påbörjas den 1 augusti 2009. Under hösten 2008 har Socialstyrelsen också inlett ett arbete för att om möjligt komplettera statistiken med uppgifter om vilka andra insatser, utöver ekonomiskt bistånd, som ges till biståndsmottagare.

En utökning och förbättring av statistiken om ekonomiskt bistånd kommer att kunna ge ett bättre kunskapsunderlag, så att behov och problem hos målgruppen lättare kan identifieras. Det ökar också möjligheten att på nationell nivå kunna följa och analysera förändringar av befolkningens behov av bistånd, orsaker och hur människor rör sig mellan olika ersättningsystem.

Fler vill ha bred samverkan

Sedan 2004 kan Försäkringskassa, Arbetsförmedling, socialtjänst och hälso- och sjukvård samverka genom att bilda samordningsförbund enligt Finansam.¹⁹ Syftet är att personer med behov av samordnad rehabilitering ska uppnå eller förbättra arbetsförmågan. Det nationella uppföljningssystemet har inte fungerat, bl.a. för att uppgifterna har stora kvalitetsbrister, och effekterna har inte kunnat utvärderas [47]. Intresset för samverkan är dock stort. I november 2008 fanns 70 samordningsförbund i 133 kommuner. En enkät från Sveriges Kommuner och Landsting visar att många är beredda att gå ytterligare ett steg och genomföra en större organisationsförändring [48]. Närmare 90 procent av de svarande kommunerna är positiva till att samorganisera sig lokalt med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

¹⁹ Med stöd av lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Insatser för vuxna med missbruk eller beroende

- De nationella riktlinjerna ger kommuner och landsting större möjligheter till styrning och kvalitetsutveckling samt en grund för bättre samverkan mellan kommunernas missbruksvård och landstingens beroendevård. Stora resurser avsätts nu för implementering.
- Det finns stora regionala skillnader i missbruksvården. Var man bor spelar stor roll för möjligheten att få kvalificerad vård och behandling.
- Vård och behandling kan allt oftare fås som service.
- Antalet tvångsvårdade vuxna och unga vuxna ökar.
- Även antalet personer som får läkemedelsassisterad behandling ökar, men ett problem är att det inte finns läkare med förskrivningsrätt för sådana läkemedel till opiatberoende i alla regioner.
- Det finns flera tecken på att missbruk och beroende bland kvinnor ökar, men IFO får ofta kontakt med dem först när problemen blivit stora.
- Kvinnor och unga vuxna har svårare än andra att få adekvat vård.

Stark utveckling i missbruks- och beroendevården

Regeringens övergripande mål för missbruks- och beroendevården är förbättrad kvalitet, ökad likvärdighet och ökad tillgång till insatser för grupper som har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda. Missbruks- och beroendevården har uppmärksammats under flera år och fått ta del av särskilda statliga satsningar. Verksamhetens innehåll och organisation har kritiserats för bristande effektivitet och för metoder som inte är evidensbaserade. Det finns också stora regionala skillnader. Var man bor spelar stor roll för möjligheterna att få kvalificerad vård och behandling. Det är också svårt att på nationell nivå få djupare information om verksamheten.

Missbruks- och beroendevård är ett område där nya vetenskapliga rön fått stort inflytande. Det gäller särskilt inom landstingens beroendevård, där läkemedel kombineras med andra insatser för att stödja rehabiliteringen hos personer med missbruks- och beroendeproblematik.

Socialstyrelsen har utarbetat nationella riktlinjer samt indikatorer för god missbruks- och beroendevård. Nästa steg är s.k. öppna jämförelser, till en början på kommunal eller landstingskommunal nivå, på sikt även på enhetsnivå.

Inom den pågående statliga översynen av missbruks- och beroendevårdens är huvudmannaskap och ansvaret för personer som behöver båda vårdgivarnas insatser centrala frågor. Andra frågor rör vårdkedjan, tillgängligheten till god vård för olika grupper, eventuellt utvidgade rekvisit för tvångsvård samt basala resurser för avgiftning.

Alkohol- och narkotikautvecklingen

Alkoholkonsumtionen, de alkoholrelaterade skadorna och dödligheten har ökat. Bilden är inte lika entydig på drogområdet. De narkotikarelaterade skadorna tycks öka, men inte dödligheten. Både vad gäller alkohol och droger är det en tydlig ökning av kvinnornas andel av missbruk och dödlighet.

Höjd alkoholkonsumtion och polarisering, kvinnor dricker mer

Alkoholkonsumtionen beräknas ha ökat med ca 30 procent under det senaste decenniet och har under 2000-talet stabiliserats på en historiskt hög nivå, ca 10 liter ren alkohol per person och år. Med detta följer också förändringar i dryckesmönster; man dricker oftare, med en viss dominans för vin och starköl. Det tycks också ha skett en polarisering – fler, särskilt ungdomar men även andra, väljer ett helnyktert eller mycket återhållsamt förhållande till alkohol, medan andra påtagligt ökat sin alkoholkonsumtion.

Kvinnornas andel av konsumtionen har ökat något i ett längre tidsperspektiv. Statistiken visar en ökande trend när det gäller den alkoholrelaterade dödligheten för båda könen.²⁰ Men skillnaden mellan könen har minskat, särskilt under senare år, sannolikt som en följd av ökande konsumtionsnivåer och missbruk bland kvinnor.

Även antalet vårdtillfällen med inläggning inom sjukvården och antalet patienter med alkoholrelaterade sjukdomar eller skador har ökat under det senaste decenniet. De relativt största förändringarna gäller även här kvinnorna, och tydligast under de allra senaste åren.

Blandmissbruk och sjukhusvård pga. droger ökar

Tillgången på narkotika har ökat under en följd av år, men ökningen tycks nu ha stannat av. Blandmissbruket ökar och heroin har fått större betydelse bland missbrukare i förhållande till amfetamin och cannabis.

Antalet ”tunga” missbrukare ökade mellan 1998 och 2002, från ca 26 000 till 28 000 personer, men tycks sedan ha återgått till 1998 års nivå. Antalet patienter med narkotikarelaterade sjukdomar och slutenvårdstillfällen i sjukvården fortsätter att öka, och är nu på samma höga nivå som 2001. Andelen sjukhusvårdade kvinnor har ökat. Den narkotikarelaterade dödligheten gick ner avsevärt fram till 2006 (senare uppgifter saknas) efter en topp i början av sekelskiftet. Nedgången är mer markant för männen än för kvinnorna.

²⁰ För alkoholskade- och dödlighetsindikatorerna används särskilda index, som tagits fram av Epidemiologiskt centrum på Socialstyrelsen.

De nationella riktlinjerna måste få genomslag

Socialstyrelsens nationella riktlinjer [49] ger kommuner och landsting större möjligheter till styrning. För implementeringen är det avgörande med stöd i lokala och regionala politiska beslut.

För att riktlinjerna ska få ett reellt inflytande i det praktiska arbetet har Socialstyrelsen utarbetat ett särskilt implementerings- och utbildningsstöd [50], som förts ut på ett stort antal konferenser och seminarier. Efter ett avtal med regeringen inledde Sveriges kommuner och Landsting 2008 tillsammans med berörda myndigheter ett arbete för att stödja genomförandet av de nationella riktlinjerna, ”Kunskap till praktik” [51]. Insatserna, som i ett första skede avser 13 län, kommer att inbegripa samtliga län fram till år 2010. En utvärdering görs av Institutet för utvärdering av metoder i socialt arbete vid Socialstyrelsen.

Med hänsyn till den snabba kunskapsutvecklingen inom delar av missbruks- och beroendevården kommer riktlinjerna att revideras, med början under år 2009.

De deltagande kommunerna i Socialstyrelsens fokusgrupp om läget inom missbruks- och beroendevården uppgav att riktlinjerna överlag har tagits emot väl och används ute i verksamheterna och att ett implementeringsarbete pågår.²¹ Riktlinjerna används bl.a. som stöd när man bygger upp verksamheter, när handlingsplaner och samarbetsavtal utarbetas tillsammans med landstinget samt i revidering av kommunala riktlinjer och i utbildningar.

Stor satsning med statliga utvecklingsmedel

Det har under flera år pågått ett omfattande utvecklingsarbete i kommunerna med stöd av statliga medel. År 2008 var medlen avsevärt lägre än tidigare år, drygt 75 miljoner kronor, och gällde enbart alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. En betydande del av medlen kommer i fortsättningen att fördelas via ”Kunskap till praktik” (se ovan).

År 2007 fördelade länsstyrelserna ca 343 miljoner kronor i utvecklingsmedel [25]. Ca 17 miljoner användes till 58 öppenvårdsprojekt för unga eller vuxna med missbruk och beroende, de flesta med inriktning på behandlingsprogram och metodutveckling. Samverkanspartners har för unga varit främst skolor och fritidsverksamheter och för vuxna hälso- och sjukvården.

Ca 95 miljoner kronor satsades på alkohol- och narkotikaförebyggande insatser, främst utbildning och samordnartjänster. Viktiga målgrupper för tidiga insatser har varit barn i familjer med missbruk, vuxna med våldsproblematik och våldsutsatta kvinnor med missbruk.

Personer med tungt missbruk har prioriterats. 277 verksamheter fick 242 miljoner kronor med inriktning på utveckling och förstärkning av vårdkedjan för den gruppen samt för utbildning i bedömningsinstrument. 18 kom-

²¹ Socialstyrelsen bjöd in 14 kommuner/kommundelar till en fokusgrupp hösten 2008. Den övergripande frågeställningen rörde verksamhetens största utmaningar under 2008, vidare de nationella riktlinjerna, kön och mångfald i verksamheten och regeringens nya strategi inom området. Nio kommuner/stadsdelar hade möjlighet att delta. Kommunerna valdes utifrån spridning på storlek och geografiskt läge.

muner/kommundelar har fått medel för att införa en lokal behandlingsgaranti, ofta tillsammans med landstingets psykiatriska beroendevård.

