

Kartläggning av den öppna missbrukar- och beroende- vården i fem län

Värmland, Örebro, Västmanland,
Dalarna och Gävleborg

Jan Messing ● Kaj Gustafsson ● Annika Almquist



Länsstyrelserna

**Kartläggning av den öppna
missbrukar- och beroendevården i fem län**
Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg

Jan Messing
Kaj Gustafsson
Annika Almqvist

September 2006

Förord

Denna rapport redovisar en kartläggning av den öppna vården för personer med missbruks- eller beroendeproblematik. Kartläggningen har omfattat 64 kommuner i fem mellansvenska län. I fokus har stått intresset att identifiera och beskriva de insatser, tjänster, socialtjänsten driver själva eller har upphandlat för att möta behov hos den enskilde och hans eller hennes anhöriga. Som teoretisk ansats har kartläggningen använt tjänsteforskningens strukturer och begrepp. Dessa introduceras kortfattat i rapporten. Bilderna av öppenvården är översiktliga. De söker lyfta fram de övergripande mönstren som karaktäriserar öppenvårdsarbetet såsom det framträder ur socialtjänstens perspektiv: Vilka tjänsteerbjudanden finns? Vem riktar man sig till? Finns erbjudandet tillgängligt i alla kommuner? Kartläggningen syftar till att ge ett bidrag till samtalet om öppenvårdens inriktning och utveckling såväl kvantitativt som kvalitativt. Den vänder sig i första hand till politiker och tjänstemän med utvecklingsansvar inom missbruks- och beroendevården.

Rapporten vilar på fem länsrapporter som utarbetats i Gävleborgs, Dalarnas, Västmanlands, Örebro och Värmlands län. Dessa rapporter går att beställa från respektive länsstyrelse. Arbetet har initierats och finansierats av länsstyrelserna och genomförts av socialtjänsternas FoU-enheter i respektive län. Kartläggningen har genomförts under våren 2006.

Många personer har varit djupt engagerade i kartläggningen och gjort det möjligt att på kort tid genomföra det omfattande intervju- och dokumentationsarbetet. Ett stort tack till FoU-enheterna och era kartläggare: Eva Bernesjö i Värmland, Per Sandén i Örebro län, Monica Wikehult i Västmanland, Marie Nyman i Dalarna och Kaj Gustafsson i Gävleborgs län. Det har varit ett stort nöje att arbeta tillsammans med er! Ni har visat nyfikenhet och ett beundransvärt tålamod då det gällt att erövra en ny begreppsapparat. Såväl idémässigt som ekonomiskt hade kartläggningen inte kunnat genomföras utan engagemanget från länsstyrelserna och deras kontaktpersoner: Sven Karlsson i Gävleborg, Berndt Johansson i Dalarna, Solveig Segerholm i Västmanland, Hans Askerlund i Örebro och Hans Ovall i Värmlands län. Tack!

Under sommaren och tidiga hösten 2006 har denna översiktsrapport arbetats fram. Det stora arbetet har gjorts av X-Fokus i Gävleborgs län och dess medarbetare Annika Almqvist, Åsa Sundström och Kaj Gustafsson. Vår gemensamma förhoppning är att rapporten ska inspirera till ett såväl politiskt som professionellt samtal kring inriktning och utveckling av detta angelägna verksamhetsfält.

Dalarnas forskningsråd i september 2006

Jan Messing
Projektledare och samordnare

Innehåll

Kapitel 1 Kartläggningens bakgrund och inriktning	5
Några begrepp och en läsanvisning.....	6
Kapitel 2 Kartläggningens teoretiska ansats	7
Inledning.....	7
Tjänsteforskningens begrepp och strukturer	7
Socialtjänstens meny	8
Producentens perspektiv.....	9
Begreppen beroende – missbruk – skadligt bruk	10
Kapitel 3 Kartläggningens genomförande.....	12
Det praktiska genomförandet	12
Bearbetning och analys	12
Kartläggningens tillförlitlighet.....	14
Från fem länsrapporter till en femlänsrapport.....	15
Kapitel 4 Tjänsteerbjudanden – förekomst och frekvens.....	16
Förekomst av tjänsteerbjudanden i de 64 kommunerna.....	16
Frekvens av tjänsteerbjudanden i de 64 kommunerna	19
Jämförelser i frekvensen av tjänsteerbjudande mellan länen	20
Insatser riktade till unga vuxna	21
Anhörigtjänster till vuxna respektive barn/ungdomar.....	21
Erbjudanden riktade till kvinnor	21
Kapitel 5 Återkommande mönster	23
Specialisering – segmentering.....	23
Behandlingens teoretiska och ideologiska bas	27
Kommunstorlek och tjänsteerbjudanden.....	29
De stora kommunerna	29
Små kommuner	30
Öppna tjänsteerbjudanden eller krav på biståndsbeslut	32
Biomedicinska behandlingserbjudanden.....	34
Sammanfattning och ytterligare mönster	34
Efterord.....	36
Litteratur.....	38

Kapitel 1 Kartläggningens bakgrund och inriktning

Under senare år har det skett stora förändringar inom samhällets missbruks- och beroendevård. Genom Sveriges inträde i EU har prispolitik och tillgänglighet, som är och varit viktiga strategier i det alkohol- och drogpreventiva arbetet, försvagats. I förslaget till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård¹ konstaterar Socialstyrelsen ”att antalet personer med missbruksproblem ökat” och ”att missbruks- och beroendevårdens struktur snabbt ändrats”. Förändringarna inom verksamhetsfältet har berört såväl de samhälleliga förutsättningarna för arbetet som uppgifternas omfattning och formerna för att möta den enskildes behov. Socialtjänstlagen² ger kommunerna ett tydligt uppdrag inom detta fält. Socialnämnden ska ”aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket”. En tydlig utvecklingstendens har varit kommunernas strävan att söka tillgodose den enskildes behov i öppna former och i det lokala samhället. Man har antagit att ekonomin har varit en stark drivkraft för denna utveckling. Hos socialtjänsten har också funnits en vikande tilltro till institutionsbaserade vård- och behandlingsinsatser och deras möjligheter att stödja den enskilde att nå ett drogfritt liv. Sannolikt kommer öppenvårdsinsatser i framtiden att än tydligare vara socialtjänstens dominerande vård- och behandlingserbjudande inom missbruks- och beroendevården.

De förändrade förutsättningarna har skapat ett förändringstryck inom fältet. Initiativ till utveckling har tagits både på kommunal som på regional och statlig nivå. Staten har initierat³ och anslagit betydande ekonomiska medel för att stimulera en utveckling alltifrån allmänt strukturella förändringar till kvalitativ förbättring av insatserna för den enskilde. På regional nivå har länsstyrelserna uppgiften att utöva tillsyn av verksamhetsfältet samt att stödja och stimulera utvecklingsarbete inom området. Den kartläggning av den öppna missbruks- och beroendevården som redovisas i denna rapport, har kommit till på initiativ av länsstyrelserna. Kartläggningens resultat ska ses som ett bidrag till pågående och framtida utvecklingsarbeten.

I fokus för kartläggningen har stått det konkreta arbetet med och för enskilda individer, sett utifrån socialtjänstens perspektiv. Det har varit en angelägen uppgift för kartläggarna att söka kunskaper om *vad* som erbjuds den enskilde, *hur* erbjudandet förverkligas och vilka *förutsättningar* arbetet kräver. Genom denna inriktning är förhoppningen att man kan få kunskaper som kompletterar genomförda och planerade kartläggningar⁴ inom verksamhetsfältet. Den långsiktiga visionen är att kunskaperna tillsammans ska bidra till en utveckling av den öppna missbruks- och beroendevården såväl till ökad kvalitet som till ökad mångfald. Den konkreta förhoppningen är att kartläggningen och dess kunskaper ska användas som ett bland flera underlag för länsstyrelserna i deras tillsyns- och utvecklingsarbete. Men också vara användbara för kommunernas långsiktiga planering och konkreta verksamhetsutveckling.

Syftet med kartläggning har varit att *identifiera* och *beskriva* de erbjudanden/insatser i öppna former som kommunens socialtjänst hade att tillgå för att möta behov hos vuxna personer med missbruksproblem och deras anhöriga. Av särskild vikt har varit att identifiera insatser

¹ Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Remissversion 11 april 2006 a.

² Socialtjänstlagen 5 kap. 9 §.

³ Exempelvis Alkohol kommittén, Mobilisering mot narkotika, utredningen ”Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling” SOU 2005:82.

⁴ T.ex. ”Den öppna missbruksvården i Stockholms län – en kartläggning”, Länsstyrelsen i Stockholms län rapport 2003:9. ”Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård (ORION), Socialstyrelsen rapport 2003-131-16. ”Utveckling av öppenvård och drogförebyggande insatser 2002”, sammanställning av beviljade projektmedel från länsstyrelsen i Östergötlands län.

som särskilt riktade sig till; barn, anhöriga, som var utformade för kvinnor respektive män, som riktade sig till yngre respektive äldre.

För att ytterligare tydliggöra kartläggningens inriktning så har denna *inte* sökt kunskaper om förvaltningarnas reguljära informations-, rådgivnings- och utredningsarbete. Detta innefattar naturligtvis också arbete med personer med missbruksproblem. Inte heller har kartläggningen systematiskt inhämtat uppgifter som belyser kvalitativa och kvantitativa aspekter av erbjudandena, d.v.s. om de varit positiva för den enskilde och om erbjudandet omfattat många eller få personer. Målsättningen har varit att kartläggningen ska ge en översiktlig bild av de insatser socialtjänsterna har att tillgå för att möta de särskilda behov den enskilde och hans eller hennes anhöriga har till följd av missbruket eller beroendet.

Några begrepp och en läsanvisning

I denna rapport redovisas det sammantagna materialet från kartläggningarna i de fem länen. Materialet har bearbetats och analyserats för att ge en bild av de framträdande och återkommande dragen i den öppna missbruks- och beroendevården. Det som man inom socialtjänsten i dagligt tal kallar insatser, d.v.s. konkret arbete som är inriktat på att möta den enskildes behov, kommer vi i rapporten att benämna tjänsteerbjudanden alternativt tjänster. Av vikt är också att hålla isär verksamhets- och tjänste/insatsnivån. Kortfattat betyder det att vi i kartläggningen betraktat verksamheter som organisationer med beredskap för att erbjuda och genomföra tjänster för och med den enskilde klienten.

Mer om tjänstebegreppen avhandlas i kapitel 2 där det ges en introduktion av kartläggningens teoretiska ansats. Kartläggningens genomförande beskrivs i kapitel 3. I kapitel 4 redovisas förekomsten av tjänsteerbjudanden i de 64 kommunerna samt frekvenser av olika typer av öppenvårdserbjudanden. Kapitel 5 fokuserar på återkommande mönster ur kartläggningsmaterialet. Rapporten avslutas med ett efterord där kartläggarna reflekterar över den bild av öppenvården som kommit fram.

Kapitel 2 Kartläggningens teoretiska ansats

Inledning

Uppdraget att genomföra en kartläggning var en följd av insikten att man inom länsstyrelserna hade en ofullständig, eller kanske föråldrad, uppfattning av vad den öppna missbruks- och beroendevården var. I en tid av snabba förändringar, där många aktörer har ett uppdrag att aktivt verka för och i denna förändringsprocess, finns ett stort behov av att ha en aktuell och ”sann” bild av fältet. Kartläggningsuppdraget har därmed en utforskande – explorativ – karaktär. En central uppgift i en explorativ studie är ”att söka upptäcka nya dimensioner hos det ämne som är föremål för undersökningen”⁵. Syftet är att bli klokare och därmed få förutsättningar att agera klokare i tillsynsarbetet, som planerare eller i det strategiska beslutsfattandet.

En kartläggare stöter snabbt på frågeställningen hur han eller hon ska beskriva verkligheten. För att kartan ska bli begriplig och förmedla adekvat kunskap måste man bestämma sig för till exempel om ett vattendrag är en bäck, en å, en älv eller en flod. Vattendrag är ett exempel på en *kategori* av företeelser som har det gemensamt att det rör rinnande vatten. Bäck och å är *begrepp* där vi definierat olika former av rinnande vatten. Kategorier och begrepp är grundläggande verktyg för oss alla när vi ska betrakta, förstå och tala om den verklighet som omger oss. Detta gäller också för vår uppfattning om ett det komplexa fenomenet ”den öppna missbruks- och beroendevården”. Hur kan man som kartläggare finna adekvata kategorier och begrepp som fångar denna verklighet och som gör det möjligt att förmedla en meningsbärande bild av denna?

Nyligen publicerade Socialstyrelsen en nationell kartläggning av öppna insatser i socialtjänstens barn- och ungdomsvård⁶. I denna studie valde kartläggarna att undersöka ”vilka beteckningar (eller termer) som idag används för olika företeelser av öppna insatser” (a.a. s. 17). Utifrån denna undersökning har begrepp och definitioner skapats, som i ett nästa steg ordnats i olika kategorier. Kartläggningsarbetet vilar i detta fall på verksamheternas och yrkesutövarnas etablerade uppfattningar om vad öppen barn- och ungdomsvård är och hur den kan och kanske bör kategoriseras. Risken finns att kartläggningens explorativa möjligheter begränsas genom att man rör sig inom den etablerade förståelse och tankestrukturen. Den kartläggning som redovisas i denna rapport har tagit en annan utgångspunkt. Som verktyg för att fånga in och förmedla kunskaper om och bilder av den öppna missbrukar- och beroendevården, har vi valt tjänsteforskningens begrepp och strukturer. I följande avsnitt ska vi närmare motivera vårt val av kartläggningsstrategi och ge en introduktion av tjänsteforskningens centrala tankegångar.

