

Socialvårdens behandlingsinstitutioner

Ivan Ottoson

Socialvårdens behandlingsinstitutioner står inför en genomgripande förändring. Allt talar för att socialutredningens principer och förslag till ny struktur blir vägledande för den omgestaltningen. Frågan om huvudmannskapet för olika typer av behandlingsinstitutioner är ännu inte avgjord. Oavsett hur denna löses måste de direkta insatserna vara en angelägenhet för flera samhällsorgan i samverkan.

I artikeln redovisas avslutningsvis försöksverksamhet och utredningsarbete som syftar till att praktiskt pröva några av fosterbarnsutredningens och socialutredningens förslag.

Ivan Ottoson är byråchef vid socialstyrelsens byrå för barn- och ungdomsvård samt sedan 1970 expert åt socialutredningen.

Socialt behandlingsarbete bedrivs idag vid en lång rad olika enheter av institutionskaraktär. Vi har statliga ungdomsvårdsskolor och vårdanstalter för alkoholmissbrukare. Erkända och enskilda vårdanstalter som drivs av landsting, kommuner, organisationer och stiftelser. En barnhemsorganisation i landstings- och primärkommunal regi. Dessutom har vi ett stort antal andra behandlingsenheter med skiftande karaktär och inriktning, t ex behandlingshem, terapeutiska miljöer, inackorderingshem, storfosterhem osv. Volymmässigt är det fråga om en relativt stor sektor. Uttryckt i antal vårdplatser rör det sig om ca 7 000.

För klarhetens skull vill jag betona att jag i fortsättningen med "institution" inte avser servicehus och ålderdomshem för äldre. Naturligtvis

Efter ett inledningsanförande vid Svenska Psykiatriska Föreningens höstmöte i Örebro oktober 1975.

inte heller barnstugor och motsvarande institutioner för barnomsorg.

Institutionsvården har sedan mitten av 60-talet varit föremål för en ganska intensiv uppmärksamhet. Man började då på allvar ifrågasätta vårdinstitutionernas förutsättningar att nå åsyftade effekter. Massmedia och inte minst socialarbetarna själva har pekat på brister och problem, redovisat klienternas och andra berörda gruppers värdering av verksamheten. Det har ofta varit fråga om ganska bister kritik.

Olika klientorganisationer har under senare år aktivt deltagit i denna debatt och opinionsbildning. De har därigenom i hög grad kommit att påverka skeendet. Styrkan i deras roll som kritisk granskare och pådrivare ligger framförallt i den konsekventa bevakningen av klientens intressen och den obundna ställningen de intar till administration och vårdbyråkrati.

Tvångsvården på retur

Det kan vara lämpligt att som bakgrund till en diskussion kort erinra om de senaste årens utveckling inom institutionssektorn. Vi kan då först konstatera ett par positiva företeelser i ett par hänseenden. Inslaget av tvångsvård är på stark retur. Det gäller både tvångsintagna på vårdanstalter och omhändertagna på barnhem och ungdomsvårdsskolor. Vid ungdomsvårdsskolorna, där

Man började under mitten av 60-talet på allvar ifrågasätta vårdinstitutionernas förutsättningar att nå åsyftade effekter.

.....
Institutionsområdet präglas idag av en strävan till självprövning och en vilja att pröva nya vägar, som det är viktigt att ta fasta på i det brytningsskede som nu kan skönjas.
.....

lagstiftningen egentligen konsekvent förutsätter omhändertagande för utredning eller samhällsvård jml §§ 25 b och 29 i BvL, sker nu på dispens frivillig placering efter ansökan och lokalt beslutsförfarande. Den senast medgivna dispensen medger frivillig placering på ungdomsvårdsskola upp till 24 år. Samtidigt ändras i dagarna ungdomsvårdsskolestadgan så att samtidigt pojkar och flickor kan vårdas vid samma ungdomsvårdsskola.

Vi kan vidare registrera en ökad spontan efterfrågan på vissa tjänster inom institutionsområdet. Flera av de behandlingsenheter som går under benämningen "terapeutiska miljöer" har köer och ibland långa väntetider. Det inger tillförsikt om möjligheten att genom fortsatt utvecklingsarbete, ny lagstiftning och organisatoriska förändringar ge institutionerna en väsentligt förändrad funktion och ställning.

Jag inser att vägen dit erbjuder många svårigheter och att det i dagsläget finns en stor grupp vårdbehövande som inte är problemmedvetna i den meningen att de själva aktivt söker våra tjänster. Många av dessa — det måste vi tillstå — har negativa upplevelser av tidigare vårdinstitutioner. De klienter som däremot upplevt vistelsen i en vårdmiljö meningsfull visar sig spela en viktig roll när det gäller att motivera andra vårdbehövande. Detta utgör ett starkt motiv att satsa på olika vårdalternativ och att intensifiera försöks- och utvecklingsarbetet inom vårdsektorn.