Inom institutioner i Statens institutionsstyrelses regi pågår särskilda satsningar för att stärka samverkan med kommunerna och förbättra eftervården [13]. ”Ett kontrakt för livet” pågick år 2005–2008. Klienten, IFO och SiS skrev ett kontrakt för vården. Mot garanterade eftervårdinsatser fick kommunen rabatt på kostnaden för vårdplaceringar. Resultaten har varit positiva, vården bedöms ha blivit mer samordnad och effektivare [52].

Missbruks- och beroendevårdens omfattning

Små förändringar på nationell nivå

Statistiken visar mindre upp- och nedgångar inom olika delar av missbruksvården under en femårsperiod, och ingen tydlig trend i någon riktning (se tab. 5). Under 2007 har förändringarna varit små eller måttliga. Närmare 25 700 individuellt behovsprövade insatser beviljades år 2007, något färre än året dessförinnan. För perioden 2003–2007 har dock antalet insatser ökat med närmare tio procent. Under 2007 gjordes 10 738 inskrivningar i frivillig institutionsvård, en liten minskning. Antalet har pendlat kring 11 000 under den senaste femårsperioden. År 2005 skedde en kraftig uppgång, men nu är antalet inskrivningar åter på ungefär samma nivå som år 2004. Antalet vårddygn har minskat med två procent under 2007. Det är en trend som har hållit i sig de senaste fem åren.

Antalet inskrivningar för bistånd som avser boende var under 2007 drygt 13 100, en ökning från året innan med närmare fem procent. De senaste fem åren har det dock varit både upp- och nedgångar.

Familjehemsvård utgör en liten del av insatserna (ej med i tabellen). 1 november behandlades 270 personer i denna vårdform, en liten ökning från 2006. Även på årsbasis har det skett en ökning med nästan 14 procent.

Tabell 5. Insatser inom missbruksvården samt procentuell förändring 2003–2007.

Typ av insats	2003	2004	2005	2006	2007	Procentuell förändring
Individuellt behovsprövade insatser	23 357	24 606	25 799	25 988	25 681	+ 10
Inskrivningar i frivillig institutionsvård	11 110	10 096	11 918	11 134	10 738	- 3,3
Vård dygn i frivillig institutionsvård	1 016 892	897 441	868 512	893 064	873 440	- 14
Inskrivningar, bistånd som avser boende	13 488	12 992	13 193	12 546	13 153	- 2,5

Källa: Mängdregister över vuxna med missbruksproblem, Socialstyrelsen.

Stora regionala skillnader

Det finns stora regionala variationer inom missbruks- och beroendevården. När det gäller antalet individuellt behovsprövade insatser har vissa län haft en förhållandevis stor ökning under 2000-talet, medan andra haft en minskning, i något fall nästan en halvering. Samma gäller inskrivningar som avser

boende, där vissa län haft stora ökning, medan andra har haft proportionellt sett stora neddragningar.

Antalet vårddyggn har minskat med ca nio procent under 2000-talet. Även när det gäller antalet vårddyggn per person finns mycket stora variationer mellan länen, där framförallt storstadslänen ligger väsentligt över genomsnittet och andra ligger betydligt under.

Vissa län med proportionellt sett kraftiga förändringar tycks återkomma i statistiken, t.ex. med kraftiga neddragningar vad gäller såväl individuellt behovsprövade insatser som inskrivningar som avser boende. Samtidigt finns det län med motsatt utveckling, med en stark uppgång vad gäller t.ex. individuellt behovsprövade insatser samt inskrivningar i boende och familjehemsvård.

Missbruks- och beroendevårdens öppna insatser

I Socialstyrelsens kartläggning våren 2007 av 630 enheter inom missbruks- och beroendevårdens öppenvård uppgav närmare två tredjedelar att de bedriver behandling, medan övriga var inriktade på stödjande insatser [53]. Senare analyser har visat att indelningen i behandlings- respektive stödenheter kan vara omotiverad, skillnaderna är i realiteten små. Båda typerna kommer i kontakt med grupper med allvarliga problem och använder delvis samma metoder.

De flesta uppgav att de har ett brett utbud av insatser, som rådgivning, motivationsarbete, psykosocialt stöd, arbetsträning, abstinensbehandling, eftervård m.m. Eftersom den genomsnittliga enheten har relativt få anställda, är bredden i både utbudet och kompetensen i realiteten begränsad. Förhållandevis få i personalgrupperna har adekvat utbildning eller legitimation och ofta används både evidensbaserade och icke evidensbaserade metoder.

Större kommuner och storstadsregionerna har relativt gott om öppenvårdsmöjligheter jämfört med de mindre kommunerna. Personer med missbruks- och beroendeproblem i glesbygd eller mindre kommuner får således inte samma möjligheter att ta del av sådan öppenvård som de på större orter.

Inom missbruks- och beroendeområdet erbjuder allt fler kommuner öppenvård som service, dvs. vård och behandling utan biståndsbeslut (och därmed utan lagstadgad dokumentationsskyldighet). I olika sammanhang har påpekats att sådan vård kan innebära problem från rättsakerhetssynpunkt [10]. Möjligheten att vara anonym innebär också svårigheter att följa upp insatserna, på både individ- och gruppnivå. Samtidigt anses fördelen vara att man når fler genom denna serviceverksamhet.

Fler unga kvinnor i tvångsvård för vuxna

Mindre än tio procent av institutionsvården är tvångsvård enligt LVM.²² Antalet tvångsvårdade minskade dramatiskt från mitten av 1990-talet till och med början av 2000-talet, men har sedan ökat igen. År 2007 var antalet

²² LVM, Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Socialstyrelsens register över vård enligt denna lag omfattar tre delar; ansökningar om vård, inskrivningar och utskrivningar. Registren upprättades 1994. De är baserade på personnummer, vilket ger möjlighet att följa enskilda över tid.

utskrivna 1 028 personer, vilket är en svag uppgång från året innan. Sedan 2003 har antalet utskrivna ökat med närmare 15 procent.

Tabell 6. Totalt antal kvinnor och män utskrivna från LVM-vård samt andel kvinnor respektive män (procent), 2003–2007.

	2003	2004	2005	2006	2007
Antal personer	877	819	822	970	1028
Andel kvinnor, %	31	35	34	34	35
Andel män, %	69	65	66	66	65

Källa: Socialtjänstregister över LVM-vård, Socialstyrelsen.

Ökningen av antalet tvångsvårdade vuxna kan till en del förklaras av den statliga satsningen ”Ett kontrakt för livet”, som startade 2005 (se nedan). Omkring två tredjedelar av de tvångsvårdade är män. År 2007 var kvinnorna ca 34 procent av dem för vilka socialnämnden ansökte om LVM-vård. I den yngsta åldersgruppen, 29 år eller yngre, är andelen kvinnor närmare 40 procent, medan männen dominerar stort de äldre åldersgrupperna.

En betydligt större andel av kvinnorna har missbrukat enbart narkotika eller haft ett blandmissbruk. Andelen kvinnor med enbart narkotikamissbruk har de senaste åren varierat mellan 42 och 49 procent, en nästan lika hög andel som för männen. Andelen kvinnor som vid ansökan om tvångsvård bedömts enbart missbruka eller vara beroende av alkohol är lägre, 25–33 procent, medan andelen bland män är 67–75 procent. Grovt sett är det i huvudsak två grupper som tvångsvårdas, yngre kvinnor som enbart missbrukar narkotika och äldre män som fördelar sig relativt jämnt på alkohol-, narkotika- och blandmissbruk; alkohol är dock något vanligare.

Tvångsvård av unga missbrukare

Trots att lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) ofta är tillämplig även på unga i åldersgruppen 18–20 år tillämpas LVM i en ökande utsträckning i denna åldersgrupp. Som skäl uppges att det periodvis är platsbrist vid Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem.

2007 beslutades om LVM för totalt 34 ungdomar, vilket är en ytterligare uppgång från året innan. Under perioden 1994–1998 skrevs i genomsnitt 12,2 ungdomar ut från LVM-vård. Motsvarande antal utskrivna ungdomar var 22,6 under perioden 2003–2007. Totalt har 261 ungdomar i åldersgruppen vårdats mellan 1994 och 2007.

Läkemedelsassisterad behandling

Behandling vid opiatberoende

Läkemedelsassisterad behandling för personer med opiatberoende fortsätter att öka.²³ Totalt fick 3 045 personer antingen metadon (1 462) eller bupre-

²³ Reglerna för behandlingen har genomgått förändringar under senare år. Sedan 1 januari 2005 gäller Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:8 (M)). 2006 publicerades även en handbok med kommentarer till föreskrifterna. En revision av föreskrifterna genomförs för närvarande.

norfin (1 583) någon gång under 2007.²⁴ 28 procent var kvinnor och 72 procent män. De flesta var i åldrarna 30–49 år. Den ojämförligt största gruppen är män i dessa åldrar. Ju äldre, desto högre andel metadon (buprenorfin introducerades senare än metadon för opiatberoende).²⁵ Under de första tio månaderna 2008 har antalet personer som fått metadon eller buprenorfin ökat ytterligare.

I vissa regioner saknas läkare som har rätt att ordinera läkemedels-assisterad behandling. Subutexbehandling t.ex. går inte att få i norra Sverige.

Behandling vid alkoholmissbruk

Läkemedel som kan användas mot alkoholberoende (främst akamprosat och naltrexon) förskrivs i för liten utsträckning i kombination med medicinsk rådgivning och uppföljningar. Preparaten rekommenderas i Socialstyrelsens riktlinjer, bl.a. för att de minskar alkoholsuget och risken för återfall. Förskrivningen har dock ökat under de senaste åren. Även om situationen är långt ifrån tillfredsställande är utvecklingen positiv.

År 2006 fick 11 728 personer läkemedel mot alkoholberoende, de flesta 50 år eller äldre och en tredjedel kvinnor. Användningen av dessa läkemedel ökar med stigande ålder för kvinnor såväl som män. Något över 7 000 personer fick preparatet akamprosat, medan färre (4 711) använde naltrexon. Fördelningen på de båda preparattyperna var tämligen jämn mellan könen och olika åldrar. År 2007 fick omkring 13 000 personer sådana läkemedel, en ökning med närmare tio procent. Under de tio första månaderna 2008 använde drygt 12 000 personer något av preparaten.