Tjänsteforskningens begrepp och strukturer

I ett rikt flöde av information krävs av kartläggaren att han eller hon förmår urskilja vad som är viktigt och centralt respektive perifert avseende öppenvårdsarbetet. Han eller hon ska också kunna avgöra om den information som ges speglar ett önskat tillstånd eller förmedlar en genomtänkt idé som förverkligats i konkret handling. Ett tredje krav på kartläggaren, som berörts ovan, är det explorativa uppdraget. Detta innefattar att också söka förstå vad som upprätthåller status quo, d.v.s. granska fältets grundläggande utgångspunkter och för-sant-hållanden. Inom tjänsteforskningen har utvecklats begrepp och strukturer med uppgift att

⁵ Kvale 1997 s. 96

⁶ Socialstyrelsen 2006 b

beskriva tjänster. Även om socialtjänstens tjänster har vissa speciella förutsättningar, kan i huvudsak socialarbetarnas samtal och klientmöten beskrivas och förstås med tjänstespråket. Det har varit tjänsteforskningens begrepp och strukturer som utgjort våra verktyg för att urskilja det centrala och substantiella arbetet inom öppenvården. I det kommande avsnittet ges en kortfattad introduktion av de grundläggande begreppen. En fördjupad beskrivning kan den intresserade få genom rapporten "Klienten som medproducent – tjänsteperspektiv på den sociala barnvården"⁷.

Ordet tjänst användes i betydelsen handlingar som är till nytta för någon annan, således ej en befattning eller ställning i arbetslivet. En tjänst definieras som *en kedja av (sekventiella och parallella) värdeskapande aktiviteter eller handlingar, vilka bildar en process i syfte att uppnå ett visst resultat. I processen medverkar klienten genom att utföra olika moment i interaktion med socialarbetaren*⁸. Tjänsteforskningen tar alltså sin utgångspunkt i den enskildes behov och betraktar honom eller henne som en oumbärlig medproducent då tjänsten skapas. Detta synsätt stämmer väl överens med tankarna kring en klientorienterad socialtjänst och socialtjänstlagens betoning på klientens delaktighet i sin egen vård och behandling.

Till skillnad från varor är tjänster immateriella. De produceras och konsumeras samtidigt, och detta sker med klienten som medproducent. Man kan uttrycka det som att tjänster kommer till, utförs och mottas i relationer. I beskrivningen av en tjänst tar man fasta på vad som görs och söker besvara frågan: Vad pågår här? Ett fullödigt svar på frågan "vad pågår här" innefattar: Handlingen (vad), aktörerna (vem/vilka), situationen (när och var), tillvägagångssättet – hjälpmedel – stil (hur och hurudant) samt syftet (varför).

Att tjänster kommer till, utförs och mottas samtidigt och med klienten som medproducent för med sig att tjänster inte kan lagras. En socialförvaltning kan och bör ha förutsättningar och beredskap för att utföra tjänster. Detta betyder att förvaltningen måste ha tillgång till de resurser, kompetenser och materiella förutsättningar som behövs för att genomföra tjänsten. Beredskapen innebär också att man i förväg tänkt igenom hur arbetet ska ske – vilka aktiviteter som ska genomföras, tillsammans med vem och i vilken ordning. Sist men inte minst ingår i förutsättningarna att verksamheten har en djup förståelse av klientens livssituation och kan formulera en adekvat idé om klientens behov och ett lämpligt sätt att möta detta. En viktig aspekt, som särskiljer socialtjänsten från många andra verksamheter, är att relationen mellan klienten och socialarbetaren varierar. Den kan vara frivillig och önskad men också tvingande där klienten måste ha en kontakt vare sig han eller hon vill det eller ej. Detta ger socialarbetaren den viktiga uppgiften att skapa den samarbetsrelation som tjänsten kräver. Ytterligare en aspekt av tjänstelogiken är att samma tjänst kommer att utföras något olika från gång till gång eftersom den skapas i mänskliga möten med de möjligheter och begränsningar dessa ger.

Socialtjänstens meny

De tjänster förvaltningen har beredskap för att genomföra kan presenteras i en meny – jämför med restaurangen där menyn talar om vilka rätter man har förberett sig på att kunna servera sina gäster. Tjänsterna, och därmed menyn, riktas till en viss grupp av klienter och är anpassade till de behov hos klienten socialtjänsten skall och/eller lämpligen bör möta. För personer med missbruksproblem ska alltså tjänsterna svara mot hans eller hennes specifika

⁷ Messing & Westlund 2004

⁸ Efter Edvardsson 1996

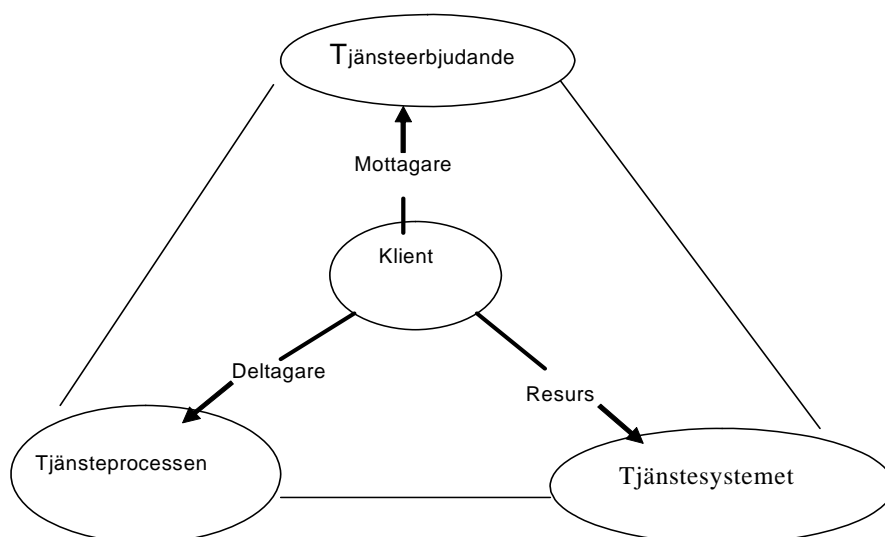
behov. Missbrukets karaktär medför att anhöriga, inkluderande barn, har angelägna behov som socialtjänsten är ålagda att möta. Ur antagandet att missbruksproblematiken ser olika ut för yngre respektive äldre och att behoven skiljer sig åt mellan män och kvinnor följer att klientgruppen delas upp, segmenteras. De olika klientgrupperna tänker man sig har delvis olikartade behov – vilket i sin tur kräver olika tjänster. Varje målgrupp kan i sin tur ha en rad legitima behov och därmed sammanhängande tjänsteerbjudande. Menyn får formen av en matris där man vågrätt anger vilken mottagare av tjänsten som är i fokus, och lodrätt anger vilken typ av tjänst som erbjuds. I kapitel 4 och 5 används menyer som en del i resultatredovisningen.

Producentens perspektiv

Beroende på om man är klient eller socialarbetare betraktar man tjänsten ur olika perspektiv. Kartlägningsarbetet har utgått från socialtjänstens, d.v.s. producentens, perspektiv. Detta innebär att kartläggarna sökt information för att klarlägga om ett tjänsteerbjudande finns. Nyckelfrågor i arbetet har varit att få klarhet om vilken uppfattning organisationen har om olika klientgruppers behov och hur dessa behov på lämpligaste sätt skall mötas. Idén om behovet och hur detta skall mötas benämns tjänsteerbjudande – *varför och vad*. En andra nyckelfråga har varit att undersöka i vilken utsträckning organisationen har en plan för vilka aktiviteter som skall genomföras, tillsammans med vem och i vilken ordning för att tjänsteerbjudandet skall förverkligas. Detta kallas tjänsteprocessen och inriktas på *hur* det konkreta arbetet ska gå till. En tredje fråga rörde organisationens tillgång till de personella, organisatoriska och materiella resurser som krävs för att genomföra tjänsteprocessen – ett tjänstesystem. Sammanfattningsvis kan man uttrycka det så att:

- tjänstesystemets resurser och struktur ska stödja tjänsteprocessen,
- och att tjänsteprocessen realiserar tjänsteerbjudandet, samt
- att tjänsteerbjudandet tillgodoser behovet.

Eller vise versa d.v.s. klienternas behov måste styra vilka tjänster socialtjänsten ska erbjuda, att erbjudandena realiserar i väl genomtänkta tjänsteprocesser och att dessa processer i sin tur kräver stöd i form av resurser och lämplig organisation. De tre komponenterna växelverkar med varandra och i samtliga tre finns klienten med. Producentens modell illustreras i figur 1 på nästa sida.



Figur 1. Producentens modell efter Westlund & Edvardsson (1998) sid. 41.

Den teoretiska ansats som kortfattat beskrivits har varit vägledande för kartläggningens genomförande.

Begreppen beroende – missbruk – skadligt bruk

Under kartlägningsarbetet har framkommit att personal inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg oftast använder begreppet missbruk som en samlingsterm. Medarbetare med tolvtstegsinriktning, medicinsk inriktning (beroendemedicin) eller överhuvudtaget personer som arbetar operativt med behandling förhåller sig ofta mer stringent till begreppsdefinitionerna för *beroende – missbruk – skadligt bruk*. För att klargöra begreppen redovisas definitionerna som återfinns i ICD 10 och DSM IV⁹.

Beroende – Substansberoende är ett centralt begrepp för diagnostiken av sjukdomstillstånd förorsakade av alkohol, läkemedel eller narkotika. Enligt ICD 10 avser detta en grupp fysiologiska beteendemässiga och kognitiva fenomen där den beroendeframkallande substansen får en mycket högre prioritet för individen än andra beteenden, som tidigare haft större betydelse. För att ställa diagnosen beroende krävs att tre av nedanstående kriterier är uppfyllda under det senaste året.

1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt.
2. Abstinensbesvär när bruket upphör.
3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
4. Varaktig önskan eller misslyckade försök att minska intaget.
5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
6. Varaktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

⁹ ICD står för International Classification of Diseases. DSM står för Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Missbruk (substance abuse) – är en diagnostisk term i DSM IV för att beteckna ett tillstånd som vanligtvis föregår DSM IV-diagnosen beroende. Termen missbruk i denna betydelse är kopplad till fyra kriterier varav ett skall vara uppfyllt under det senaste året. Kriterierna är följande:

1. Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
2. Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet.
3. Upprepade kontakter med rättsväsendet som en följd av missbruket.
4. Fortsatt användning trots återkommande problem.

Skadligt bruk (harmful use) av alkohol/droger – är motsvarande term i ICD 10 som missbruk i DSM IV. Skadligt bruk definieras enligt följande: Bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk (som hepatit vid intravenöst missbruk) eller psykisk (som depressionsperioder sekundärt till hög alkoholkonsumtion).

En avgörande skillnad mellan missbruk och beroende är graden av tillvänjning. Denna bedöms som större vid beroende. Missbruk skiljer sig också från beroende i konsumtionsmönstret. Vid missbruk kan detta variera kraftig över tid medan konsumtionsnivån är mera konstant vid beroende¹⁰. I arbetet med kartläggningen har vi inte särskilt mellan tjänsterbjudanden med inriktning på beroende respektive missbruk. Detta kan dock vara ett angeläget steg i den fortsatta utvecklingen av det professionella arbetet inom detta fält. Med detta påpekande övergår vi till att beskriva hur informationsinsamlingen, bearbetningen och analysen gått till i kartläggningen.

¹⁰ Infomedica

Kapitel 3 Kartläggningens genomförande

Det praktiska genomförandet

Kartläggningen har omfattat fem mellansvenska län med tillsammans 64 kommuner. Våra informanter, för att få en bild av den öppna vården för personer med missbruks- eller beroendeproblematik, har varit ansvariga chefer vid kommunernas socialförvaltningar. De har intervjuats vid besök i respektive kommun. I vissa fall har informationen kompletterats genom uppföljande intervjuer med cheferna eller medarbetare vid de aktuella verksamheterna. Intervjuerna har genomförts under perioden februari till och med maj 2006.

Intervjuarbetet och upprättande av länsrapporter har gjorts av FoU-enheterna i respektive län¹¹. Till FoU-enheterna har knutits fem kartläggare. Fyra av dessa har praktisk erfarenhet av arbete inom socialtjänsten och den femte har utredarefarenhet och kännedom om verksamhetsfältet. Kartlägningsarbetet har pågått parallellt i de fem länen. Arbetet har samordnats genom Dalarnas forskningsråd. Samordningen har haft två huvuduppgifter: a) introducera kartläggarna i tjänsteforskningens begrepp och strukturer samt b) att under arbetets gång förfina gemensamma avgränsningar och definitioner i det kontinuerliga bearbetnings- och analysarbetet. Samordningen har skett genom att kartläggarna träffats vid fyra tillfällen under perioden februari till maj samt genom telefonkontakter och vid enskilda handledningsmöten.

Bearbetning och analys

Kartläggningens teoretiska grund i tjänsteforskningen har varit vägledande både i utformningen av intervjuerna och i bearbetnings- och analysarbetet. Eftersom tjänstebegreppen ej är allmänt kända i verksamheterna och då insatserna i dagligt tal beskrivs med andra ord, har inte kartläggarna kunnat fråga ”vilka tjänster har man att tillgå för att möta behov hos personer med missbruks- eller beroendeproblematik”. Istället har kartläggarna genom frågor och följdfrågor bemödat sig om att få information som gjort det möjligt att bedöma vilka tjänster som finns, d.v.s. finns i berättelserna en idé om klientens behov och hur detta ska mötas – då finns ett *tjänsteerbjudande*, finns en beskrivning av hur man tänker sig att arbetet ska genomföras – då finns en *tjänstprocess* och finns en beskrivning av vad som krävs för att detta ska kunna ske – då finns ett *tjänstesystem*. Om detta framkommit i intervjuerna har socialtjänsten en tjänst att tillgå. Att tillgå betyder att vi i kartläggningen innefattat såväl tjänster som socialtjänsten själva ”producerar” som tjänster man köper av andra eller som erbjuds i samarbete med andra. Avgörande har varit om förvaltningen haft kännedom om, möjlighet och tillåtelse att använda eller hänvisa den enskilde till tjänsten.

I berättelserna om öppenvården har man i de flesta fall också beskrivit socialtjänstens arbete och förhållningssätt i stort. Då kartläggningens intresse varit att ”identifiera och beskriva” tjänster i den öppna vården för personer med missbruksproblem, har socialtjänstens utredande arbete lämnats utanför i detta sammanhang. Likaså har det allmänt inriktade rådgivande, stöd- och motiverande arbetet utelämnats i de fall då detta inte utformats på ett särskilt sätt för just denna kategori av klienter. För att i kartläggningen registreras som en tjänst har krävts att två av de tre tjänstebeskrivningsdimensionerna – tjänsteerbjudande – process – system, framgått ur intervjumaterialet.

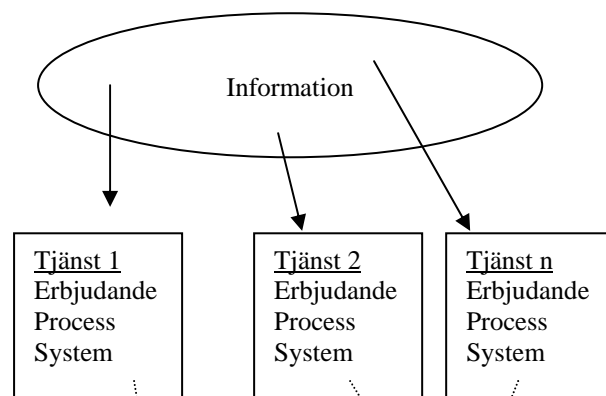
¹¹ X-Fokus i Gävleborgs län, Dalarnas forskningsråd i Dalarna, FoU Västmanland i Västmanlands län, SocialtjänstFoUrum i Örebro län och IKU Karlstads universitet i Värmlands län.

Den bearbetning och analys av intervjumaterialet som beskrivits benämner Kvale (1997) meningskategorisering. Ur intervjuernas berättelser om öppenvårdsarbetet har urskiljts tjänster med hjälp av kartläggningens teoretiska ansats. Med andra ord har det prövats om det arbete man berättat om haft den grad av verksamhetsidé, struktur och förutsättningar att det kan kallas en tjänst. I ett följande analyssteg har de identifierade tjänsterna kategoriserats utifrån vilket huvudsakligt behov erbjudandet avsett att möta – vilken typ av tjänst det rört sig om. Vi har valt att sortera tjänsteerbjudandena i följande kategorier:

- *Rådgivande/motiverande* – där tjänsterna syftar till att möta den enskildes behov av att få information om alkohol och droger, fördjupa förståelsen av sin situation, mobilisera kraft att göra något åt denna.
- *Behandlande* – där tjänsterna inriktats på att möta den enskildes behov att finna vägar till förändring och genomföra dessa
- *Upprätthållande* – där tjänsterna skulle möta den enskildes behov att upprätthålla sin förändring och stärka förmågan att återkomma efter återfall
- *Arbetsstöd* – där tjänsten erbjudits inom arbetslivet och syftar till att möta den enskildes behov av att vara kvar i eller återgå till arbete
- *Boendestöd* – där tjänsten erbjudits den enskilde för att möta hans eller hennes behov av boende

Intervju

Urskilja tjänster Meningskategorisering



Kategorisering: vem/i fokus för tjänsten

Kategorisering: huvudsakligt behov/typ av tjänst

Redovisning i meny och kompletterande text

Typ \ Fokus	Vuxna		Unga vuxna		Anhöriga	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Vuxna	Barn
Rådgivande/ Motiverande						
Behandlande						
Upprätthållande						
Boendestöd						
Arbetsstöd						

Figur 2. Schematisk bild av forskningsprocessen.

I figur 2 ges en schematisk bild av forskningsprocessen. Den första bearbetningen och analysen innebar att ur informationsmaterialet urskilja tjänster. En andra sortering har gjorts

utifrån vem de identifierade tjänsterna riktar sig till – vem som står i fokus för tjänsten. Vi har valt kategorierna: vuxna (man–kvinna), unga vuxna (18–24 år) (man–kvinna) samt anhöriga (vuxna–barn). De två sorteringarna, efter behov och vem tjänsten riktar sig till, har givit en matris där öppenvårdens tjänsteerbjudanden redovisas. I tjänsteforskningens termer kallas detta en *meny* och anger vilka tjänsteerbjudanden öppenvården har beredskap för att genomföra tillsammans med den enskilde. Redovisningen har kompletterats med en kortfattad text där menyns tjänster beskrivs ytterligare.

Kartläggningens tillförlitlighet

En viktig fråga att ställa är om kartläggningen ger en riktig bild av det öppenvårdsarbete som bedrivs i de 64 kommunerna? Har den teoretiska ansatsen varit adekvat och har kartläggningsarbetet genomförts så att resultatet speglar det öppenvårdsarbete som pågår?

Tjänsteforskningen har formulerat formerna för hur en tjänst ska beskrivas, och därmed också angivit vad som krävs för att ett arbete ska kunna betraktas som en tjänst. Tjänstebegreppen har varit ett verktyg för att lyfta fram det substantiella arbetet specifikt utvecklat för de behov den enskilde har till följd av missbruks- eller beroendeproblematiken ur berättelserna informanterna givit, om sin kommuns öppenvård. Arbete med alltför vag inriktning och odefinierad struktur som inte uppfyllt kraven för en tjänst har inte tagits med i kartläggningen. Vid kartläggarnas gemensamma träffar diskuterades ofta hur intervjuutsagorna skulle bedömas och om det förelåg ett tjänsteerbjudande eller ej. Under dessa diskussioner formades till delar en gemensam bedömningsgrund. Denna kan dock inte betraktas som heltäckande eftersom nya avvägningar ständigt dök upp under arbetets gång.

För kartläggarna var begreppsapparaten ny. Mycket tid och kraft lades på att erövra begreppen och få en förståelse för hur de kunde användas såväl i intervjuarbetet som i analysen av intervjumaterialet. Dessutom hade kartläggarna varierande för-förståelse av verksamhetsfältet. För att nå högre grad av likformighet i tillvägagångssätt och för att nå likartad kvalitet i informationsmaterialet träffades kartläggarna intensivt. Om än olikheter finns beträffande fyllighet och kvalitet, utgår de fem kartläggningarna huvudsakligen från samma avgränsningar och bedömningsgrunder. Detta gör det möjligt att sammanställa materialet i sin helhet. För att ytterligare öka sannolikheten att kartläggningsbilderna givit en rimlig beskrivning av faktiska förhållanden, har beskrivningen av kommunernas öppenvård kommunicerats med respektive uppgiftslämnare. I fyra av länen har uppgiftslämnaren fått ett utkast för genomläsning och möjligheter att korrigera eller komplettera. För ett län har resultaten föredragits för ifo-cheferna där dessa haft möjlighet att ge synpunkter. Kommunernas synpunkter har arbetats in i redovisningarna. Det är viktigt att komma ihåg att kartläggningen speglar en snabbt föränderlig verksamhet. I många kommuner pågick olika förändringsarbeten. Bilden av öppenvården som redovisas i denna rapport var den som gällde under våren 2006.

Vi valde att intervjua chefer och medarbetare inom socialtjänsten. Detta betyder att det är öppenvården sedd ur deras perspektiv som redovisas. I kommunerna finns andra aktörer inom detta verksamhetsfält som inte tillfrågats. Kartläggningens uppdrag var att identifiera och beskriva vad socialtjänsten hade att tillgå. Vårt intryck är att informanterna hade en acceptabel överblick av vad som fanns i kommunen och vad man använde sig av från socialtjänstens sida. Perspektivet präglar dock vad som betonas respektive ges en perifer betydelse eller helt förbises.

Från fem länsrapporter till en femlänsrapport

Underlaget till denna rapport har varit kartläggningar från de fem ingående länen. Som tidigare beskrivits har vi i kartlägningsarbetet strävat efter att avgränsa och bedöma tjänsteerbjudanden på ett likartat sätt. Trots detta kvarstår vissa olikheter i de fem länskartläggningarna. Den bearbetning som gjorts då vi sammanställt denna läns gemensamma rapport redovisas nedan.

Länskartläggningarna består av kommunmenyer som åskådliggör kommunernas utbud av tjänsteerbjudanden samt beskrivande text gällande de olika tjänsterna som identifierats. Under bearbetningen av det empiriska materialet har vår målsättning och vårt arbetssätt varit att hålla oss så nära uppdelningen och innehållet i kommunmenyerna som möjligt. Vi har dock gjort smärre förändringar när det uppenbart framgått av den beskrivande texten i rapporten att den aktuella kommunmenyn behövt kompletteras eller ändras. Nedan beskrivs de principer och åtgärder som vidtagits vid bearbetningen av det empiriska materialet för att öka tillförlitligheten och jämförbarheten mellan de fem länens kartläggningar.

De identifierade tjänsterna har av kartläggarna delats upp i olika hög grad. I vissa fall har tjänsteerbjudanden av typen drogtest, akupunktur, möjlighet till enskilda samtal, spärrmedicinering brutits ur ett tjänstepaket, som exempelvis ett eftervårdsprogram, och redovisats som fristående tjänster. I andra fall har ovanstående tjänster ingått som en del i ett tjänstepaket. För att öka jämförbarheten i materialet och minimera felkällorna har vi valt strategin att genomgående fokusera på tjänstepaketet och till detta inkludera mindre omfattande tjänsteerbjudanden om de på ett naturligt sätt ingår som delar och komplement i paketet.

För att skapa en tydlighet i tjänsteerbjudandenas inriktning på olika målgrupper har endast erbjudanden där det tydligt framgått att de riktar sig till kvinnor eller unga vuxna (18–24 år) tagits med för dessa målgrupper. De flesta tjänsteerbjudanden för vuxna vänder sig förvisso till personer från 18 år samt både till män och till kvinnor. Syftet med vår relativt strikta uppdelning under bearbetningen av materialet har varit att identifiera vilka tjänsteerbjudande som utvecklats specifikt för att möta behov hos målgrupperna unga vuxna och kvinnor. I bearbetningen av materialet har vi vidare tagit fasta på vilken målgrupp tjänsteerbjudandet vänder sig till, inte vilken målgrupp som huvudsakligen använder tjänsten.

Vår strategi har varit att tjänster som köps kontinuerligt och regleras i avtal mellan kommunen och utföraren tagits med. Vi har även registrerat tjänster som köps utan avtal med utföraren om det framgått att tjänsten i realiteten är tillgänglig för kommunmedborgarna.

Sammanfattningsvis har:

- olika grad av uppdelning av tjänsteerbjudanden kalibrerats
- endast tjänsteerbjudanden där det klart angivits målgrupp registrerats för denna kategori – kvinnor, unga vuxna, anhöriga vuxna respektive barn
- köpta tjänster registrerats då det framgått att tjänsteerbjudandet i realiteten är tillgängligt för kommunmedborgaren.

Kapitel 4 Tjänsteerbjudanden – förekomst och frekvens

Förekomst av tjänsteerbjudanden i de 64 kommunerna

I följande avsnitt redogörs för hur de olika kategorierna av tjänsteerbjudanden förekom i kommunerna och till vilka målgrupper man vände sig. Skillnader och mönster i de respektive länen redovisas. I den mån tydliga skillnader i utbyggnaden av tjänsteerbjudanden mellan länen kan urskiljas redovisas detta. Enskilda kommuner namnges endast i den mån de erbjudit tjänster som inte var brett utbyggda i de 64 kommunerna.

I den inledande figuren, ”menyn”, redovisas förekomsten av tjänsteerbjudanden i de 64 kommunerna.

Fokus Typ	Vuxna		Unga vuxna		Anhöriga	
					Vuxna	Barn
Rådgivande/ Motiverande	Totalt: 55/64		Totalt: 11/64		11/64	0/64
	Varav spec. utformad för		Varav spec. utformad för			
	Män: 2/64	Kv: 2/64	Män: 1/64	Kv: 2/64		
Behandlande	Totalt: 60/64		Totalt: 15/64		45/64	43/64
	Varav spec. utformad för		Varav spec. utformad för			
	Män: 2/64	Kv: 6/64	Män: 2/64	Kv: 3/64		
Upprätthållande	Totalt: 55/64		Totalt: 6/64		6/64	1/64
	Varav spec. utformad för		Varav spec. utformad för			
	Män: 0/64	Kv: 6/64	Män: 1/64	Kv: 0/64		
Boendestöd	Totalt: 42/64		Totalt: 1/64		0/64	0/64
	Män: 2/64	Kv: 1/64	Män: 0/64	Kv: 0/64		
Arbetsstöd	Totalt: 49/64		Totalt: 5/64		0/64	0/64
	Män: 0/64	Kv: 1/64	Män: 0/64	Kv: 0/64		

Figur 3. Förekomst av tjänsteerbjudanden i länens kommuner (N = 64).

Tjänsteerbjudanden riktade till vuxna

Bland de 64 kommunerna har i 55 kommuner identifierats rådgivande/motiverande insatser för vuxna, i 60 kommuner behandlande tjänster för vuxna och i 55 kommuner upprätthållande tjänster för vuxna. Det var i huvudsak små kommuner som saknade rådgivande/motiverande erbjudanden riktade till vuxna. Det var också relativt små kommuner som inte erbjöd behandling för vuxna, men inte genomgående de allra minsta. Även när det gäller de upprätthållande tjänsterna var det i huvudsak i små kommuner som detta inte erbjöds. Sammantaget visar detta att såväl rådgivande/motiverande, behandlande som upprätthållande tjänster har identifierats i de allra flesta kommuner i de fem länen, men saknas i ett antal mindre kommuner. Endast i en kommun i Dalarna har behandling för vuxna inte kunnat identifieras, ingen kommun i Dalarna saknade däremot rådgivande/motiverande eller upprätthållande tjänster. I Gävleborg erbjöd alla kommunerna de tre tjänstekategorierna.