I den nämnda fokusgruppen togs upp att behandling med läkemedel används för lite. Vårdcentralerna borde arbeta mer förebyggande och ta upp frågan i relevanta fall, men ofta saknas kunskap hos läkare. Några lösningar som nämndes var kommunalt finansierad drogrådgivning med viss läkartid och samarbete med företagshälsovården, där företag och kommun delar på kostnaden. Ett annat problem är att många med missbruksproblem inte löser ut sin medicin för att de har en skuld på apoteket. Man ansåg att det borde ges ekonomiskt bistånd för dessa kostnader.

Aktuella erfarenheter från några kommuner

Samarbete med hälso- och sjukvården en utmaning

I Socialstyrelsens fokusgrupp på missbrukstemat menade deltagarna att samarbetet med landstingets vårdenheter är en av de största utmaningarna. Oftast handlar det om samarbete med psykiatrin. För personer med s.k. sam-sjuklighet eller diffusa problem behövs kunskap om och förståelse för klientens funktionsnivå, och/eller neuropsykiatriska utredningar. I en del kommuner har IFO ett bra samarbete med hälso- och sjukvården. Gemensamt

²⁴ Enligt läkemedelsregistret i registret räknas samtliga personer som någon gång tagit ut preparaten under året. Statistiken innefattar därmed även personer som skrivits ut från eller avbrutit behandlingen under året. Redovisningen innefattar uttag t.o.m. oktober 2008.

²⁵ Suboxone är ytterligare ett preparat som har introducerats på senare tid. Preparatet är en kombination av buprenorfin och naloxon och ingår här under buprenorfin.

för de deltagande kommunerna är dock att ingen har lyckats över hela linjen, dvs. med både slutenvårdspsykiatri och den öppna psykiatri eller både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. I en kommun där IFO har gott samarbete med psykiatri överlag finns ändå problem vad gäller personer med s.k. samsjuklighet. ”De skyfflas runt och huvudproblemet är vem som ska behandla. Det gäller både män och kvinnor, även med hemmavarande barn.” Lösningarna beror på kommunens förutsättningar och geografiska läge. I en kommun köper IFO in utredningar från psykiatriker, men tycker egentligen att psykiatri borde göra dem. Vidare varierar tillgången till avgiftning och abstinensbehandling mycket inom och mellan regioner, med stor betydelse för klienterna och IFO:s insatser.

Även frivilligorganisationerna påtalar att det saknas möjlighet till avgiftning på många platser i landet och att personer med sammansatta problem fortfarande riskerar att falla mellan stolarna. Samtidigt ser flera av organisationerna en positiv utveckling med mer samverkan mellan IFO och frivilligsektorn.

Kompetenshöjning behövs

Deltagarna i fokusgruppen menade att kompetensnivån behöver höjas hos handläggarna och att det behövs kontinuerlig vidareutbildning i verksamheterna – för att höja kvaliteten, för kvalificerade utredningar och för kunskap om nya droger.

Det fanns positiva erfarenheter av gemensamma utbildningssatsningar. Ett exempel var en kartläggning av kompetensen inom den aktuella regionen, samt som ett andra steg gemensam utbildning inom beroende- och missbruksområdet. En mindre kommun efterlyste ett länsövergripande beroendecentrum.

I flera kommuner har man erbjudit all berörd personal utbildning i bedömningsinstrumentet ASI, men det tar tid innan det syns i praktiken – många har ännu inte upptäckt fördelarna med instrumentet. Betydelsen av att arbetsledningen visar intresse och driver på i kompetensfrågan framhölls.

I en större kommun har några handläggare gått en utbildning i beroendepsykologi och därmed kunnat identifiera fler klienter med intellektuella begränsningar. När de därmed förstår bättre vad respektive klient klarar av kan de också ställa mer relevanta krav och ge adekvat stöd.

Allt går inte att lösa på hemmanplan

Många kommuner har under flera år satsat mycket på hemmaplanslösningar och gjort stora omprioriteringar i budgeten. Nu är det svårt att komma längre. Institutionsplaceringar är ibland nödvändiga. Det kan vara pedagogiskt svårt för IFO att förklara detta för politikerna, som oroas när LVM-vården ökar. Deltagarna menar att placeringarna är av annan typ idag, med många yngre och med diagnoser som kräver andra insatser än de som mindre och medelstora kommuner kan ge på hemmaplan.

Missbruk bland föräldrar

I Socialstyrelsens fokusgrupp togs upp att även om kommunen har handlingsprogram för gravida med alkoholproblem, finns ofta inte lika mycket kunskap om narkotikaberoende, t.ex. inom mödrahälsovården. Det är också dåligt med uppföljning och stöd från IFO och barnhälsovården efter det att barnet är fött.

I en av de deltagande kommunerna fokuserar IFO nu mer på föräldraskap och missbruk. Det saknas mycket kunskap om detta och man anser att det krävs en attitydförändring bland socialsekreterare, så att kvinnor med barn vågar kontakta IFO för sina beroendeproblem.

Kvinnor med missbruk och unga vuxna

Kvinnor med missbruksproblem kan enligt kommunerna i fokusgruppen vara svåra att identifiera och komma i kontakt med. I en kommun har man en fältsekreterare med särskild inriktning på denna grupp, en annan förlitar sig på samverkan med andra. Mycket återstår att göra. Även om kvinnor med missbruk och beroende är svåra att nå så är erfarenheten att de har ökat i antal och är i dåligt skick när de väl kommer. I en kommun som har ett s.k. öppet intag utgör kvinnorna hälften av klienterna, medan andel kvinnor med missbruk eller beroende som socialkontoret har kontakt med är lägre. Det är framför allt de missbrukande yngre kvinnorna som ökat.

Enligt deltagarna i fokusgruppen har kvinnor och även ungdomar svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda. Det finns ett stort behov av verksamhet som riktar sig till unga, med ett innehåll som svarar mot deras behov och intressen. Unga vuxna i åldrarna 18–25 år uppgavs vara svårast att motivera.

Även KSAN, Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor, uttrycker oro för att flickors och kvinnors behov inte tillgodoses.

Kvalitetsutveckling

Socialstyrelsen har ringat in tio centrala kvalitetsområden som är viktiga för en god missbruksvård (organisation och insatser, tillgänglighet, samverkan, delaktighet, utredning och dokumentation, specialiserade/riktade stöd- och vårdformer, personalens kompetens, säkerhet och jämställdhet, ledning och styrning samt information). Områdena stämmer ganska väl med vad som kommit fram i diskussioner med Socialstyrelsens brukarråd.²⁶ Brukarrådet vill bl.a. särskilt uppmärksamma frågor som rör attityder, tystnadsplikt, avgiftningsplatser och eftervård. Särskilda kvalitetsaspekter, menar man, är köns- och åldersanpassad vård och behandling samt möjligheten för hemlösa att efter avslutad behandling få tillgång till egen bostad.

Mindre kommuner har svårare att uppfylla kvalitetsområdena, jämfört med större [54]. Det talar för att kvalitetsvinster kan uppnås genom samarbete med andra kommuner eller med landsting, t.ex. i form av gemensamma mottagningar.

²⁶ Ett brukarråd för missbruksfrågor inrättades i september 2008, med representanter för 13 organisationer.

Öppna jämförelser bättre underlag för beslut

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att samla in data om olika aspekter av kvalitet och tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården samt att redovisa dessa i öppna jämförelser. En första redovisning görs i juni 2009. Jämförelserna kommer att ta sin utgångspunkt i enkäter, data från hälsodataregister (exempelvis dödsorsaksregistret, patientregistret och läkemedelsregistret) samt en värdering av information på kommunernas och landstingens hemsidor.

Öppenheten i jämförelserna ligger i att det går att förstå vad jämförelserna grundar sig på, att redovisningen är öppen och att alla kommuner, stadsdelar och landsting värderas och jämförs.²⁷ Informationen ska kunna användas av patienter, brukare och anhöriga, men även som underlag för verksamhetsutveckling och prioriteringar.

²⁷ Se t.ex. Äldreguiden, där kommuners och enskilda verksamheters äldreomsorg jämförs på www.socialstyrelsen.se

IFO:s boendeinsatser

- Det finns ett starkt samband mellan vräkning och hemlöshet. Att förebygga vräkning är en viktig del i de samlade insatserna mot hemlöshet.
- Samverkan är viktig för att motverka hemlöshet. Den underlättas av tydliga mål och mandat, tydlig ledning och tydliga roller.
- Sju av tio kommuner upplåter bostäder med andrahandskontrakt till hemlösa personer, där boendet är förenat med tillsyn, särskilda villkor eller regler.

IFO arbetar med allt fler insatser som rör boende och boendestöd för grupper av människor som står eller riskerar att ställas utanför den ordinarie bostadsmarknaden. Personer med missbruk och beroende är en stor riskgrupp. I kartläggningen år 2005 om hemlöshetens omfattning och karaktär hade ca 60 procent av de 17 800 hemlösa personerna missbruksproblem [55].

Hemlöshet är en aktuell fråga i hela Europa och det finns en strävan att hitta modeller att följa hemlösheten för jämförelser och kunskapsutbyte. Många problem är gemensamma, men en del skiljer sig åt mellan länderna. I den svenska generella välfärdsmodellen är en viktig aspekt att allmännyttan vänder sig till alla hushåll [56]. FEANTSA²⁸ är en paraplyorganisation för frivilligorganisationer, men även kommuner och andra myndigheter är välkomna att delta i utvecklingsarbetet. Kommunerna erbjuder bl.a. personalutbyte med andra europeiska kommuner samt konferenser på temat.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samråd med Boverket, Kronofogdemyndigheten och Kriminalvården samt Sveriges kommuner och landsting leda och samordna arbetet med regeringens strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden [57, 58].