Arbetsstöd och boendestöd

Arbetsstöd har identifierats i 49 kommuner. Erbjudande om arbetsstöd saknades i såväl små som medelstora kommuner i fyra av de fem länen, dock inte i Gävleborg. Det var framför allt

i Dalakommunerna som detta erbjudande inte kunde identifieras. I 42 kommuner har boendestöd kunnat identifieras. Det var företrädesvis små, men också några lite större kommuner, som saknade boendestöd. I alla län fanns kommuner som saknade boendestöd, i Gävleborg var det dock endast i två kommuner som detta inte kunde identifieras.

Erbjudanden riktade till kvinnor

De erbjudanden som särskilt riktade sig till kvinnor var enligt vad vi funnit mycket få. I elva kommuner har vi kunnat identifiera sådana tjänsteerbjudanden. Sex kommuner som erbjöd behandling riktad till kvinnor har identifierats: Falun, Borlänge, Västerås, Arvika, Gävle och Örebro. Två kommuner erbjöd enligt vad vi funnit rådgivande/motiverande insatser: Falun och Skinnskatteberg. I sex kommuner har vi kunnat identifiera erbjudanden om upprätthållande tjänster: Falun, Kristinehamn, Köping, Gävle, Sandviken och Hudiksvall. I en kommun har vi funnit riktat boendestöd till kvinnor: Örebro. Det är således i huvudsak i stora kommuner som vi har identifierat särskild tjänsteerbjudanden riktade till kvinnor, men även i ett par små kommuner. Det var enligt vår kartläggning endast Falun som erbjöd såväl rådgivande, behandlande som upprätthållande tjänster.

Erbjudanden riktade endast till män

Vuxna män utgör den största målgruppen för den öppna missbrukar- och beroendevården. Som en konsekvens av detta har merparten av tjänsterna utvecklats för denna grupp. Detta utgör ett problem när kvinnor och unga vuxna erbjuds samma tjänster utan att de anpassas till dessa målgrupper. Trots detta har vi i två kommuner identifierat erbjudanden om behandling endast riktad till vuxna män: Borlänge och Falun, och i två kommuner rådgivande/motiverande tjänster särskilt för vuxna män: Köping och Falun. Två kommuner erbjöd enligt vad vi erfarit särskilt riktat boendestöd till vuxna män: Säffle och Köping. Tjänster riktade endast till vuxna män förekom således bara i fyra kommuner (i Dalarna, Örebro och Värmland). Av de fyra kommuner som vi funnit erbjöd särskilda insatser riktade till vuxna män erbjuder tre också särskilda insatser till vuxna kvinnor: Falun, Borlänge och Köping. Detta pekar på behovet av att differentiera tjänsteerbjudanden efter olika målgrupper.

Tjänsteerbjudanden riktade till unga vuxna

När det gällde insatser riktade till unga vuxna var det frågan om betydligt färre erbjudanden än till vuxna. Endast i 19 kommuner har någon typ av tjänsteerbjudande riktat till unga vuxna kunnat identifieras. I elva av dessa kommuner avsåg erbjudandet rådgivande/motiverande tjänster, i 15 kommuner behandlande och i sex kommuner upprätthållande tjänster. Av de kommuner som i vår kartläggning identifierats erbjuda motiverande/rådgivande tjänster för unga vuxna låg fyra i Dalarna, fyra i Gävleborg, två i Värmland samt en i Örebro län. Behandlande tjänster har identifierats i fem kommuner i Värmland, fyra kommuner i Dalarna, fyra kommuner i Gävle-borg och i två kommuner i Örebro län. Upprätthållande tjänster har vi funnit i två kommuner i Värmland, två kommuner i Gävleborg och i en kommun i Dalarna samt en tjänst för unga män i Örebro. Arbetsstöd erbjöds enligt vår kartläggning unga vuxna i fyra kommuner i Värmland samt i en kommun i Dalarna. Boendestöd riktat till unga vuxna har vi endast kunnat identifiera i Falun.

Särskilda tjänster riktade till unga kvinnor har vi funnit i fyra kommuner: Falun erbjöd både rådgivning och behandling, Borlänge, Arvika och Söderhamn erbjöd behandling. I Skinnskatteberg erbjöds rådgivning till kvinnor över 20 år och i Västerås riktades erbjudanden om behandling till kvinnor över 20 år. Rådgivande/motiverande och behandlande insatser särskilt riktade till unga män erbjöds i Falun. I Borlänge erbjöds unga män behandling och i Örebro riktades erbjudande om upprätthållande tjänster till unga män.

Erbjudanden till unga vuxna har kunnat identifieras i såväl stora som små kommuner. I fem av de sex största kommunerna fanns något tjänsteerbjudande riktat till unga vuxna, men också i en del små och medelstora kommuner. Det fanns inte något tydligt samband mellan förekomst av tjänsteerbjudanden riktade till unga vuxna och kommunstorlek. Falun och Arvika framstod som de kommuner som hade det mest omfattande stödet för unga vuxna, vilket omfattade både rådgivning, behandling, upprätthållande tjänster och boendestöd (Falun) eller arbetsstöd (Arvika). I ytterligare tre kommuner har vi identifierat såväl rådgivande som behandlande och upprätthållande tjänster för unga vuxna – Gävle, Sandviken och Örebro.

Anhörigtjänster: vuxna respektive barn

De tjänster som erbjöds de anhöriga är relativt brett utbyggda. I 45 kommuner har vi identifierat erbjudanden om behandling riktade till anhöriga vuxna och i 43 kommuner har vi funnit tjänsteerbjudanden om behandling för anhöriga barn. Enligt vår kartläggning erbjöd elva kommuner vuxna anhöriga rådgivande/motiverande tjänster och sex kommuner erbjöd vuxna anhöriga upprätthållande tjänster. I en kommun har vi identifierat ett erbjudande om en upprätthållande tjänst riktad till anhöriga barn. Det var således de behandlande tjänsterna riktade till anhöriga vuxna som var mest omfattande och enligt vår kartläggning erbjöds i 45 kommuner. Tre kommuner i Gävleborg: Gävle, Sandviken och Söderhamn, erbjöd enligt vår kartläggning anhöriga vuxna såväl rådgivande/motiverande som behandlande och upprätthållande tjänster.

Tjänsteerbjudanden riktade till anhöriga barn var enligt vår kartläggning nästan helt inriktade på behandling. I 43 kommuner har vi kunnat identifiera detta tjänsteerbjudande. Tjänster för anhöriga barn tycktes vara mest utbyggda i Örebro län där det endast var i två kommuner av tolv som vi inte har funnit erbjudanden riktade till anhöriga barn. I Dalarna kunde anhöriga barn enligt vad vi funnit få behandling i elva av 15 kommuner, i Gävleborg liksom i Västmanland har vi identifierat detta erbjudande i sju kommuner av tio respektive elva och i Värmland i åtta kommuner av 16. I Gävleborg erbjöd Sandviken även en upprätthållande tjänst för barn.

Inte heller när det gäller tjänster riktade till vuxna anhöriga går det att finna något klart samband med kommunstorlek, det är såväl stora som små kommuner som erbjuder tjänster för vuxna anhöriga. Däremot finns en viss skillnad mellan länen när det gäller hur utbyggda dessa tjänster är. I Gävleborg har alla kommuner någon verksamhet för vuxna anhöriga. Tjänsteerbjudanden riktade till anhöriga barn fanns när det gäller behandling i de flesta kommuner i Örebro län, Gävleborg, Dalarna och Västmanland, men endast i hälften av kommunerna i Värmland. Det var framför allt i de små kommunerna i Värmland och i Västmanland som detta erbjudande saknades, däremot var det inte de minsta kommunerna i Gävleborg och Dalarna som saknade denna insats.

Sammanfattningsvis:

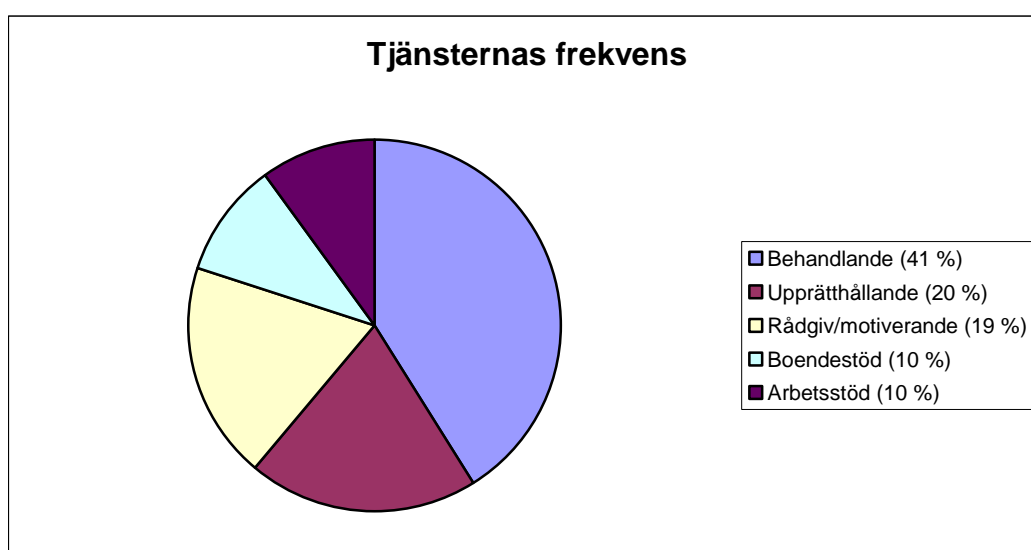
- De flesta kommunerna hade motiverande/rådgivande, behandlande och upprätthållande tjänsteerbjudanden riktade till vuxna.
- Få kommuner hade tillgång till särskilda tjänsteerbjudanden i öppenvården som riktade sig till kvinnor eller unga vuxna med en missbruks- eller beroendeproblematik.
- Nästan tre av fyra kommuner kunde erbjuda tjänster till vuxna anhöriga samt anhöriga barn och ungdomar.
- Generellt sett hade de stora kommunerna tillgång till fler och mer differentierade tjänsteerbjudanden, men även några mellanstora kommuner låg väl framme.

- Ett fåtal kommuner med tjänsteerbjudanden riktade till unga vuxna, kvinnor och/eller anhöriga finns i alla fem länen och skiljer ut sig från övriga kommuner.

Frekvens av tjänsteerbjudanden i de 64 kommunerna

Nedanstående avsnitt redovisar frekvensen av de olika kategorierna tjänsteerbjudanden och deras inriktning mot olika målgrupper. Med andra ord: för vilka behov verksamheterna har bedömt det angeläget att utveckla tjänsteerbjudanden. Dessutom redovisas skillnader och vissa mönster i de respektive länen. I jämförelser av tjänsters frekvens mellan länen är utgångspunkten tjänster i förhållande till länets kommunantal. Länens kommunantal är: Gävleborg: 10, Västmanland: 11, Örebro: 12, Dalarna: 15 och Värmland: 16.

Totalt omfattar materialet från de fem länen 679 tjänsteerbjudanden riktade till samtliga målgrupper: vuxna, unga vuxna, vuxna anhöriga, anhöriga barn/ungdomar. I figur 4 visas hur de olika typerna av tjänsteerbjudanden fördelade sig.



Figur 4. Typ av tjänsteerbjudanden i förhållande till samtliga erbjudanden.

Som ovanstående diagram visar var kategorin behandlande den klart största. I genomsnitt fanns det dubbelt så många behandlande tjänsteerbjudanden som rådgivande/motiverande respektive upprätthållande. Kategorierna boendestöd och arbetsstöd utgjorde ungefär lika stora poster om vardera cirka en tiondel av det totala utbudet tjänster.

Kommentar: Då de upprätthållande insatserna var färre än de behandlande måste man anta att denna obalans innebär att det inte alltid fanns exempelvis en efterbehandling att tillgå efter avslutad primärbehandling. I detta sammanhang spelar sannolikt olika typer av självhjälpsgrupper och ideella aktörer (AA, NA, Länkarna, Hela människan, LP-stiftelsen m.fl.) en betydande roll.

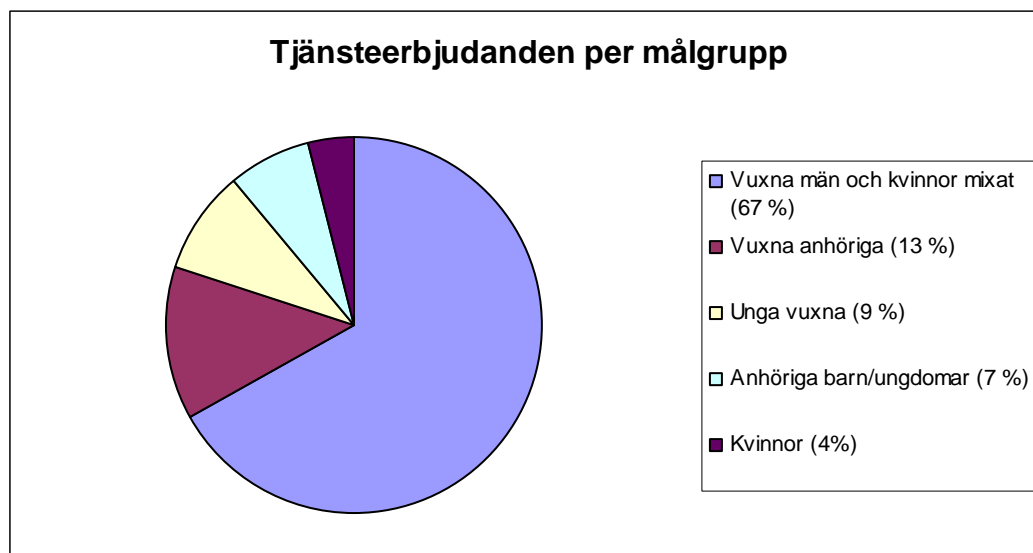
En bearbetning av frekvensen tjänsteerbjudanden i de 64 kommunerna fördelat på de olika målgrupperna visar:

- För vuxna fanns totalt 97 rådgivande/motiverande, 134 behandlande, 117 upprätthållande, 71 boendestödjande samt 60 arbetsstödjande tjänsteerbjudanden.
- För unga vuxna (18–24 år) fanns betydligt färre tjänsteerbjudanden. De som fanns fördelade sig över de olika kategorierna enligt följande: rådgivande/motiverande (21),

behandlande (28), upprätthållande (9), boendestödjande (1) samt arbetsstödjande tjänster (6).