En omfattande sekundär bostadsmarknad

Hemlösheten är en social- och bostadspolitisk fråga. Allt färre kommuner har ett överskott av lägenheter, enligt Boverkets årliga Bostadsmarknadsenkät (BME) [59]. Samtidigt som allt fler kommuner har balans totalt sett på bostadsmarknaden, är det ofta bostadsbrist på centralorten. 44 procent har brist på bostäder och befarar att bristen kommer att öka. Antalet lägenheter inom allmännyttan fortsätter att minska.

Det blir allt svårare att kvalificera sig på bostadsmarknaden. Både tillgången till bostäder och de krav hyresvärdarna ställer påverkar hemlösheten. Kommunerna har byggt upp en rad speciallösningar med kategoriboen-

²⁸ The European Federation of National Organisations Working with the Homeless, www.feantsa.com

den, träningslägenheter och sociala kontrakt för människor som inte lyckas etablera sig som hyresgäster på den ordinarie bostadsmarknaden.

Enligt BME upplåter sju av tio kommuner bostäder med andrahandskontrakt, där boendet är förenat med tillsyn och/eller särskilda villkor, uppskattningsvis ca 11 000 lägenheter. Enligt sex av tio kommuner är tanken att den hemlösa personen ska ta över kontraktet. Ca tio procent fick ta över kontraktet år 2007, ca fem procent flyttade vidare till annan egen bostad.

Den sekundära bostadsmarknaden finns i samtliga kommuntyper och regioner (mest i storstäderna), men utan tydlig koppling till generell bostadsbrist. Det finns fler sådana lägenheter i kommuner med balans eller överskott på bostadsmarknaden. En förklaring kan enligt rapporten vara att de kommuner som har bostadsbrist oftare tvingas till akuta insatser.

I Socialstyrelsens uppföljande intervjuer om den sekundära bostadsmarknaden, med frågor till 20 kommuner, tas bl.a. upp att hyresvärdar inte godtar försörjningsstöd som inkomst. Detta bidrar till inlåsnings effekter på den sekundära bostadsmarknaden. Personer som, om de får adekvata stödinsatser, skulle kunna erbjudas förstahandskontrakt får inte denna möjlighet. Alla kommuner har inte systematisk kunskap om situationen för barn och barnfamiljer inom den sekundära bostadsmarknaden [60].

En komplex fråga som kräver samverkan

Orsakerna bakom hemlösheten är många och olika lösningar krävs. Arbetslöshet, brist på utbildning, segregation och fattigdom är faktorer som har stor betydelse. Samarbete mellan myndigheter, kommuner och landsting, bostadsföretag och organisationer är en förutsättning för att kunna motverka hemlöshet. Personer med missbruk och beroende har ett stort behov av stödinsatser för att öka sina möjligheter att få och behålla en bostad. Statens institutionsstyrelse har med sin satsning ”Ett kontrakt för livet” pekat på vikten av en god eftervård, där boendet efter behandling har hög prioritet [52].

Vägledning i att förebygga vräkning

Socialstyrelsen och Kronofogdemyndigheten har på uppdrag av regeringen tagit fram en vägledning till stöd för kommunerna och andra aktörer i det vräkningsförebyggande arbetet. Den beskriver vräkningsprocessen och relevanta lagar samt ger ett konkret metodstöd, utifrån goda exempel och processbeskrivningar. Ett flertal kommuner har bidragit med sina erfarenheter.

Att förebygga vräkning är en viktig del i de samlade insatserna mot hemlöshet. Personer med missbruk och beroende är en riskgrupp när det gäller vräkning och hemlöshet. Samverkan för att motverka hemlöshet och för ett framgångsrikt förebyggande arbete underlättas av tydliga mål, skriftliga avtal, mandat och en tydlig ledning samt att parternas respektive roller klar görs [61].

Lokalt utvecklingsarbete

Våren 2008 fanns det statliga utvecklingsmedel att söka för lokalt utvecklingsarbete, där IFO är en viktig part tillsammans med övriga aktörer. Målen

i hemlöshetsstrategin ska tydligt genomsyra satsningen, liksom brukarperspektivet. Viktiga områden är förebyggande insatser och metodutveckling för de mest utsatta, med kompetens från socialtjänst, hälso- sjukvård (t.ex. psykiatri) och frivilligorganisationer. 23 lokala hemlöshetsinsatser har fått medel, varav 14 vänder sig till personer med missbruk och/eller beroende. Satsningen kommer att utvärderas. Tidigare utvärderingar visar att det behövs långsiktighet och väl definierade arbetsätt snarare än tillfälliga projekt [62, 63].

En utvärdering visar att det är viktigt med flexibilitet i uppsökande arbete med hemlösa personer som är svåra att nå [64]. I det lokala utvecklingsarbetet pågår även fyra forskningscirkelklar med fokus på utveckling av det uppsökande arbetet bland hemlösa. Cirkelklarnas samlade erfarenheter kommer att sammanfattas i en vägledande skrift.

IFO och metoder att arbeta mot hemlöshet

IFO arbetar aktivt med boendefrågorna. 1 november 2007 fick 5700 personer med missbruksproblem bistånd avseende boende (4 kap. 1 § SoL), liksom 7500 personer över 21 år utan missbruk [65].²⁹

Många kommuner har byggt upp olika typer av boendetrappor för att underlätta ett självständigt boende [66]. En kunskapsöversikt över forskning om effekter av olika boendelösningar visar att det är främst två boendeprogram som förekommer i de internationellt publicerade effektutvärderingarna, ”Bostad först” och vårdkedjemodeller (liknande Trappstegsmodellen, främst när det gäller kedjetanken) [67]. I ”Bostad först” ska bostaden vara så permanent som möjligt. Vårdkedjemodellen kompletteras med stöd och vård integrerat, medan det i ”Bostad först” ingår stödinsatser skilda från boendet. Översikten visar att ”Bostad först” är en mycket lovande modell. Vårdkedjan kan inte heller anses vara utan effekt för en del personer. Resultaten behöver nu vägas samman med praktikens erfarenheter och brukarnas synpunkter och erfarenheter [68].

Det behövs bättre data för att följa hemlösheten

Socialstyrelsen har genomfört tre nationella kartläggningar över hemlöshetens omfattning och karaktär, 1993, 1999 och 2005 [55]. Kunskap är en förutsättning för ett effektivt arbete för att motverka hemlöshet. Med ett system för fortlöpande uppföljning blir det lättare att bedöma effekten av olika åtgärder. Det finns nationell statistik och rapporter som ger värdefull information om omfattningen av hemlöshet i specifika grupper och en del kommuner gör egna kartläggningar. Av de 129 kommuner som i BME svarat att de kartlagt hemlösheten, var det bara 22 som hade gjort det systematiskt [69]. Socialstyrelsen lämnade 2008 ett förslag till regeringen på en sammanhållen metodik för att kartlägga hemlösheten i kommunerna [58].

²⁹ I statistiken ingår alla typer av boenden: härbärgen, korttidshem, gruppboende, inackorderingshem, kategoriboenden, jourboenden, träningslägenhet, försökslägenhet, övergångslägenhet, hotell samt boende där socialtjänsten är kontraktsinnehavare, dvs. sociala kontrakt och liknande.

Stöd till brottsoffer och anhöriga

- Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnar våld och män som utövar våld utvecklas, men variationerna mellan kommuner är stora.
- Utvecklingsmedel söks i högre grad för kommunal verksamhet på kvinnofridsområdet.
- Det saknas fortfarande kunskap och kompetens om våldsfrågor, bl.a. hur man ska upptäcka våld, och det brister i barnperspektiv.
- Boende till skydd och stöd för våldsutsatta med särskilda behov saknas i stor utsträckning. Detta gäller särskilt kvinnor med missbruksproblem.
- I arbetet med våldsutsatta kvinnor med missbruk finns en tendens att osynliggöra våldsproblematiken.
- Nya nätverk med kommuner och andra aktörer skapas för dem som möter våldsutsatta missbrukande kvinnor.

Våld från närstående är ett omfattande och mångsidigt problem, med bl.a. juridiska, folkhälsomässiga, sociala, ekonomiska och jämställdhetsrelaterade dimensioner. Med våld avses i detta sammanhang fysiskt våld, hot, sexuellt våld, psykiskt våld och ekonomisk kontroll [70].

IFO:s ansvar för stöd till brottsoffer och deras anhöriga har förtydligats i lagstiftningen flera gånger under de senaste åren. Senast 1 juli 2007 byttes ordet *bör* mot att socialnämnden särskilt *ska* beakta våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Barn som utsätts för upplevelser av våld i familjen ses numera också formellt som offer för brott.

Stöd för unga brottsoffer, dvs. ungdomar som utsätts för hot och våld av jämnåriga, är ett annat relativt nytt område för IFO. Särskilda stödcentra för samverkan mellan polis och socialtjänst finns än så länge i drygt tjugo kommuner [71].

Kvinnor som utsätts för våld och deras barn

Våld mot kvinnor är en allvarlig kränkning av såväl kvinnans som barnets mänskliga rättigheter, enligt den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna och flera andra konventioner och deklarationer. Det är varje kvinnas och varje barns rätt att skyddas från och få stöd vid sådana kränkningar och myndigheternas skyldighet att uppfylla dessa rättigheter.

Sedan våld mot kvinnor av närstående uppmärksammats som samhällsproblem har främst ideella kvinnojourer stått för skydd och stöd till misshandlade kvinnor, med varierande ekonomiskt stöd från kommunerna. I två propositioner signalerade regeringen en ambitionshöjning och avsatte sär-

skilda utvecklingsmedel på området [72, 73]. Sedan några år har fler kommunala verksamheter till stöd för såväl våldsdrabbade kvinnor som barn som bevittnat våld vuxit fram. Även behovet av behandling för män som utövar våld har börjat uppmärksammas.