- Gällande tjänsteerbjudanden med specifik inriktning på kvinnor är frekvensen ännu lägre än för unga vuxna. De tjänsteerbjudanden som är utvecklade specifikt för att möta kvinnors behov, såväl vuxna som unga vuxna, fördelar sig enligt följande: rådgivande/motiverande (4), behandlande (11), upprätthållande (8), boendestödjande (1) samt arbetsstödjande (1).

I figur 5 sammanfattas tjänsternas fördelning över de aktuella målgrupperna.



Figur 5. Den totala andelen tjänsteerbjudanden fördelat över målgrupperna.

Diagrammet visar att 67 procent av de totalt 679 tjänsteerbjudandena vände sig till kategorin vuxna utan direkt specialisering på kön eller ålder. Andelen tjänsteerbjudanden som specifikt vände sig till vuxna anhöriga var 13 procent, unga vuxna 9 procent, anhöriga barn/ungdomar 7 procent samt kvinnor 4 procent.

Jämförelser i frekvensen av tjänsteerbjudande mellan länen

Nedanstående avsnitt redovisar och kommenterar de mönster som kunde urskiljas i frekvensen av tjänsteerbjudanden i förhållande till de fem länens utbud. Med frekvens avses antalet tjänsteerbjudanden i respektive kategori för länet fördelat på länets kommunantal.

Frekvensen av det totala utbudet rådgivande/motiverande tjänster var klart högst i Gävleborg och Dalarna, där över hälften av de totalt 129 tjänsteerbjudandena fanns. Gällande Västmanland, Värmland och Örebro län var frekvensen rådgivande/motiverande tjänsteerbjudanden relativt jämt fördelade.

De behandlande tjänsternas frekvens i länen uppvisade ett annat mönster, där Örebro län hade något fler behandlande tjänsteerbjudanden per kommun. De övriga fyra länen hade ungefär samma frekvens i förhållande till kommunantal. Totalt identifierades 277 erbjudanden. Studerar man endast de behandlande tjänsterna som riktar sig till personer med missbruks- eller beroendeproblematik, d.v.s. räknar bort behandlande tjänster för anhöriga, blir skillnaderna i frekvens tydligare mellan länen. Med en sådan bearbetning framträder ett tydligt mönster där Örebro län hade klart flest behandlande tjänsteerbjudanden följt av Dalarna, Gävleborg, Värmland och Västmanland.

De upprätthållande tjänsterbjudandena var totalt 117. Dessa tjänster fanns i störst utsträckning i Gävleborg som hade ungefär dubbelt så många upprätthållande tjänster per kommun som kommunerna i de övriga länen. Dalarna hade något högre antal upprätthållande tjänster per kommun än Västmanland, Värmland och Örebro.

Av de totalt 66 arbetsstödjande tjänsterna fanns det flest i Värmland följt av Gävleborg. De övriga länen har ungefär hälften av Värmlands utbud av arbetsstödjande tjänsterbjudanden.

Det fanns totalt 71 boendestödjande tjänsterbjudanden i de 64 kommunerna. Fördelningen av dessa mellan länen visar en något högre andel i Örebro läns kommuner. De övriga länen visar i stort sett samma frekvens förutom Dalarna som hade en något lägre frekvens av boendestödjande tjänster.

Insatser riktade till unga vuxna

Sammanräknat har identifierats 64 tjänsterbjudanden med specifik inriktning på unga vuxna. De mönster som kan urskiljas i länens utbud är att de flesta av dessa tjänster fanns i Gävleborg följt av Värmland och Dalarna. Örebro län uppvisade en betydligt lägre frekvens av tjänster för unga vuxna. I Västmanland har inga tjänsterbjudanden med specifik inriktning mot unga vuxna identifierats.

Bryter man ut de olika typerna av tjänsterbjudanden för unga vuxna och granskar dem separat hade Gävleborg med stor marginal flest rådgivande/motiverande tjänsterbjudanden per kommun. Värmland och Dalarna hade flest behandlande tjänsterbjudanden per kommun. Gällande upprätthållande tjänsterbjudanden var det Gävleborg och Värmland som har flest.

Anhörigtjänster till vuxna respektive barn/ungdomar

Av de totalt 85 tjänsterbjudanden som identifierats för vuxna anhöriga var de flesta lokaliserade till Gävleborg följt av Dalarna. De övriga länen visade samma frekvens, förutom Örebro län som hade något lägre frekvens tjänsterbjudanden för vuxna anhöriga.

Ett slående mönster i frekvensen av olika typer av tjänsterbjudanden för vuxna anhöriga var det fåtal tjänster i de fem länen som hade specifik inriktning på rådgivning och motivationsarbete (totalt 13) samt upprätthållande insatser med vuxna anhöriga (totalt sex). Den stora merparten av tjänsteutbudet för vuxna anhöriga kategoriserades som behandlande tjänster. För det upprätthållande arbetet får man anta att självhjälpgrupper som Al-Anon (anhöriga och vänner till alkoholmissbrukare) och ACOA (Adult Children Of Addicts) har en väsentlig betydelse.

Tjänsterbjudanden för barn var i stort sett samtliga inriktade på behandling. Dessa tjänsterbjudanden utgjordes så gott som uteslutande av olika ledarledda stödgrupper för barn och ungdomar under 18 år. I dessa grupper arbetade man med material och metoder från CAPT, TAPP, Linus, Rädda Barnen m.fl. Frekvensen i detta utbud var relativt jämnt fördelad över länen med undantag för kommunerna i Västmanland och Värmland som hade något lägre andel av dessa tjänster.

Erbjudanden riktade till kvinnor

Totalt 23 tjänsterbjudanden specifikt inriktade på kvinnors (både vuxna kvinnor och unga vuxna kvinnor) behov har identifierats. Merparten fanns i Gävleborg och Dalarna. Betraktar man de olika tjänsterna separat hade Dalarna flest rådgivande/motiverande samt behandlande

tjänster. Gävleborg hade flest upprätthållande. De övriga länen låg betydligt lägre men på ungefär samma frekvensnivå.

Kapitel 5 Återkommande mönster

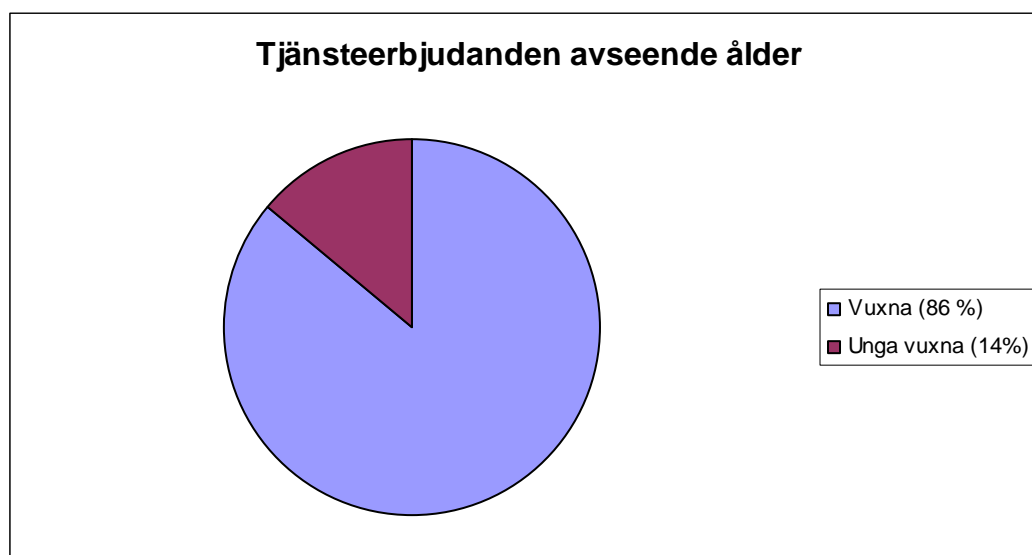
I detta kapitel lyfts ett antal mönster som framträtt i arbetet med kartläggningmaterialet. Vår ambition är att i grova drag visa hur mönstren ser ut och ange tydliga skillnader mellan länen.

Specialisering – segmentering

Detta avsnitt fokuserar på att belysa tjänsternas relativt låga grad av specialisering främst visavi målgrupperna unga vuxna, kvinnor och personer med dubbeldiagnos som tydligt framträtt i det empiriska materialet. Avsnittet behandlar också tjänsternas grad av specialisering gentemot missbruk eller beroende av olika drogtyper. I kommentarerna och diskussionen utgör Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård¹² utgångspunkten.

Unga Vuxna

Nedanstående diagram visar att andelen av de rådgivande/motiverande, behandlande och upp-
rätthållande tjänsterna som var särskilt utvecklade för att möta behov hos unga vuxna var knappt 14 procent. De övriga 86 procenten av tjänsterna har ingen åldersmässig specialisering utan vände sig till vuxna personer från 18 år i allmänhet.



Figur 6. Andel tjänsteerbjudanden riktade till unga vuxna.

Man kan mot bakgrund av ovanstående fördelning konstatera att det fanns en låg grad av specialisering gentemot särskilda behov hos unga vuxna med en alkohol- eller drogrelaterad problematik. Sammantaget var det endast cirka en femtedel av de 64 kommunerna som hade tjänsteerbjudanden speciellt utvecklade och riktade till unga vuxna. Man kan ställa sig frågan vilka indikationer det finns för att unga vuxna uppvisar andra behov än vuxna. I Socialstyrelsens riktlinjer konstateras att forskningsunderlaget kring åldersvariabeln är så litet att det inte finns stöd för några direkta uppfattningar om särskilda indikationer i behandlingen av olika ålderskategorier. Man diskuterar i detta sammanhang kring behovet av ytterligare forskning som ett led i framtida metodutveckling.

Under arbetet med länskartläggningarna kom kartläggarna i kontakt med medarbetare inom verksamheter för unga vuxna med drogproblematik. Den bild dessa behandlare och socialarbetare gav av sitt arbete med målgruppen innehöll några karaktäristika som är värda att

¹² Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Remissversion 11 april 2006.

nämna. Framförallt beskrev de svårigheten att skapa motivation hos unga vuxna, som ännu inte fått direkta konsekvenser av sin alkohol- eller drogproblematik. Många ur målgruppen sökte inte själv behandling eller rådgivning. Det handlade istället ofta om påtryckningar från myndigheter eller om att deras problematik blivit synlig genom polisingripanden. Behandlare som vidtalades under kartläggningen, talade om de "förlorade åren" mellan 20–30 år då alkohol- eller drogproblematiken ibland fortlöpt utan att den unge nåtts av några motiverande eller behandlande tjänsteerbjudanden. De behandlare som intervjuades berättade också om sviktande motivation och behandlingsavbrott. Andra utsagor handlade om att det var mycket svårt att få yngre personer att förstå kopplingen mellan alkohol och narkotika. Yngre personer som lyckats bryta ett narkotikaberoende ville ofta fortsätta dricka alkohol trots att det innebar stora risker att "falla igenom". Vidare framkom en relativt stor enighet om vikten av att möta yngre personer där de befinner sig med en följsam pedagogik och inte köra "fyrkantiga program". Ytterligare en aspekt som lyftes fram var vikten av att ha ett nätverks- och familjefokus runt yngre personer då de ofta bodde hemma hos föräldrarna samt att använda nätverket som en resurs i behandlingen.

Ovanstående beskrivning av målgruppens behov kom från en handfull behandlare och socialarbetare med relativt mångårig erfarenhet. Sannolikt är det en framkomlig strategi att inventera vilka kunskaper som finns bland ett större urval professionella som arbetar med målgruppen unga vuxna och ur denna kunskap formulera frågeställningar för fortsatt forskning.

Kvinnor

Nedanstående figur visar att det för kvinnor har identifierats en ännu lägre andel tjänsteerbjudanden särskilt utvecklade för att möta deras behov. Endast 6 procent av det totala utbudet rådgivande/motiverande, behandlande och upprätthållande tjänsteerbjudanden i hela regionen riktade sig specifikt till vuxna och unga vuxna kvinnor. De specialiserade insatserna för kvinnor fanns dessutom samlade i ett fåtal kommuner.



Figur 7. Andel tjänsteerbjudanden speciellt riktade till kvinnor.

Liknande frågeställningar gör sig gällande här som under avsnittet för unga vuxna. Det vill säga, vad är specifikt i behovsbilden för kvinnor med en missbruks- eller beroendeproblematik? I Socialstyrelsens förslag till Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård konstaterar man att det expertunderlag som utgjort grunden för arbetet med riktlinjerna

inte innehåller vetenskapliga studier där genusaspekten i behandling genomlysts tillräckligt. De rekommendationer som återfinns i Socialstyrelsens riktlinjer fokuserar i huvudsak på gravida kvinnor med missbruks- eller beroendeproblematik. Rekommendationerna för denna målgrupp handlar om vikten av att mödravårdscentraler och andra verksamheter som kommer i kontakt med målgruppen kontaktar socialtjänsten. Vidare påpekas vikten av att informera om riskerna med alkohol och droger under graviditeten. Att behandling riktad till gravida kvinnor med missbruks- eller beroendeproblematik skall utformas med hänsyn till fostrets hälsa framhålls liksom att kvinnans partner involveras om kvinnan önskar det samt att behandlingen även ska fokusera på att utreda och åtgärda behov av socialt stöd. Socialstyrelsen hänvisar till kliniska erfarenheter som visat värdet av att flera kompetenser samverkar runt kvinnan samt att behandlingen utformas med en kombination av olika behandlings- och stödåtgärder.