Socialstyrelsen har under 2007 och 2008 fått ett antal regeringsuppdrag om våld mot kvinnor från närstående. Socialstyrelsen och länsstyrelserna har också i uppdrag att förmedla utvecklingsmedel till kommunerna för att förstärka insatser för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld [73].³⁰ Regeringen anser att det ska finnas tillgång till skyddat boende för alla kvinnor som behöver det, även om de har missbruksproblem eller funktionshinder, för kvinnor med utländsk bakgrund samt äldre kvinnor. Boendet bör enligt Socialstyrelsens mening innehålla mer än bara skydd och boende, t.ex. stödsamtal. Socialstyrelsen väljer därför att använda begreppet *boende till skydd och stöd*. Sådant kan t.ex. omfatta en lokal med adekvat skalskydd, tillgänglig för alla kvinnor oavsett funktionshinder, missbruk, sexuell läggning m.m., anpassad efter antalet boende och deras särskilda behov, med personal dygnet runt. Det är väsentligt att personalen har utbildning och kompetens för att hantera risksituationer och för att ge omhändertagande, råd och stöd. Det är lämpligt att det finns utrymme och utrustning för att ta emot barn, att det finns personal med kompetens för att ge stöd till barn samt beredskap, kompetens och organisation för samverkan med polis, socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Var fjärde kvinnomisshandel anmäls

Enligt kriminalstatistiken anmäldes det år 2007 drygt 19 500 brott som rubricerades som misshandel mot kvinna (15 år eller äldre) av bekant.³¹ I 81 procent av fallen var gärningsmannen bekant med kvinnan. Enligt en studie från 90-talet handlade två tredjedelar av misshandelsfallen med bekant gärningsman om våld från kvinnans partner eller före detta partner [74]. Uppskattningsvis polisanmäls mellan en fjärdedel och en femtedel av sådana brott.

Enligt SCB:s undersökning av levnadsförhållanden uppgav 2,8 procent av de tillfrågade kvinnorna år 2006 att de utsatts för något våld eller hot i en bostad under det senaste året [75]. Enligt den senaste fördjupade undersökningen (från år 2000) uppgav 1,5 procent av kvinnorna att de hade utsatts för våld av en nära bekant. Enligt Brås nationella trygghetsundersökning uppgav två procent av tillfrågade kvinnor att de utsatts för misshandel under år 2006, 27 procent av dem av en närstående [76].

I Socialstyrelsens officiella statistik om socialtjänsten går det för närvarande inte att följa stöd och insatser som motiveras av att en person är utsatt för våld av närstående.

³⁰ 108,25 miljoner kr. ska utbetalas årligen under 2007 och 2008 till kommunerna för att förstärka kvinnojourverksamheten och kvalitetsutveckla stödet till våldsutsatta kvinnor och deras barn, t.ex. genom kvinno- och brottsofferjourverksamhet.

³¹ Sedan år 2007 finns också kategorin misshandel mot kvinnor 18 år eller äldre av bekant. Brotten redovisas fördelade på om de begåtts i en nära relation eller inte (brott inomhus).

Stor del av insatserna görs fortfarande ideellt

De ideella kvinnojourerna ger fortsatt ett väsentligt stöd till våldsutsatta kvinnor och deras barn. 34 av Sveriges kvinnojourers riksförbunds (SKR) medlemsföreningar (av sammanlagt 64) hade under 2007 kontakt med knappt 29 000 hjälpsökande och erbjöd ca 1 000 kvinnor och barn jourboende [71]. Riksorganisationen Sveriges kvinnojourers (ROKS) medlemsjourer hade närmare 50 000 kontakter med hjälpsökande kvinnor och erbjöd ca 1 750 kvinnor och barn boende [77].

IFO:s stöd till våldsutsatta kvinnor utvecklas

Det finns stora skillnader mellan olika kommuner och regioner, t.ex. vad gäller information till allmänheten om stöd och hjälp för våldsutsatta.³² Kvinnofridslinjen (se sid. 52) har genomfört två kartläggningar av kommunernas information på hemsidor. Det finns fortfarande stora brister, men en tydlig utveckling är på gång [80]. År 2007 saknade 47 procent av kommunerna helt information på sina hemsidor. Ett år senare hade denna andel sjunkit till 18 procent. Informationen har också generellt blivit mer omfattande och genomsnittsbetyget höjdes från 2,1 till 3,6 på en femgradig skala.

Inom socialtjänsten finns fortfarande brist på kunskap om våld av närstående, om våldets karaktär och hur det påverkar dem som drabbas. Det saknas tillräcklig kompetens inom de flesta enheter, särskilt inom äldre- och handikappomsorgen. I många kommuner har dock IFO kommit längre.

Svårt att upptäcka våld inom socialtjänsten utan direkta frågor

Ett grundläggande problem är att man ofta inte känner till när kvinnor i pågående ärenden är eller har varit utsatta för våld av närstående. Erfarenheterna visar att de kommuner som har egen verksamhet för våldsutsatta kvinnor får en ökad kännedom om kvinnors utsatthet för våld.

Mörkertalen är sannolikt stora även för äldre kvinnor, kvinnor med funktionshinder, med utländsk bakgrund och kvinnor som lever i missbruk, liksom våldsutsatta kvinnor i samkönade relationer. För kvinnor som lever i missbruk och drogberoende tycks flera faktorer bidra till ett högre mörkertal. Inte minst kan fokus på påtagliga sociala problem skymma våldet. Våldsutsatta kvinnor kan också undvika att söka hjälp för att de upplever att de har mycket att förlora, kanske särskilt kvinnor med välordnade förhållanden, som inte vill komma i kontakt med socialtjänsten. IFO uppger att man inte når gruppen kvinnor med utländsk bakgrund, bl.a. för att information sällan finns på främmande språk. Ytterligare ett hinder uppges vara att vissa av kvinnorna inte kan räkna med stöd från släkten om de separerar. Personer som utsätts för våld i samkönade relationer är enligt de intervjuade representanterna för socialtjänsten en osynlig grupp som man möter mycket sällan, särskilt i mindre kommuner.

³² Källor till avsnittet (utom vid särskild hänvisning): Fokusgrupper med socialsekreterare och social-/IFO-chefer om behov och problem i socialtjänsten, som en del i uppdraget att ta fram ett förbättrat kunskapsstöd för socialtjänsten. Externa referensgrupper med representanter för myndigheter och frivilligorganisationer. Länsstyrelsens förstärkta tillsyn om stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld år 2008 och i början av 2009 i ett 80-tal kommuner. (Resultaten redovisas regionalt våren 2009 samt samlat i december 2009.)

Hedersrelaterat våld och förtryck mot kvinnor och flickor upplevs också som mycket svårt att upptäcka och handlägga på ett tillfredsställande sätt, t.ex. beträffande hur man ska hantera lagstiftningens regler om föräldrars insyn m.m.

För att upptäcka att kvinnor är eller har varit utsatta för våld och att barn har bevittnat våld kan man använda metoder för att rutinmässigt ställa frågor, s.k. screening, till samtliga kvinnor man möter. Det förekommer i princip ingen screening inom socialtjänsten i landet. Många är osäkra på hur de ska ställa frågor om våld och följa upp dem. Screening inom andra områden visar att det generellt inte upplevs som kränkande att få frågor om våld.

Boende till skydd och stöd

Kommunerna menar att det största problemet är tillgång till boende för våldsutsatta kvinnor, såväl boende till skydd och stöd som boende på längre sikt, i den egna kommunen eller i en annan kommun. Det beror dels på hur bostadsmarknaden är organiserad och dels på bristen på bostäder generellt sett.

Kommunrepresentanterna menar att IFO:s insatser vad gäller akut boende i många fall innebär en övervältring på ideella kvinno- och brottsofferjourer; den enda insats de kan ge till skydd och stöd är boende på jouren.

Samverkan inom kommunen och med andra aktörer

I en del kommuner fungerar samverkan väl mellan polis, hälso- och sjukvård och socialtjänst, medan det i andra brister i information mellan myndigheterna. Kunskap om att en kvinna med barn är våldsutsatt förs inte alltid vidare till IFO. Det finns också brister i samverkan mellan familjerätten och enheter som handlägger barnavårdsutredningar, mellan IFO och andra delar av socialtjänsten, liksom mellan olika enheter inom IFO och andra aktörer, t.ex. psykiatrin, särskilt barn- och ungdomspsykiatrin. I vissa fall menar IFO att BUP inte har kunskap om vad det betyder för barn att ha bevittnat våld.

Behovet att utveckla den interna samordningen och samverkan har framkommit i fokusgrupper och vid kommunbesök. Ett exempel på intern samverkan när det gäller våldsutsatta kvinnor med missbruk finns i Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning i Stockholm. Våldsutsatta kvinnor med missbruksproblematik ”dubbelhandläggs”, vilket innebär att beroendeheten och kvinnofridsteamet träffar kvinnan tillsammans och både kartlägger våldet och gör en strukturerad intervju om missbruket. Utredningen görs gemensamt och både missbruket och våldsutsattheten vägs in i bedömningen.

Drygt hälften av de ROKS-jourer som sökt utvecklingsmedel menade att samarbetet med den ansvariga kommunen kring ansökan fungerade bra [78].³³ En knapp tredjedel menade att samarbetet inte fungerade bra eller alls. Kvinnojournerna ”står inför en ny situation med förväntningar på samverkansträffar, förhandlingar och möten”, vilket ställer nya krav som inte är anpassade efter de ideella föreningarnas verklighet.

³³ Kvinnojoursorganisationen ROKS har i en särskild rapport år 2008 presenterat en egen granskning av utvecklingsmedlen och hur de har fördelats av länsstyrelserna.

Ofta brister i dokumentationen

Av länsstyrelsernas tillsyn framgår att dokumentationen i många fall är bristfällig. Många gånger saknas dokumentation av våldet i ärenden där det förekommer eller funnits våld. Det finns även relativt många fall som inte lett till utredning, där det enligt länsstyrelsernas preliminära bedömning borde ha gjort det. Socialtjänsten tycks vidare ha svårt att uppmärksamma våldsutsatta kvinnor som lever i missbruk och hantera dessa ärenden. Akterna fokuserar ofta på missbruket och saknar beskrivningar av våldet.

Barnperspektiv saknas

Det finns enligt vissa länsstyrelser tecken på ett bristande barnperspektiv i handläggningen, IFO tycks ibland inte ha sett allvaret i att barn bevittnar våld. Akterna beskriver inte det våld som förekommit ur barnets perspektiv. Handläggare tycks också i liten utsträckning samtala med barn i dessa ärenden.