Under kartläggningen intervjuades en handfull behandlare som arbetar med inriktning på målgruppen kvinnor med en missbruks- eller beroendeproblematik. Deras utsagor handlade om att kvinnor som varit inne i ett missbruk/beroende ofta farit illa i relationen till män. Ofta fanns också en övergreppsrelaterad problematik som "täckts över" av alkohol eller droger. När denna behandlats och avklingat kom den underliggande problematiken upp till ytan och behövde bearbetas med professionellt stöd. Man diskuterade också kring att kvinnor hamnade i skymundan i grupprelaterade behandlingar där majoriteten var män.

På samma sätt som när det gäller unga vuxna borde det vara eftersträvansvärt att mer systematiskt inventera vilken kunskap och erfarenhet som finns kring kvinnobehandling och utifrån denna lägga upp en forsknings- och utvecklingsstrategi.

Personer med samsjuklighet mellan missbruk/beroende och psykiatrisk problematik, så kallad dubbeldiagnos

Denna kartläggning har inte haft som primärt fokus att identifiera de tjänsteerbjudanden som var specifikt inriktade till personer med såväl missbruk/beroende som psykiatrisk problematik. Det empiriska materialet innehåller dock information som möjliggjort en analys av förekomsten och i viss mån innehållet i de tjänster som fanns särskilt utvecklade för personer med dubbeldiagnos.

Ett tjugotal tjänster med särskild inriktning på personer med dubbeldiagnos har identifierats i de 64 kommunerna. Drygt hälften av dessa var inriktade på att stödja den enskilde i hans eller hennes boende och tillförsäkra den enskilde vardaglig omsorg. Övriga tjänster var av utpräglat behandlande karaktär. Dessa fanns företrädesvis i de större städerna. Samtliga tjänsteerbjudanden innehöll en varierande grad av samverkan mellan socialtjänsten, den landstingsbaserade och den kommunala psykiatrin.

Beroendecentrum i Örebro län utgjorde en intressant verksamhet i detta sammanhang. Beroendecentrum är en specialiserad enhet som erbjuder ett utbud av rådgivande/motiverande, behandlande och upprätthållande tjänster specifikt för målgruppen med dubbeldiagnos. Beroendecentrum arbetar länsövergripande och erbjuder tjänster som handledning och konsultation till personal inom socialtjänsten och primärvården. Beroendecentrum bedriver också uppsökande verksamhet vid hälsocentraler och socialkontor för att kunna hjälpa till med motivationsarbete, utredning och bedömning. Denna modell innebär sannolikt ett kompetens- och resurstillskott för hela Örebro län. De sex behandlande tjänsterna inom ramen för Beroendecentrum var dock lokaliserade till Örebro, vilket sannolikt minskade tillgängligheten för invånare i mer geografiskt avlägsna kommuner.

I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer¹³ framgår att det även här saknas underlag i form av utvärdering och studier som ger stöd för att vissa metoder är effektivare i behandlingen av personer med dubbeldiagnos. Socialstyrelsen relaterar snarare till beprövad erfarenhet från kommuner och landsting. Sammanfattningsvis pekar den beprövade erfarenheten på vikten av samverkan mellan huvudmännen och olika personalkategorier inom socialtjänst samt kommunal och landstingsbaserad psykiatri. Man talar också om vikten av att organisatoriskt skapa specialistenheter där olika kompetenser förs samman. I detta sammanhang resoneras också om nödvändigheten av samverkan över kommun- och länsgränser för att små kommuner tillsammans skall skapa det underlag av resurser och kompetenser som krävs i arbetet med målgruppen.

Specialisering gentemot missbruk och beroende av specifika narkotiska preparat

Bearbetningen av kartläggningmaterialet från de fem länen visar att det rådde en ringa grad av specialisering gentemot olika typer av narkotikamissbruk och beroende. Cirka tio tjänstererbjudanden har identifierats med denna särskilda inriktning. Två tredjedelar av dessa var olika typer av haschavvänjningsprogram. De övriga var behandlingar inriktade på missbruk eller beroende av opiater. Dessa specialiserade tjänster fanns med något undantag i de större städerna.

Socialstyrelsen diskuterar i riktlinjerna för missbruks- och beroendebehandling kring att narkotikamissbruk handlar om en mängd olika preparat som i sin tur hänger samman med specifika drogkulturer. Man uttrycker att *mängden preparat och drogscenens skiftande former gör att interventionen och behandlingen kontinuerligt måste anpassas och specificeras*.¹⁴ När det gäller rekommendationer kring olika behandlingsmetoder beroende på vilken drog som är den primära, pekar socialstyrelsen generellt på ett utvecklingsbehov då det i stor utsträckning saknas utvärdering och forskning som kan ge stöd för specifika rekommendationer.

Gällande missbruk och beroende av cannabis samt opiater framförs dock vissa rekommendationer. Man konstaterar att de former av psykosocial behandling som anses vara effektiva vid andra beroendetillstånd, kognitiva och beteendeterapeutiska metoder, även är verksamma vid behandling av cannabis- och opiatberoende. Socialstyrelsen finner dock stöd för några specifika rekommendationer gällande behandling av cannabisberoende. Dessa handlar om att behandlingen skall inriktas på att uppnå direkt avhållsamhet samt på identifiering och behandling av kognitiva funktionsnedsättningar, tankeförmåga, minne etc. Man framhåller också vikten av träning med fokus på drogrelaterade kompetensbrister, vilka i första hand avser psykologisk och social kompetens. Behandlingen skall också innehålla stödinsatser för familj och närstående när detta bedöms meningsfullt.

Gällande missbruk- och beroende av opiater finner Socialstyrelsen att experternas faktaunderlag till de nationella riktlinjerna ger stöd för god effekt vid läkemedelsassisterad behandling. Socialstyrelsen rekommenderar i detta sammanhang att psykosociala metoder kombineras med agonister som subutex eller metadon. Vidare att antagonisten naltrexon har effekt om än svagare än de förstnämnda preparaten. Man konstaterar dock att även fristående psykosocial behandling har effekt på opiatberoende och bör användas då inte läkemedelsassisterad behandling är möjlig.

¹³ Socialstyrelsen förslag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Remissversion 11 april 2006.

¹⁴ A.a. sid. 97.

Slutkommentar till avsnittet om specialisering

Det resonemang som förs i Socialstyrelsens riktlinjer kring samverkan över kommungränser och mobilisering av befintliga kompetenser samt resurser förefaller vara centralt när det gäller möjligheten till specialisering särskilt i mindre kommuner. Socialstyrelsen drar i detta sammanhang paralleller till en studie som genomfördes gällande offentliga resurser inom narkomanvård (ORION)¹⁵, vilken påvisade nödvändigheten av samverkan för att uppnå specialiserade insatser i glesbygd.

Behandlingens teoretiska och ideologiska bas

Nedan följer en beskrivning av den teoretiska utgångspunkten för de behandlande tjänster som vänder sig till vuxna och unga vuxna. De tjänster som behandlas i denna bearbetning utgörs av behandlingserbjudanden av psykosocial karaktär. Ett tjugotal farmakologiska behandlingserbjudanden – antabusbehandling, medicinering mot drogsug och polikliniska abstinensbehandlingar – har identifierats, men lämnas utanför i detta sammanhang. Totalt ingår 114 behandlande tjänster i bearbetningen.

Behandlingstjänsterna har bedömts och kategoriserats utifrån sin dominerande teoretiska och idémässiga utgångspunkt som den framträder i kartläggningmaterialet. Tjänsteerbjudandena har sorterats i nedanstående kategorier:

- Kategori 1: Tolvstegsorienterade behandlingar.
- Kategori 2: Kognitiva och beteendeorienterade behandlingar, inkluderar MI, KBT, CRA¹⁶ och liknande metoder med tydligt fokus på tankar och beteenden.
- Kategori 3: Psykodynamiskt inriktade behandlingar.
- Kategori 4: Övriga, kombinationer av olika inriktningar som exempelvis: systeminriktade, miljöterapi, omvårdnad, samtal kopplade till ADDIS och ASI¹⁷ kartläggningar.

Det finns stora likheter mellan de tolvstegsinriktade behandlingarna och de kognitiva och beteendeorienterade. Dessa kategorier har dock särskiljts då det ändå finns skillnader i ideologi, teori och traditioner. Exempelvis är sjukdomsbegreppet, självhjälpsrörelsen och ”stora boken” centralt inom tolvstegsbehandling.

Vuxna

Hälften av det totala utbudet behandlande tjänstererbjudanden utgjordes av tolvstegsinriktade behandlingar. Andelen renodlat kognitiva- och beteendeorienterade behandlingar var relativt liten, drygt en av tio. Likaså förekom endast ett par behandlande tjänster med renodlat psykodynamisk inriktning. Andelen behandlingar som kategoriserats som övriga utgjorde däremot drygt en tredjedel av det totala behandlingsutbudet för vuxna. Dessa behandlingar var till största delen en blandning av olika teoretiska utgångspunkter och metodmässiga inriktningar. De har haft ett så brett anslag att de inte gått att renodla tjänsteerbjudandet under någon av de övriga kategorierna. Det tycks vara relativt vanligt att manualer och liknande verktyg med kognitiv och beteendeorienterad inriktning, används i kombination med psykodynamiska, stödjande, nätverksorienterade, tolvstegsbetonade eller andra inriktningar.

¹⁵ Socialstyrelsen 2003. Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård (ORION)

¹⁶ Förkortningarna står för: CRA Community reinforcement approach, MI Motiverande Intervju och KBT Kognitiv beteendeterapi.

¹⁷ Förkortningarna står för: ADDIS Alkohol Drog Diagnos Instrument, ASI Addiction Severity Index.

Det rådde relativt stora skillnader mellan behandlingens teoretiska bas i de fem länen. De tolvstegsinriktade behandlingarna hade sitt starkaste fäste i Gävleborg där nio av tio bedömdes vara tolvstegsorienterade. Därefter följde Dalarna med sex av tio, Värmland med drygt hälften, Västmanland med cirka fyra av tio samt slutligen Örebro län med drygt en tredjedel. Man kan således konstatera att det var tre gånger så vanligt med tolvstegsbehandlingar i Gävleborg som i Örebro län. De kognitiva och beteendeorienterade behandlingarna förekom i störst utsträckning i Västmanland, Örebro län och Dalarna. I Gävleborg samt Värmland förekom de knappt alls. De två psykodynamiskt inriktade behandlingar som identifierats återfanns i Örebro län.

Unga vuxna

Fördelningen av behandlingarnas teoretiska inriktning för unga vuxna avvek starkt från fördelningen för vuxna. Den stora skillnaden bestod i att de tolvstegsorienterade behandlingarna förekom i betydligt mindre utsträckning. Andelen kognitiva och beteendeorienterade behandlingar förekom i nivå med behandlingsutbudet för vuxna. Det har inte identifierats någon behandling med renodlat psykodynamisk inriktning för unga vuxna. Under kategorin övrigt återfanns de i särklass flesta behandlingarna för unga vuxna. Dessa tjänsterbjudanden hade ett ganska brett sammansatt anslag samt i de flesta fall också utpräglad fokus på familj och nätverk. Andra vanliga komponenter var kartläggande tekniker i form av ASI och ADDIS samt inslag av motiverande intervju, fritidsaktiviteter, kunskapsinslag och vägledning. Sammantaget framstod behandlingsutbudet för unga vuxna som relativt flexibelt.

Det totala utbudet av behandlande tjänster som identifierades för unga vuxna var 28. Studerar man länen var för sig kan man se att det i Dalarna fanns totalt nio behandlande tjänster varav två var kognitiva och beteendeorienterade samt sju av kategorin övrigt. I Gävleborg fanns totalt fyra behandlande tjänster varav en var tolvstegsorienterad och de andra tre av karaktären övrigt. I Värmland fanns totalt tolv behandlande tjänster varav två var kognitiva och beteendeorienterade samt tio av karaktären övrigt. I Örebro län fanns totalt tre behandlande tjänster varav en var tolvstegsorienterad samt två kognitiva och beteendeorienterade. I Västmanland har inget behandlande tjänsterbjudande med inriktning mot unga vuxna identifierats.

I socialstyrelsens förslag till Nationella riktlinjer framförs rekommendationer kring olika typer av behandlingar¹⁸ vilka i stort sett är desamma för både alkohol och narkotikarelaterad problematik. De specifika metoder som sammantaget rekommenderas är:

- psykosocial behandling i form av tolvstegsprogram,
- kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk,
- motivationshöjande behandling,
- självkontrollträning,
- kort intervention,
- interaktionell strukturerad dynamisk terapi, samt
- familjeterapi med fokus på beroende.

¹⁸ Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Remissversion 11 april 2006, s 35.

Socialstyrelsen anger i dessa rekommendationer också att gemensamt för de metoder som vunnit stöd i forskningen är att behandlingen utmärks av:

- klar struktur,
- väldefinierade åtgärder, och
- detaljerade riktlinjer (manualer).

Mot bakgrund av den bearbetning som gjorts kring de behandlande tjänsternas teoretiska och ideologiska inriktning, kan konstateras att den höga andelen tolvstegsorienterade behandlingar överensstämde med de generella riktlinjerna. Likaså det mått av kognitiva eller beteendeorienterade program som existerade i den studerade regionen. Det är dock svårare att avgöra hur väl de behandlingar som kategoriserats under ”övrigt” överensstämde med Socialstyrelsens rekommendationer. Det var utifrån det empiriska materialet svårt att på en djupare nivå bedöma hur väl strukturerade och definierade samt kopplade till detaljerade riktlinjer de flesta behandlande tjänster var. En sådan studie skulle kräva en helt annan typ av empiri än den som skapats genom länskartläggningarna. Man skulle då behöva samla in betydligt mer kvalitativt material utifrån explicita frågeställningar kring tjänsternas struktur, utförande och innehåll.

Kommunstorlek och tjänsteerbjudanden

Detta avsnitt belyses skillnader i tjänsteerbjudanden mellan kommuner med olika storlek mätt i invånarantal. Ett samband mellan kommunstorlek och antal tjänsteerbjudanden kan förväntas finnas; stora kommuner kan antas ha ett mer utbyggt tjänsteerbjudande än små. Frågan är dock om det är ett enkelt samband eller om det finns variationer mellan stora, små och medelstora kommuner inom och mellan länen. För att belysa denna fråga har vi valt att titta närmare på de största och de minsta kommunerna. Någon möjlighet att på den korta tiden vi haft till vårt förfogande jämföra alla kommunernas tjänsteerbjudanden i relation till kommunstorlek har vi inte haft.

I SCBs statistik betraktas kommuner med en befolkningsstorlek under 30 000 invånare som små, kommuner med ett invånarantal mellan 30 000 och 100 000 kategoriseras som medelstora och med stora kommuner avses de som har mer än 100 000 invånare vara. Enligt denna klassificering är 55 av de undersökta 64 kommunerna att betrakta som små, sju kommuner kan betraktas som medelstora och endast Västerås och Örebro som stora kommuner. För att kunna beskriva hur eventuella skillnader i kommunstorlek påverkar utbudet av tjänsteerbjudanden avseende missbrukar- och beroendevården i de undersökta länen kommer vi här att använda oss av en egen klassificering. Vi kommer att betrakta de kommuner som har mer än 45 000 invånare som stora samt differentiera även bland de ”små” kommuner som har under 30 000 invånare.

Fördelningen av kommuner i olika storlek är relativt likartad i de fem länen, fyra av fem län har en stor centralort/kommun med ett invånarantal över 80 000, (det femte länet har i stället två medelstora kommuner med mellan 45 000 och 55 000 invånare), och därutöver ett antal mindre och medelstora kommuner på en skala mellan 5 000 och 40 000.

De stora kommunerna

Av de fem län som ingår i kartläggningen karaktäriseras fyra av att det finns en kommun som har betydligt fler invånare än resterande kommuner i respektive län; Örebro (128 000), Västerås (125 000, Skultuna kommun delvis cirka 5 000 invånare är inte medräknade), Gävle (92 000) och Karlstad (82 000). I Dalarna finns ingen kommun i denna storleksklass, däremot två kommuner som ändå är markant större än de övriga med hänsyn till invånarantal: Falun

(55 000) och Borlänge (47 000). Vi har valt att i detta avsnitt särskilt beskriva och jämföra tjänsteerbjudandena i dessa sex kommuner.

Kännetecknande för de stora kommunerna var, av naturliga skäl mot bakgrund av invånarantalet, att de hade ett omfattande tjänsteerbjudande riktat till framför allt vuxna, men även till anhöriga och i viss mån till unga vuxna och kvinnor.

Alla dessa sex kommuner erbjöd vuxna rådgivande/motiverande tjänster, i Falun kunde vi också identifiera erbjudande riktat särskilt till kvinnor. Alla stora kommuner erbjöd behandling och alla erbjöd särskilda behandlingstjänster riktade till kvinnor. Alla erbjöd även upprätthållande tjänster, endast i Gävle har vi dock kunnat identifiera ett särskilt erbjudande om detta till kvinnor. Alla de stora kommunerna erbjöd också någon typ av boendestöd, Karlstad hade ett av sina boenden riktat särskilt till män och Örebro hade ett boende för kvinnor. Alla kommuner utom Falun erbjöd enligt vår kartläggning också någon typ av arbetsstöd.

Kvinnor

Erbjudanden i de stora kommunerna särskilt riktade till kvinnor har således identifierats i huvudsak när det gäller behandling. För motiverande/rådgivande respektive upprätthållande tjänster var erbjudanden riktade särskilt till kvinnor sällsynta i de stora kommunerna och förekom enligt vad vi har kunnat finna endast i Falun för rådgivande/motiverande tjänster och för efterbehandling i Falun och i Gävle. (Rådgivande/motiverande tjänster för kvinnor erbjöds också i Skinnskatteberg, behandling också i Arvika och upprätthållande tjänster också i Köping, Sandviken, Hudiksvall och Kristinehamn.)

Unga vuxna

I Gävle, Borlänge, Falun och Örebro har vi identifierat rådgivande/motiverande tjänster för unga vuxna. (I Falun hade man ibland sådana tjänster riktade särskilt till pojkar respektive flickor.) Gävle, Karlstad, Borlänge, Falun och Örebro var de stora kommuner som enligt vår kartläggning erbjöd behandlande tjänster särskilt riktade till unga vuxna. I Gävle, Falun och Örebro har även upprätthållande tjänster för unga vuxna kunnat identifieras. Ingen av dessa kommuner hade enligt vår kartläggning boendestöd eller arbetsstöd riktade till unga vuxna.

Anhöriga

Rådgivande/motiverande tjänster riktade till vuxna anhöriga har kunnat identifieras i Gävle, Falun och Örebro. Anhöriga barn erbjöds däremot, enligt vad vi har kunnat finna, inte i någon av de stora kommuner rådgivande/motiverande tjänster. Tjänsteerbjudanden om behandling för såväl anhöriga vuxna som barn kunde vi identifiera i alla de stora kommunerna. Efterbehandling för vuxna anhöriga har vi däremot endast kunna identifiera i Gävle, men efterbehandling för anhöriga barn förekom enligt kartläggningen inte i någon av de stora kommunerna.

Små kommuner

Av de 64 kommuner som ingår i kartläggningen är tre (5 procent) så små att de har under 5 000 invånare, 18 kommuner (28 procent) har ett invånarantal under 10 000. Drar man gränsen vid 12 000 invånare är det 32 kommuner (50 procent) som har ett lägre invånarantal. 39 kommuner (61 procent) har under 15 000 invånare.

Det är således många kommuner i kartläggningen som har ett relativt litet invånarantal. Med beaktande av detta har vi valt att särskilt titta på antal tjänsteerbjudanden till olika målgrupper

i de 18 kommuner som har under 10 000 invånare. Dessa kommuner finns i alla fem länen, vilket gör att det bör framgå om förekomst av och antal tjänsteerbjudande i dessa små kommuner på något tydligt sätt skiljer sig mellan länen. Fem av dessa små kommuner ligger i Värmland, fyra i Västmanland, fyra i Örebro län, tre i Dalarna och två i Gävleborg.

I de minsta kommunerna, med ett invånarantal under 10 000, har vi identifierat ett relativt stort utbud av tjänster inom missbrukar- och beroendevården. Nio av de 18 minsta kommunerna hade ett omfattande tjänsteerbjudande innefattande såväl rådgivning som behandling och upprätthållande tjänster. Arbetsstöd och/eller stöd i boendet förekom dessutom i flera av dessa kommuner. Flera av dessa hade också erbjudanden riktade till anhöriga. Några kommuner hade även tjänster riktade till unga vuxna och/eller till kvinnor.

Dessa kommuner är jämnt fördelade mellan länen: en i Örebro län, två i Västmanland, två i Dalarna, två i Värmland och två i Gävleborg.

De övriga nio kommunerna med ett invånarantal under 10 000 erbjöd enligt vår kartläggning mer enstaka insatser ur en meny bestående av behandling och upprätthållande tjänster för vuxna, rådgivning och behandling för vuxna, behandling och arbetsstöd för vuxna och behandling för unga vuxna, behandling och arbetsstöd för vuxna, arbetsstöd och boendestöd för vuxna eller endast arbetsstöd för vuxna. I några kommuner har vi endast kunna identifiera tjänster riktade till anhöriga. De kommuner som enligt vår kartläggning hade ett mer begränsat utbud förekom i Örebro län (tre), Värmland (tre), Västmanland (två) samt en kommun i Dalarna, däremot inte i Gävleborg. Bland dessa finns två av de tre kommuner som hade ett invånarantal under 5 000, båda dessa ligger i Värmland.

Små kommuner med utbyggt tjänsteerbjudande inom detta område fanns således i alla län, men förekomsten av tjänsteerbjudanden i små kommuner var enligt den genomförda kartläggningen mest heltäckande i Gävleborg och därefter i Dalarna.

Egen regi eller samverkan?

Erbjöd de små kommunerna då dessa tjänster i egen regi eller via samarbete med någon annan kommun, landstinget/primärvården eller via köp av privata vårdgivare?

I de små kommuner där ett brett tjänsteerbjudande hade identifierats fanns ofta ett eget grundåtagande kompletterat med samverkan med andra aktörer inom detta område. Det kunde handla om samverkan med andra kommuner, med en vårdcentral, med en större lokal arbetsgivare och/eller kunde man ha ett avtal med ett Beroendecentrum finansierat av landstinget. I några kommuner köpte man in tjänster från privata konsulter.

När det gäller arbetsstöd och boendestöd var det vanligt med samverkan mellan individ- och familjeomsorgen, kommunens arbetsmarknadsenhet eller personalavdelning, arbetsförmedling, försäkringskassa och eventuella andra aktörer såsom hemtjänsten, den kommunala psykiatrin och/eller ett bostadsföretag. Frivilliga aktörer som anonyma alkoholister, Röda Korset eller en kyrka spelade ofta också en viktig roll, inte minst för det upprätthållande arbetet.

De små kommuner som enligt kartläggningen hade ett mer begränsat tjänsteerbjudande hade ofta rådgivande/motiverande samtal i egen regi samt eventuellt arbetsstöd i samarbete med t ex kommunpsykiatrin eller arbetsförmedling, försäkringskassa och vårdcentral. Utredande och behandlande tjänster erbjöds ofta via samverkan med en annan kommun eller köptes från

ett Beroendecentrum, behandlingshem eller en konsult. Drogtest och avgiftning skedde på närmaste sjukhus eller på vårdcentral i den egna kommunen. I de små kommunerna var det vanligt att man samverkade med/köpte tjänster av intilliggande kommuner för att kunna erbjuda barn till missbrukare behandling.

Sammanfattningsvis kan konstateras att tjänsteerbjudanden omfattande motiverande/rådgivande, behandlande och upprätthållande tjänster riktade till vuxna och deras anhöriga var mest utbyggda i de stora kommunerna. Relativt omfattande tjänsteerbjudanden har dock också kunnat identifieras i ett antal mindre och medelstora kommuner. I de mindre kommunerna var samverkan med andra kommuner, landstinget/primärvården och/eller privata aktörer ofta en förutsättning för att dessa tjänster skulle kunna erbjudas. Skillnader i antal tjänsteerbjudanden mellan kommuner kan inte helt förklaras av kommunstorlek. En mer omfattande jämförelse av tjänsteerbjudanden i de olika kommunerna inom och mellan länen i relation till befolkningsstorlek behöver göras för att ge underlag för hypoteser som kan förklara skillnaderna. Identifierade skillnader bör då relateras till faktorer som t ex kommunens läge i länet, befolkningsammansättning och näringslivsstruktur. Att titta närmare på de små kommuner som har ett brett utbud av insatser för att urskilja vad som har föranlett detta borde kunna vara en intressant väg att gå för att utveckla insatserna i andra små kommuner. Insatser riktade till kvinnor respektive unga vuxna var betydligt mindre frekventa än insatser för vuxna och har i huvudsak identifierats i de största kommunerna. Bilden skiljer sig inte markant mellan länen, i alla län fanns såväl stora och små kommuner med ett utbyggt tjänsteerbjudande. Det fanns några fler små kommuner med ett mer begränsat tjänsteerbjudande i Värmland och Örebro län än i de övriga länen. I Gävleborg hade även de små kommunerna ett relativt utbyggt tjänsteerbjudande.

Öppna tjänsteerbjudanden eller krav på biståndsbeslut

Detta avsnitt redovisar andelen av de totalt 540 rådgivande/motiverande, behandlande samt upprätthållande tjänsterna som kunde erhållas utan biståndsbeslut eller registrering hos socialtjänsten.

Nedanstående tablå visar den genomsnittliga andelen tjänster i de 64 kommunerna som är öppna utan biståndsbeslut och registrering fördelat över målgrupperna. Se vidare kapitel 2 under avsnittet Frekvens av tjänsteerbjudande i de 64 kommunerna (s 19f).

Fokus Typ	Vuxna		Unga vuxna		Anhöriga	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Vuxna	Barn/ungd.
Rådgivande/ motiverande	58 %		*		*	
Behandlande	33 %		*		38 %	12 %
Upprätthållande	25 %		*		*	*

* Pga. lågt antal tjänster redovisas inte en procentuell beräkning.

Figur 8. Andelen tjänsteerbjudanden som är tillgängliga för den enskilde utan krav på registrering och beslut hos socialtjänsten

De tjänster som i störst utsträckning fanns tillgängliga utan biståndsbeslut och registrering vid socialtjänsten var rådgivande/motiverande tjänster för vuxna. När det gällde de behandlande

tjänsterna var en tredjedel tillgängliga utan biståndsbeslut och registrering. För anhöriga barn och ungdomar var ungefär en tiondel av de behandlande tjänsterna fritt tillgängliga. Det är värt att observera att andelen fritt tillgängliga tjänster för unga vuxna var låg, med ett snitt på endast 15 procent över alla tjänstekategorier, det vill säga att av 58 identifierade kunde nio fås utan biståndsbeslut.

Skillnader mellan länen

De rådgivande/motiverande tjänsterna för vuxna som inte krävde biståndsbeslut och registrering vid socialtjänsten fanns i störst utsträckning i Gävleborg, drygt sju av tio. Motsvarande andel för de andra länen var Dalarna sex av tio, Örebro län drygt hälften, Västmanland knappt hälften samt Värmland drygt fyra av tio. Av de behandlande tjänsterna för vuxna var det en stor spridning gällande tillgängligheten. I Västmanland och Gävleborg var sex av tio respektive fem av tio av tjänsterna tillgängliga utan biståndsbeslut och registrering vid socialtjänsten. Motsvarande andelar: Värmland drygt en tredjedel, Örebro län en fjärdedel och slutligen Dalarna där drygt en tiondel av behandlingsinsatserna för vuxna var fritt tillgängliga. De upprätthållande tjänsterna för vuxna som var tillgängliga utan biståndsbeslut och registrering vid socialtjänsten fanns i störst utsträckning i Gävleborg fyra av tio och i kommunerna i Värmlands län knappt fyra av tio. Därefter följer kommunerna i Dalarna, Örebro län och Västmanland där drygt ett av tio erbjudanden var fritt tillgängligt.