Kvinnofridslinjen

Nationellt centrum för kvinnofrid fick under 2006 ett regeringsuppdrag att bygga upp en nationell stödtelefon för kvinnor som utsätts för våld av närstående. Kvinnofridslinjen startade i december 2007. Den är öppen dygnet runt, alla dagar, och bemannas av främst socionomer och sjuksköterskor. Under det första året har cirka 70 samtal besvarats per dygn [79].

Utvecklingsarbete

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp och utvärdera satsningen på utvecklingsmedel till kommunernas kvinnofridsarbete.³⁴ Till skillnad från år 2006 kunde nu endast kommunerna söka utvecklingsmedel, och det är betydligt fler kommuner som har sökt. Av särskilt framlyfta grupper tas våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem upp minst ofta i ansökningarna.

Tabell 7. Utvecklingsmedel – ansökningar, 2007/2008

Antal kommuner som sökt medel	153
Antal ansökningar från kommunerna	298
Antal kommuner som berörs	246
Helt eller delvis beviljade	259
Ansökan rör kommunens insatser	174
Ansökan rör kvinnojourens insatser	144

Tabell 8. Utvecklingsmedel – målgrupper, 2007/2008

Grupp kvinnor	Ansökningar
Med utländsk bakgrund	148
Med funktionshinder	129
Med missbruksproblem	108
Äldre	109

³⁴ Enligt regeringsbeslut utbetalades 108,25 miljoner kr per år under år 2007 och 2008 till kommunerna. Syftet var att förstärka kvinnojourverksamheten och kvalitetsutveckla stödet till våldsutsatta kvinnor och deras barn, exempelvis genom kvinno- och brottsofferjourverksamhet. En delrapport lämnades den 1 juni 2008.

Insatser för våldsutsatta kvinnor med missbruk

Kvinnor med missbruksproblematik är särskilt utsatta. Det finns inga säkra uppgifter om hur många de är. De få studier som publicerats visar bl.a. att kvinnor med missbruk också utsätts för våld av andra än närstående i sin omgivning samt att de ofta bagatelliserar våldet, t.ex. inför IFO, av rädsla för att förlora vårdnaden om sina barn [81]. Kvinnor med missbruk kan också av samma skäl tveka att alls vända sig till IFO eller andra myndigheter. Vissa drogberoende kvinnor undviker också all kontakt med polisen.

Hos IFO finns en tendens att inte se våldsproblematiken i denna grupp, eller att se på våldet enbart som en konsekvens av missbruket.

Bristande sociala nätverk kan vara en av flera faktorer som gör att kvinnorna inte lämnar de våldsutövande männen. Beroendet av männen kan vara såväl ekonomiskt som röra boendet och tillgången till droger.

Våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem har dessutom särskilt stora svårigheter att få boende till skydd och stöd. Många gånger finns endast härbärgen att tillgå.

Det finns behov av verksamheter som enbart riktar sig till kvinnor och där inte endast missbruket utan även våldet uppmärksammas.

Särskilda verksamheter för kvinnor med missbruksproblem

I de 108 ansökningar om utvecklingsmedel till länsstyrelserna som inkluderar målgruppen ”våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem”, angav 21 kommuner ”nytt jourboende” som en av flera projektinsatser. Vid en uppföljning i november 2008 hade endast tre kommuner etablerat jourboende för denna grupp, men ett antal planerar att starta olika verksamheter för målgruppen under 2009. I Norrköping beräknas t.ex. boendet ”Elsa” för våldsutsatta kvinnor med missbruk med akuta behov (18 platser i 14 lägenheter) att öppna i september 2009.

I Malmö pågår ett arbete för bättre boende för hemlösa missbrukande kvinnor inom en nationell satsning mot hemlöshet. Syftet är bland annat att förbättra stödet till kvinnorna genom att ta hänsyn till hela deras livssituation, att uppmärksamma deras behov av skydd mot våld, att skapa nätverk och samverkan mellan olika aktörer, att höja metodutvecklingskompetensen för omhändertagande hos berörda professionella och att höja kvaliteten på boenden i Malmö (se vidare om Fribo nedan).

Inom ramen för satsningen har ett nationellt nätverk (KIM, Kvinnofrid i Missbruksfrågor) bildats för dem som möter våldsutsatta missbrukande kvinnor.³⁵ Nätverkets fokus ligger på erfarenhetsutbyte, kunskapsinhämtning samt etablering av ett brett kontaktnät. En handbok för yrkesverksamma om våldsutsatta kvinnor i missbruk har också tagits fram.³⁶

I Stockholm driver Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL) Qjouren, en kvinnojour för våldsutsatta kvinnor med missbruksproblematik. Där erbjuds stödsamtal, rådgivning och stöd med

³⁵ KIM-nätverket består av representanter för socialtjänst, frivilligorganisationer, stiftelser och behandlingshem m.m. på nitton orter i landet.

³⁶ ”Respektera mig!” Handbok för yrkesverksamma om våldsutsatta kvinnor i missbruk.

vissa praktiska saker, som att få kontakt med jurist eller att någon följer med till exempelvis socialtjänsten eller rättegång.

Rosen i Storvik, Gävleborgs län, är ett behandlingshem för kvinnor med missbruk, där man arbetar med missbruk och våld som två huvudproblem.

Akut boende till skydd och stöd saknas ofta

Ett antal kommuner, av vilka några har beviljats utvecklingsmedel, arbetar för att förbättra tillgången till boende för akuta behov av skydd och stöd för våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem.³⁷ Behovet av sådant boende är svårbedömt, men svårigheten att ordna akut boende är i regel känd inom IFO, då de flesta kvinnojourer och kommunala boenden inte tar emot kvinnor med missbruk. Det beror bland annat på bristande kompetens, ingen dygnet-runt-bemannning och risken att kvinnor i aktivt missbruk kan avslöja det skyddade boendet.

Exempel på boende till skydd och stöd

Det finns dock exempel på verksamheter som är särskilt inriktade på att ta emot just denna grupp av våldsutsatta kvinnor, t.ex. Fribo i Malmö, som startade i mars 2007. Det är direktintag till boendet dygnet runt utan biståndsbeslut. Kvinnorna kommer själva eller via polis, socialjouren eller hälso- och sjukvården. Fribo samarbetar med prostitutionsgruppen. Under det första året tog Fribo emot 50 kvinnor. Vissa kvinnor flyttar över till det längre boendestödet i samma hus, Rönbackens kvinnohärberge, som är mer regelstyrt, och där man också arbetar med våldet.

Villa Vägen ut! Karin i Göteborg är en verksamhet som erbjuder boende och arbete för kvinnor som beslutat sig för att sluta med droger och/eller kriminalitet. I boendet gäller drogfrihet, men det finns också två särskilda jourplatser som ger möjlighet för våldsutsatta kvinnor i ett aktivt missbruk att få skydd och någonstans att bo akut.

Samverkan mellan kommuner börjar växa fram

En del kommuner där IFO förhållandevis sällan kommer i kontakt med kvinnor med missbruk som utsätts för våld väntar på gemensamma lösningar med andra kommuner eller på länsnivå. Skyddat boende för våldsutsatta kvinnor och deras barn var en av tre frågor för möjlig samverkan som kommunalförbundet Region Hallands kvinnofridsnätverk nyligen har identifierat och utrett. I en förstudie föreslogs ett länsgemensamt skyddat boende för stöd till bl.a. våldsutsatta kvinnor med missbruk. Bara en kommun var positiv, medan övriga avvisade det med hänvisning till att befintliga lösningar är tillräckliga eller att frågan behöver utredas vidare.

Eskilstuna kommun tog under 2007, inom ramen för ett projekt mot hedersrelaterat våld, initiativ till ett nätverk för att underlätta för vuxna kvinnor som på grund av utsatthet för våld eller hot omedelbart behöver flytta till en annan kommun. Det gäller även våldsutsatta kvinnor med missbruks-

³⁷ Tidigare (2005) har Stockholms stads boende för akuta behov för missbrukande kvinnor (Hvilan, 21 platser) fått utvecklingsmedel från länsstyrelsen för två tjänster med inriktning på våldsproblematik samt utbildning av samtliga behandlingsassistenter.

problem. Efter förfrågan till cirka 40 kommuner har nio inlett ett samarbete som syftar till att kunna byta tjänster, inklusive boende för våldsutsatta kvinnor som ska flytta från en kommun till en annan. Nätverket är i en uppbyggnadsfas och formulerar för närvarande riktlinjer för utbytet.

Prostitution

Det är svårt att dra några generella slutsatser vad gäller kommunernas arbetssätt rörande prostitution och människohandel för sexuella ändamål. Få arbetssätt har utvärderats på ett sådant sätt att effekterna framgår.

De tre prostitutionsenheterna i Stockholm, Göteborg och Malmö erbjuder alla någon form av behandling och motiverande samtal/samtalsstöd samt rådgivning via telefon och Internet. Det finns även lågröskelverksamheter för kvinnor i prostitution. Frivilligorganisationer som Frälsningsarmén och Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) i Stockholm bedriver viss stödverksamhet för kvinnor i prostitution. Även behandlingsinstitutioner inom Statens institutionsstyrelse tar emot kvinnor och minderåriga i prostitution, där detta är ett av flera sociala problem som är fokus i behandlingen.

Vissa verksamheter har inriktning på hälsofrågor och erbjuder undersökningar och samtal för kvinnor i prostitution: Spiralenheten i Stockholm, Navet och sprutbytesverksamheten i Malmö. Navet är en öppenvårdsmottagning som drivs som ett samverkansprojekt mellan Stadsdelsförvaltning Centrum i Malmö stad och Beroendecentrum Malmö (Region Skåne). Målgruppen är missbrukande kvinnor i prostitution som genom drogfrihet vill förändra sin livssituation. På mottagningen arbetar läkare, sjuksköterskor och socionom. Patienterna kan få enkel sjukvård, motiverande samtal och stödsamtal samt praktisk hjälp att komma i kontakt med någon annan instans.