Gällande unga vuxna var rådgivande/motiverande tjänster endast tillgängliga utan krav på biståndsbeslut och registrering vid socialtjänsten i Gävleborg. I de övriga länen krävde dessa tjänster biståndsbeslut från socialtjänsten. Ser man till de behandlande tjänsternas tillgänglighet för unga vuxna fanns en stor spridning mellan länen. Gävleborg hade flest tjänster som var tillgängliga utan biståndsbeslut och registrering med hälften av de tio behandlande tjänsterna. Av Värmlands totalt tolv behandlande tjänster för unga vuxna var ingen tillgänglig utan kontakt med socialtjänsten, i Dalarna var två av de nio behandlande tjänsterna för unga vuxna tillgängliga. Av de totalt två behandlande tjänster som fanns i Örebro län krävde den ena biståndsbeslut och registrering vid socialtjänsten. Av de upprätthållande tjänsterna för unga vuxna om totalt nio tjänster var det bara i Gävleborg som en sådan tjänst finns tillgänglig utan krav på biståndsbeslut och registrering.

De tjänster som riktade sig till anhöriga varierade också relativt mycket i tillgänglighet mellan de fem länen. De rådgivande/motiverande tjänsterna i den mån de fanns var tillgängliga utan biståndsbeslut och registrering i stor utsträckning i alla län. De behandlande tjänsterna utan krav på biståndsbeslut och registrering fanns i högst utsträckning i Gävleborg drygt sju av tio. Därefter följer Västmanland drygt fyra av tio, Värmland knappt fyra av tio, Dalarna och Örebro län knappt två av tio. För anhöriga fanns mycket få upprätthållande tjänster, totalt sex. De tre som inte krävde biståndsbeslut fanns i kommuner i Gävleborgs län.

Andelen ”öppna” behandlande insatser för anhöriga barn och ungdomar, oftast olika typer av stödgrupper med ledare, uppvisade ett mönster där över hälften av tjänsteerbjudandena var ”öppna” i Gävleborg. Motsvarande siffror var för kommunerna i Västmanland och Värmland en av tio. I Dalarna och Örebro län har över huvud taget inga helt ”öppna” behandlande insatser för anhöriga barn och ungdomar identifierats.

Ser man till den totala andelen av länens rådgivande/motiverande, behandlande och upprätthållande tjänsteerbjudanden som inte krävde biståndsbeslut och registrering vid socialtjänsten var det i kommunerna i Gävleborgs län som hade flest sådana tjänster. I dessa kommuner var nästan sex av tio erbjudanden öppet tillgängliga. Motsvarande andel var för

Västmanlands län knappt fyra av tio, Värmland nästan tre av tio samt Örebro och Dalarna drygt två av tio.

I Socialstyrelsen nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård¹⁹ fanns förvånande nog ingen diskussion kring vårdens olika former av tillgänglighet. Vårdens tillgänglighet och presentationsform förefaller dock vara en viktig aspekt som påverkar möjligheterna att nå ut med både förebyggande och behandlande tjänster till olika målgrupper.

Biomedicinska behandlingserbjudanden

Vid bearbetningen av empirin från de fem länskartläggningarna har det framkommit få behandlingserbjudanden där man genom medicinering sökt att motverka sug och återfall. Cirka 20 tjänsteerbjudanden har identifierats, som erbjuder behandling med antabus eller mediciner av typen Revia och Campral. Dessutom har två läkemedelsassisterade behandlingar för opiatmissbrukare identifierats. De verksamheter som arbetade med farmakologiskt stöd i behandlingarna verkade företrädesvis vara enheter där personal från primärvården fanns representerade, exempelvis alkoholpolikliniker och beroendecentra. I verksamheter som uteslutande bemannades av personal från socialtjänsten var inslaget av dessa mediciner betydligt lägre, för att inte säga obefintligt.

I Socialstyrelsens förslag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård²⁰ framförs ett stöd för särskilt preparaten Campral och Revia i kombination för personer med alkoholberoende. Likaså rekommenderar socialstyrelsen läkemedelsassisterade behandlingar vid opiatberoende. I riktlinjerna konstaterar man att det finns stöd för att antabus har små effekter på alkoholmissbruk. Läkemedelsbehandling kräver ordination av läkare. Detta gör det nödvändigt med ett nära samarbete mellan socialtjänsten och primärvården för att öka tillgängligheten för dessa behandlingar.

Ytterligare ett arbetssätt som förefaller vara underanvänt var erbjudanden om kort rådgivning till personer som befaras ha en drogrelaterad problematik. Denna typ av tjänster, där den enskilde får rådgivning om alkohol och drogers effekter samt råd gällande livsföringen, har genom forskning och utvärdering visat sig ge positiva effekter. De studier som gjorts har fokuserat på kort rådgivning inom primärvården, men socialstyrelsen drar utifrån sitt expertunderlag slutsatsen att kort rådgivning sannolikt bör ha liknande positiva effekter om den utförs inom socialtjänsten.

Sammanfattning och ytterligare mönster

I detta kapitel har vi lyft fram några mönster som framträtt i vårt material:

- specialisering – segmentering,
- behandlingens teoretiska och ideologiska bas,
- kommunstorlek och tjänsteerbjudanden,
- öppna tjänsteerbjudanden eller krav på biståndsbeslut, och
- biomedicinska behandlingserbjudanden.

Många aspekter återstår att utforska. Vad säger till exempel kartläggningsmaterialet om missbruksproblematik och etnicitet? Eller förekomsten av olika produktions- och driftsformer?

¹⁹ Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Remissversion 11 april 2006.

²⁰ A.a.

Hur ser samverkanslandskapet ut mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården, företag och frivilligsektorn? Alla dessa aspekter kan utifrån de lokala och regionala förhållandena ha stor betydelse för planerings- och utvecklingsarbetet.

För de yrkesverksamma i det konkreta arbetet tillsammans med den enskilde kan de översiktliga bilderna vara en utgångspunkt för den professionella utvecklingen. Dessa ger möjlighet att hitta kollegor att lära av eller lära tillsammans med. Tillsammans finns möjligheter att fördjupa förståelsen av det arbete man gör dagligen – kanske förändra eller rent av finna nya tjänsteerbjudanden.

Efterord

Kartläggningen av den öppna missbrukar och beroendevården vården har varit beskrivande. Förhoppningsvis har den förmedlat bilder av vad arbetet innehöll, till vem man riktade sig till och i vilken utsträckning tjänsterna fanns tillgängliga i kommunerna. När nu detta har presenterats blir ett viktigt nästa steg att värdera de bilder som framträt. Är den öppenvård som finns tillgänglig i ”min” kommun tillfredsställande? Vänder sig tjänsteerbjudandena till de människor man tänkt sig? Och möter tjänsterna deras verkliga behov?

I vårt metodkapitel resonerade vi om hur man som kartläggare skulle kunna fånga en meningsfull bild av öppenvårdsarbetet. Efter vår förmåga har vi i denna rapport redovisat vad som trädde fram. En viktig fråga återstår dock att reflektera över: vilken del av verkligheten har vi kartlagt? Öppenvården kunde vara ett enkelt svar. Men om vi med verkligheten avsåg människors alkohol- och drogproblematik kunde man ställa frågorna vem öppenvården vände sig till och vem som lämnades utanför? Med referens till Ågren²¹ delas i boken ”Riskbruk och missbruk”²² alkoholproblematiken in i tre nivåer: riskbruk, missbruk/beroende och svårt alkoholberoende. Av Sveriges befolkning bedömdes cirka 500 000 personer finnas inom nivån riskbruk, cirka 200 000 till 250 000 inom missbruk/beroende och ca 50 000 personer inom kategorin svårt alkoholberoende. För respektive kategori pekade man på viktiga arbetsområden. För riskbruk var tidig upptäckt, rådgivning och enkel intervention strategiska uppgifter. Återfallsprevention, längre insatser, specialistvård och självhjälpgrupper framhölls för kategorin missbruk/beroende, medan specialistvård, stöd och omvårdnad poängterades för gruppen svårt alkoholberoende. Den bild av öppenvården som vuxit fram i vår kartläggning pekar mot att tyngdpunkten av tjänsteerbjudanden riktas till kategorierna med de mest utvecklade problemen. Detta kan man tolka som en relevant fördelning med tanke på de personer som traditionellt har varit klienter hos socialtjänsten. Men man kan också ställa sig frågan om tjänsteutbudet är relevant för att nå olika personkategorier med ett riskbruk?

Vid vår granskning av förekomst, frekvenser och återkommande mönster har vi lyft fram områden som vi bedömt som angelägna i tillsynsarbetet, för utveckling och forskning. För oss framstår det viktigt att både fördjupa kunskapsunderlaget och utveckla tjänsteerbjudanden som differentieras avseende ålder, kön och typ av drog. I kartbilderna kan man urskilja tomma rutor. Ett exempel är att många kommuner saknar tjänster att erbjuda barn och ungdomar som lever i familjer där vardagen präglas av missbruket. Likaså frågar vi oss om tillgängligheten till olika tjänster inverkar på vem som kommer och vem som uteblir. Det är orealistiskt att en liten eller medelstor kommun på egen hand ska kunna erbjuda ett komplett tjänsteutbud. Tillsammans med andra – andra kommuner, hälso- och sjukvården, frivillig-organisationer – finns möjlighet att förstärka menyn både kvantitativt och kvalitativt.

Utvecklingsuppgifterna är många liksom antalet samhällsaktörer med ansvar för olika delar av samhällets missbrukar- och beroendevård. En tydlig erfarenhet från våra talrika kommunkontakter var att öppenvården stod mitt i ett förändringsarbete. Lokala behov och ekonomiska realiteter var drivkrafter. Hos länsstyrelserna ligger uppdraget att bidra till att förverkliga de initiativ som tagits på nationell nivå. Förutom att ha tillsyn av verksamhetsfältet innefattar detta också att fördela utvecklingsmedel riktade till verksamhetsfältet. Den kartläggning som vi redovisar i denna rapport ger möjligheter att på regional och lokal nivå diskutera öppen-

²¹ Ågren G (1991) Alkohol som folkhälsoproblem. I: Missbruk. Handbok för social utbildning, Elmer Å (red). Stockholm, Sober förlag.

²² Johansson K och P Wirbing (1999) Riskbruk och missbruk. Stockholm, Natur och kultur.

vården utifrån en gemensam utgångspunkt. Vår förhoppning är att denna utgångspunkt ska bidra till att kommun-, läns- och organisationsöverskridande initiativ växer fram, och att många krafter verkar tillsammans. Ett gemensamt agerande ökar möjligheterna att få den kraft som krävs för att nå framgångsrik utveckling av en angelägen samhällsuppgift – den öppna missbrukar- och beroendevården.

Litteratur

- Edvardsson B (1996) *Kvalitet och tjänsteutveckling*. Studentlitteratur: Lund.
- Johansson K & P Wirbing (1999) *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur och kultur
- Kvale S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Länsstyrelsen i Stockholms län (2003) *Den öppna missbruksvården i Stockholms län – en kartläggning*. Rapport 2003:9.
- Länsstyrelsen i Östergötland (2004) *Utvärdering av öppenvårdsprojekt 1994-2002*. Rapport 2004:1
- Messing J & P Westlund (2004) *Klienten som medproducent. Tjänsteperspektiv på den sociala barnvården*. Dalarnas forskningsråd, rapport 2004:3.
- SBU Rapporten (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem etc.*
- SOU 2005:82 *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling*.
- Socialstyrelsen (2003) *Organisation, Resurser och insatser inom offentlig narkomanvård (ORION)*.
- Socialstyrelsen (2006a) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Remissversion 11 april 2006*.
- Socialstyrelsen (2006b) *Öppenvårdens former. En nationell kartläggning av öppna insatser i socialtjänstens barn- och ungdomsvård*. www.socialstyrelsen.se, juni 2006.
- Westlund P & Edvardsson B (1998) *Tjänsteutveckling och kvalitet i äldreomsorg – praktik och teori*. Studentlitteratur: Lund
- Ågren G (1991) *Alkohol som folkhälsoproblem. I: Missbruk*. Handbok för social utbildning, Elmer Å, (red) Stockholm: Sober förlag

Kartläggning av den öppna missbrukar- och beroendevården i fem län Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg

Denna rapport distribueras
av följande länsstyrelser:

Länsstyrelsen i Värmlands län

Rapport 2006:26

ISSN: 0248-6845

Adress: 651 86 Karlstad

Hemsida: www.s.lst.se

Länsstyrelsen i Örebro län

Rapport 2006:44

ISSN: 0349-4454

Adress: 701 86 Örebro

Hemsida: www.t.lst.se

Länsstyrelsen i Västmanlands län

Rapport 2006:20

ISSN: 0284-9913

Adress: 721 86 Västerås

Hemsida: www.u.lst.se

Länsstyrelsen i Dalarnas län

Rapport 2006:20

ISSN: 1403-3127

Adress: 791 84 Falun

Hemsida: www.w.lst.se

Länsstyrelsen i Gävleborgs län

Rapport 2006:30

ISSN: 0284-5954

Adress: 801 70 Gävle

Hemsida: www.x.lst.se

Finns även hos:

Dalarnas forskningsråd

Arbetsrapport september 2006

ISBN: 91-88791-52-1

978-91-88791-52-8

Adress: Box 743, 791 29 Falun

Hemsida: www.dfr.se

X-Fokus

Forskningsrapport 2006:4

ISSN: 1651-2146

Adress: Box 834, 801 30 Gävle

Hemsida: www.xkl.se/FoU