För köpare av sexuella tjänster som vill sluta eller minska sina sexköp finns sedan flera år de så kallade KAST-verksamheterna (Köpare Av Sexuella Tjänster) i Stockholm, Göteborg och Malmö, vilka erbjuder samtalsterapi och telefonrådgivning.

Diskussion och slutsatser

Att nå ut brett och värna om de mest utsatta

Socialstyrelsen har i flera lägesrapporter beskrivit en stark utveckling inom IFO där allt fler insatser erbjuds i form av service utan biståndsbeslut – en mer lättillgänglig socialtjänst, som också efterfrågas i allt större utsträckning av medborgarna. Föräldrar som har bekymmer med sina barn eller med sig själva, unga eller vuxna som inser att de behöver hjälp med sina alkoholvanor, oroliga tonårsföräldrar och andra vänder sig allt mer till IFO för att få rådgivning och stöd. Det kan ses som ett uttryck för en ömsesidigt ökad tillit. Från IFO:s sida en tillit till människors egen kraft och möjlighet att söka hjälp och komma till rätta med sina svårigheter – i socialtjänstlagens anda. De som söker sig till IFO:s service tycks i sin tur ha en ökad tillit till möjligheten att få hjälp på egna villkor – utan den negativa myndighetsprägel och känsla av underläge som annars är vanlig och svår att komma ifrån. Nu ger IFO även service på Internet, som ”soctanter på nätet” (Malmö), bedriver fältarbete bland ungdomar på nätet, gör uppdatering av vilka de senaste drogerna är som finns i omlopp, kartlägger prostitution m.m.

Att människor har förtroende för IFO, att IFO:s insatser i högre grad kan bygga på människors egen motivation och önskan om förändring – samt att IFO därmed når ut med tidiga insatser är en positiv utveckling.

Socialstyrelsen har också flera år beskrivit hur IFO:s ansvarsområden och målgrupper vidgats. IFO har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret, men hur brett ska det gälla, på hur många områden är det rimligt att IFO ska bygga upp kompetens? Är det ens möjligt för mindre kommuner?

Såväl lokalt som nationellt diskuteras nu vad som ska vara IFO:s kärnuppgift, vilka områden och grupper som ska prioriteras. Vad gör en kommun t.ex. när efterfrågan på serviceinsatser på kort tid ökar med 40 procent? Innebär en satsning på service en omprioritering från de mest utsatta till de mer resursstarka? Kommuner som sedan länge har satsat på service hävdar att så inte är fallet. Enligt deras erfarenhet har de som söker hjälp själva generellt sett inte mindre allvarliga problem, men de är lättare att hjälpa genom att de har en starkare egen motivation. En återgång till fokus på myndighetsutövning och de mest utsatta riskerar att stärka stigmatiseringen.

Länsstyrelserna bl.a. har också varnat för andra risker med utvecklingen mot att insatser i många kommuner i högre grad ges i form av service. Barn som behöver skydd måste få sina behov utredda och tillgodosedda. När insatser inte dokumenteras krävs andra metoder för tillsyn och uppföljning.

Hur ska den positiva utvecklingen inom IFO förenas med behoven av prioriteringar och kraven på barns rätt till skydd? Det är en viktig principiell fråga som just nu diskuteras i t.ex. Barnskyddsutredningen.

Ytterst handlar det om socialnämndens ansvar för kvaliteten i verksamheten. Det ställs samma krav på uppföljning och utvärdering av serviceinsatserna som inom övriga delar av IFO. Därmed behövs dokumentation och

uppföljning på gruppnivå, så att ansvariga och brukare/allmänhet får veta vilken kvalitet verksamheten har. En annan aspekt är att det krävs en tydlighet i upphandlingen samt i uppdraget till serviceverksamheterna.

IFO har en svår och komplex uppgift. Ökade förväntningar, ökad tillströmning av hjälpsökande, nya målgrupper, gränsdragningar från andra verksamheter (som innebär att mer hamnar hos IFO) m.m. ställer krav på nya lösningar. Men IFO står inte ensamt. Det finns många aktörer och verksamheter att samverka med, som kompletterar varandra vad gäller resurser, kompetenser och innehåll. Samverkan är ett viktigt utvecklingsområde.

Missbruk och beroende aktuellt inom hela IFO

Frågor om missbruk och beroende berör inte bara missbruks- och beroendevården, utan även andra delar av IFO – arbetet med barn och unga, ekonomiskt bistånd, frågor om våld i nära relationer och hemlöshet. Därför är förutsättningar för samverkan en avgörande fråga, såväl inom IFO som med andra instanser, inte minst för tidig upptäckt, tidiga insatser och för ett barnperspektiv i arbetet.

Frivilligsektorn är en viktig aktör inom missbruks- och beroendområdet och gör omfattande insatser, såväl förebyggande som inom behandling. Även IFO arbetar i många kommuner förebyggande på olika sätt, främst med unga, och ofta i samarbete med skola, fritid, polis och frivilligsektorn.

Missbruks- och beroendevården har utvecklats och prioriterats

Ett omfattande statligt utvecklingsstöd har skapat förutsättningar för en positiv utveckling inom missbruks- och beroendevården. De nationella riktlinjerna utgör ett underlag för en mer kunskapsbaserad missbruksvård och höjd kvalitet. Riktlinjerna har tagits emot väl och viljan är stor att arbeta mer enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta ger också en grund för bättre möjligheter till samverkan, t.ex. mellan IFO:s missbruksenheter och landstingens beroendevård samt psykiatri.

Det finns dock fortfarande oacceptabla skillnader kommuner emellan och mellan landsting inom missbruks- och beroendevården, vad gäller rättssäkerhet, kvalitet, tillgänglighet m.m. För att tillförsäkra enskilda möjligheter till god vård, oavsett var de bor, behövs t.ex. mer samarbete mellan små kommuner. Arbetet med öppna jämförelser kan på sikt förbättra möjligheten till en mer likvärdig missbruks- och beroendevård.

Under senare år har missbruks- och beroendevården fått ökade resurser. Som en följd av den ekonomiska krisen finns det risk för att missbruks- och beroendevården inte kan prioriteras lika starkt.

Oroande utveckling bland kvinnor

Det finns tydliga tecken på att såväl konsumtion av alkohol och droger som missbruk/beroende och skador av detta ökar hos kvinnor i nästan alla åldrar. Samtidigt konstateras att IFO ofta når kvinnor först när problemen blivit allvarliga och att kvinnor har svårt att få adekvat hjälp.

Förutsättningar för samverkan och fokus på missbruk

Det behövs medvetenhet, en tydlig ledning samt strukturer och rutiner för samarbetet och informationen mellan olika delar av IFO, så att missbruks- och beroendeenhetens kompetens kan kopplas in när missbruk uppmärksammas. Det gäller t.ex. i samband med handläggning av ekonomiskt bistånd eller familjerättsärenden. Det behövs också en uppmärksamhet på tecken på missbruk, t.ex. hos föräldrar i arbetet med barn och unga. Den starka kopplingen mellan hemlöshet och missbruk och beroende, liksom missbrukets betydelse i många våldsärenden är tydlig, men innebär inte alltid att IFO arbetar aktivt utifrån den kunskapen. IFO tycks ha särskilt svårt att ge våldsutsatta kvinnor med missbruk adekvat hjälp.

Det behövs ökat fokus på missbruk och beroende hos föräldrar (av alkohol, droger, läkemedel m.m.), och vilka konsekvenser det kan få. Föräldrars missbruk förbises ibland i utredningar kring barn och unga, särskilt om det är den unges eget beteende som är orsak till oro och anmälan eller ansökan.

Eventuellt missbruk hos föräldrar behöver t.ex. uppmärksammas mer inom familjerätten. Det är stora skillnader när familjerättshandläggare uppskattar i hur stor andel av ärendena de uppmärksammar missbruk hos någon av föräldrarna. Dessutom är det bara en liten del av dessa som förs vidare för eventuell barnavårdsutredning. Vidare är det främst pappors missbruk som familjerättshandläggarna uppmärksammar – missbruk hos mammor tycks vara mer dolt och svårare att upptäcka – eller att ta in.

Minst en tredjedel av dem som får ekonomiskt bistånd har missbruksproblem. De har ofta enbart kontakt med handläggare på ekonomisektionen, trots att missbruksproblemen är kända. De riskerar att inte få hjälp för sitt missbruk eller beroende – och därmed kanske inte heller att bryta behovet av stöd för sin försörjning.

Våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem har särskilt stora svårigheter att få boende till skydd och stöd. Det fanns ett fåtal akutboenden för våldsutsatta kvinnor med missbruk före satsningen på statliga utvecklingsmedel 2007–2008. Det är anmärkningsvärt att medlen i så liten utsträckning har använts för en så avgörande insats som akutboende anpassat till kvinnor i denna utsatta situation. Mindre kommuner har svårt att på egen hand ordna akutboende av tillfredsställande kvalitet. Därför behövs åtgärder som underlättar kommun- eller länsövergripande gemensamma lösningar.

Kvinnor med missbruk som utsätts för våld måste få stöd på grund av utsattheten för våld utan att detta villkoras till att missbruket först ska upphöra. Det finns behov av verksamheter som enbart riktar sig till kvinnor, där både missbruket och våldet uppmärksammas.

Det är med dagens officiella statistik inte möjligt att se hur stor andel av dem som har kontakt med IFO:s olika verksamhetsdelar som också har missbruks- och beroendeproblem. Den nationella statistiken är under utveckling, och kommer på sikt att ge möjlighet till mer fördjupade analyser.

Referenser

1. Drogutvecklingen i Sverige. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN); 2008.
2. Europarådets ramkonvention om skydd för nationella minoriteter. Regeringens proposition 1998/99:143.
3. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Mission to Sweden. 2007.
www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/sweden.pdf
4. Resursfördelning och prioriteringar inom socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2007.
5. Socialtjänsten och barnen. Länsstyrelsernas granskning av den sociala barn- och ungdomsvården 2006–2007. Länsstyrelserna; 2008.
6. Dellgran, P., Höjer, S. Rörelser i tiden. Professionalisering och privatisering i socialt arbete. Socialvetenskaplig tidskrift 2005 (2–3): 246–67.
7. Tham, P. Arbetsvillkor i den sociala barnvården: förutsättningar för ett kvalificerat arbete. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet; 2008.
8. Bergmark, Å. Socialtjänsten i blickfånget: organisation, resurser och insatser. Exempel från arbete med barn och ungdom, försörjningsstöd, missbruk. Stockholm: Natur och Kultur; 2008.
9. Ung novis eller gammal och vis. Socialstyrelsen; 2007.
10. Skrivelse till regeringen: Individuellt inriktade insatser utan biståndsbeslut – underlag för diskussion och ställningstaganden. Socialstyrelsen; 2008.
11. Barn och unga – insatser år 2007. Statistik Socialtjänst 2008:9. Socialstyrelsen; 2008.
12. Wiklund, S., Hemtagning av placerade ungdomar – när socialtjänsten avslutar dygnsvård i förtid. Regionförbundet Uppsala län, Enheten för FoU-stöd; 2008.
13. Göransson, S. Statens institutionsstyrelse; 2008.
www.stat-inst.se/zino.aspx?articleID=7702.
14. Projektet Vårdkedja Ungdom – MVG. Statens institutionsstyrelse; 2009.
15. Hem för vård eller boende för barn och unga. Slutrapport från en nationell tillsyn 2006–2008. Socialstyrelsen; 2009.
16. Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem. Rapport 2008:28. Statens folkhälsoinstitut; 2008.
17. Barn som faller mellan stolarna. Publ. Nr. 2008:15. Östra Götalands län; 2008.
18. Wiklund, S. Den kommunala barnvården: om anmälningar, organisation och utfall. Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet; 2006.
19. Lägesrapport om livsstilsfrågor. Livsstilsrapport A 2008:5. Statens folkhälsoinstitut; 2008.
20. Tendenser vinterhalvåret 2007–2008. CANs rapporteringssystem om droger (CRD). CAN Rapportserie 111. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2008.
21. Det drogförebyggande arbetet i Sverige 2006: rapport om det förebyggande arbetet mot alkohol- och narkotikaproblem i Sverige under 2006. Rapport A 2008:04. 2008. Statens folkhälsoinstitut; 2008

22. Drogutvecklingen i Sverige 2007. CAN Rapportserie 107. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2008.
23. ADAD-intervjuer 1997–2004. Allmän SiS-rapport 2006:2. Statens institutionsstyrelse; 2006.
24. Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop?, Rapport 2008:37. Statens folkhälsoinstitut; 2008.
25. Fördelning av medel till alkohol- och narkotikaförebyggande åtgärder, år 2008. Socialstyrelsen; 2009.
26. Storstadstillsyn 2006. Västra Götalands län; 2007.
27. När unga missbrukar. Utred, agera och dokumentera. Länsstyrelserna i Skåne, Stockholm och Västra Götaland; 2008.
28. Inventering av insatser för barn och unga i missbruksmiljö. Statens folkhälsoinstitut; 2008.
29. Vems är ansvaret? Om kommunernas stöd till barn som växer upp med missbrukande föräldrar. Linköping: IOGT-NTOs Juniorförbund; 2008.
30. Nordenberg, A. S., Hermansson, U., Lundqvist, T. Kartläggning av behandlingsalternativ för personer med cannabissmissbruk eller cannabisberoende (under tryckning).
31. Familjerätt år 2007. Statistik. Socialtjänst, 2008:3. Socialstyrelsen; 2008.
32. Barn och deras familjer 2006: om familjesammansättning, separation mellan föräldrar, boende, inkomster, barnomsorg och föräldrars sysselsättning. Demografiska rapporter 2007:4. Statistiska centralbyrån; 2007.
33. Om den kommunala familjerådgivningens organisation, sekretess, vittnesplikt m.m. Meddelandeblad, April 2008. Socialstyrelsen; 2008.
34. Arbetsmarknadsutsikterna för år 2009 och 2010. Ura 2008:4. Arbetsförmedlingen; 2008.
35. "Mer än en halv miljon borde ha ett bättre skydd vid arbetslöshet". Rapport 2008-11-11. Arbetslöshetskassornas samorganisation (SO); 2008.
36. Ökade socialbidragskostnader på grund av förändringar av sjukförsäkringssystemet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
37. Ringbäck Weitoft, G., Hjern, A., Batljan, I., Vinnerljung, B. Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance – a Swedish national cohort study. Soc Sci Med. 2008. Jan; 66 (1): 14–30.
38. Salonen, T. Barnfattigdomen i Sverige. Årsrapport 2007. Rädda Barnen; 2008.
39. Första bostaden: ungdomars möjligheter på bostadsmarknaden i storstadsområdena. Boverket; 2008.
40. Vårdens värde: vad får vi för pengarna i vård och omsorg? Socialstyrelsen; 2002.
41. Jonasson, I. Långvariga socialbidragstagare. Institutionen för socialt arbete. Stockholms Universitet; 1996.
42. Puide, A. Klienterna och socialtjänsten. PM. Socialstyrelsen; 1986.
43. Bergmark, Å. Socialbidrag och försörjning: en studie av bidragstagande bland ensamstående utan barn. Institutionen för socialt arbete. Stockholms Universitet; 1991.
44. Isaksson, K., Svedberg, L. Klienterna, arbetet och arbetslösheten. Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet; 1987
45. Skogens, L. Hur bemöts manliga socialbidragstagare med alkoholproblem? Regler, kunskap och kontext i socialt arbete. Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet; 2007
46. Länsstyrelserna: Social tillsyn 2007. Socialstyrelsen; 2008.
47. Effekter av Finsam? 2008:16. Statskontoret; 2008.

48. Kommunerna önskar ny organisation för personer med stora behov. Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
49. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Socialstyrelsen; 2007.
50. Implementerings- och utbildningsstöd. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen; 2008.
51. Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
www.skl.se/lopedelbanner.asp?C=7146.
52. Ett kontrakt för livet: utvärdering av en särskild satsning på missbrukarvården. SiS följer upp och utvecklar 2008:3. Statens institutionsstyrelse; 2008.
53. Missbruks- och beroendevårdens öppenvård (ÖKART): en nationell kartläggning. Socialstyrelsen; 2008.
54. Kvalitetsutveckling i missbruks- och beroendevård. En lägesbeskrivning av arbete med kvalitet och vårdöverenskommelser mellan stat och kommun. Socialstyrelsen; 2008.
55. Hemlöshet i Sverige 2005 – omfattning och karaktär. Socialstyrelsen; 2006.
56. Nyttan med allmännyttan: utvecklingen av de allmännyttiga bostadsföretagens roll och ansvar. Boverket; 2008.
57. Hemlöshet – många ansikten, mångas ansvar – en strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Socialstyrelsen; 2007.
58. Plan för fortlöpande uppföljning av hemlöshetens omfattning och karaktär, en kunskaps- och informationsstrategi. Socialstyrelsen; 2008.
59. Bostadsmarknaden år 2008–2009: med slutsatser av bostadsmarknadsenkäten 2008. Boverket; 2008.
60. Tillfälliga lösningar för permanenta behov. Uppföljning av den sekundära bostadsmarknaden – kommunernas boendelösningar för hemlösa personer. Socialstyrelsen; 2009.
61. Vräkningsförebyggande arbete: stöd till socialtjänsten och andra aktörer. Socialstyrelsen; 2008.
62. Lokala hemlöshetsprojekt 2002–2005 – resultat, slutsatser och bedömningar. Socialstyrelsen; 2006.
63. Hemlöshetsprojekt 2005–2007 – lokala resultat, slutsatser och bedömningar. Socialstyrelsen; 2008.
64. Uppsökande arbete – möte på stående fot, en studie av socialt arbete med hemlösa människor i Malmö. Socialhögskolan 2008:2. Lunds universitet; 2008.
65. Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna: insatser år 2007. Statistik Socialtjänst 2008:4. Socialstyrelsen; 2008.
66. Blid, M. Ett folkhem för alla? Kommunala insatser mot hemlöshet. Institutionen för socialt arbete. Mittuniversitetet; 2008.
67. Boendelösningar för hemlösa personer – en kunskapsöversikt, en systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektstudier. Socialstyrelsen; 2009.
68. Jergeby, U. (red). Evidensbaserad praktik i socialt arbete. Stockholm. Gothia; 2008.
69. Genomgång av kommuner som enligt BME 2008 har genomfört kartläggningar över hemlöshet i kommunen. Arbetsmaterial, Socialstyrelsen; 2008.
70. Att ta ansvar för sina insatser: socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. Statens offentliga utredningar 2006:65., Stockholm: Fritze; 2006.
71. www.kvinnojour.com/press/1213365316/1115802141//

72. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. Regeringens proposition 2006/07:38.
73. Utvecklingsmedel till kommunerna i syfte att förstärka kvinnojourssamheten och kvalitetsutveckla stödet till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld. Socialdepartementet; 2007.
74. Tema våld mot kvinnor. Brottsförebyggande rådet; 2006.
75. Häll, L. Offer för våld och egendomsbrott 1978–2002. Levnadsförhållanden 104. Statistiska centralbyrån; 2004.
76. Töyrä, A., Wigerholt, J., Eriksson, K. Nationella trygghetsundersökningen 2007: om utsatthet, trygghet och förtroende. Brottsförebyggande rådet; 2008.
77. www.roks.se/mans-vald-mot-kvinnor/fakta-och-statistik
78. Samverkan under frihet eller tvång. Utvärdering av processen vid fördelning av statliga medel till ROKS medlemsjourer 2007. Rapport till Riksorganisationen Sveriges kvinnojourer; 2008.
79. 17 000 samtal till Kvinnofridslinjen första halvåret. Kvinnofridslinjen; 2008.
80. Kommunernas information på Internet till våldsutsatta kvinnor. Nationellt centrum för kvinnofrid; 2008.
81. Holmberg, C., Smirthwaite, G., Nilsson, A. Mäns våld mot missbrukande kvinnor: ett kvinnofridsbrott bland andra. Rapport 8. Mobilisering mot narkotika; 2005.