Institutionsområdet präglas idag av en strävan till självprövning och att pröva nya vägar som det är viktigt att ta fasta på i det brytningsskede som nu kan skönjas.

Minskad efterfrågan

När det gäller *utnyttjandet* av de mer traditionella institutionstyperna är utvecklingen inte helt entydig. Antalet placeringar inom barnhems- resp

ungdomsvårdsskoleorganisationen har minskat markant sedan slutet av 60-talet. Ett betydande antal barnhem och flera (7 st) ungdomsvårdsskolor har avvecklats under senaste 10-årsperioden. Denna utveckling tyder på att kommunal socialvård i ökad utsträckning finner alternativa lösningar i situationer som tidigare ledde till institutionsplaceringar.

För barnen sker det genom ökade stödsatser i hemmiljön, genom att utnyttja barnstugor, familjedaghem, barndagvårdare och kontrakterade enskilda hem för att nämna några exempel. När det gäller ungdomsgruppen är — förutom ökat stöd i hemmen — tillkomsten av jourfamiljer, utbyggnaden av skoldaghem, storfosterhem och små behandlingsenheter på lokal nivå exempel på resurser som i ökande utsträckning blir alternativ till traditionell institutionsvård.

Beträffande vårdanstalterna för alkoholmissbrukare är situationen annorlunda. Här är den totala platsvolymen i stort sett oförändrad sedan början av 60-talet. En viss reducering av antalet platser på de allmänna anstalterna motsvaras av en ökning på de enskilda. Beläggningen på dessa vårdanstalter är relativt hög. Till några av de enskilda anstalterna är det t o m väntetider.

Samtidigt kan vi konstatera att sjukvården under senare år ökat sitt engagemang när det gäller vården av vuxna alkoholmissbrukare. Detta borde rimligen ha återspeglats i ett sjunkande antal klienter på vårdanstalterna, särskilt som den öppna socialvården även för denna målgrupp eftersträvar alternativa lösningar. Att så inte är fallet finns det anledning att fundera kring.

Vad slutligen behandlingshemmen för narkotikamissbrukare beträffar är efterfrågan på vård större än tillgången på platser. Dessa hem tillkom som bekant under senare hälften av 1960-talet och ökar kontinuerligt.

Jag kan inte avstå från att i det här sammanhanget beklaga att inte fylleristrafutredningens förslag om särskilda akutkliniker vunnit gehör. En avkriminalisering av fylleriet måste med det synsätt vi numera har på missbrukssymtomet framstå som ett oavvisligt reformkrav. Den samverkan mellan olika verksamhetsområden och yrkesgrup-

Man har inom öppenvården orienterat sig mot ökade insatser i klientens hemmiljö.

per som enligt förslaget skulle vara förlagt till dessa kliniker framstår allt mer som en riktig utvecklingsmodell.

Därmed skulle det också bli möjligt att avdramatisera missbruksproblematiken. Lägre vårdnivå och ett effektivare utnyttjande av tillgängliga resurser gör att också samhällsekonomiska skäl talar för en sådan lösning.

Den kommunala socialvården har således under senare år kommit att inta en alltmer restriktiv hållning till institutionsplaceringar. Man har inom öppenvården orienterat sig mot ökade insatser i klientens hemmiljö. Även om omfattningen av sådana insatser — jag åsyftar hemma-hos-arbetare, familjeterapeuter och motsvarande — ännu så länge är mycket blygsam, markerar dessa strävanden naturligtvis en viktig vårdideologisk hållning visavi traditionell institutionsvård.

Radikal omprövning krävs

I den här i och för sig hoppfulla utvecklingen finns det samtidigt oroande inslag. När institutionsvård blir aktuell — med den restriktiva hållning jag nyss antytt — föreligger numera regelmässigt situationer, som gör behandlingsarbetet på institutionen särskilt komplicerat och krävande. Resignation, bristande självtillit och komplicerade psyko-sociala svårigheter präglar ofta dessa klienters situation. Upprepade miljöbyten och serier av komplicerande händelser dominerar bilden. Anknytningen till en primärgrupp har kanske gått förlorad, betydande arbetshinder p g a psykiska eller somatiska besvär är vanliga osv.

Den här beskrivningen gäller framförallt många av dem, vars svårigheter tar sig uttryck i miss-

Resignation, bristande självtillit och komplicerade psyko-sociala svårigheter präglar ofta dessa klienters situation.

Det måste bli fråga om en omprövning som genomsyrar inte bara socialvårdsfältet utan också de angränsande ansvarsområden med vars insatser dessa människors sammansatta behov skall tillgodoses.

bruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. För många av dessa dominerar bilden av upprepade institutionsvistelser — ofta långt borta från hemorten — möjligen varvade med några dars medicinsk avgiftning på en psykiatrisk lasaretsavdelning. Upprepade vårdperioder, där samordnade insatser och erforderlig uppföljning saknas, blir i själva verket ett aktivt led i en social utstöttningsprocess, som det är vår uppgift att förebygga eller bryta. Sådana här iakttagelser kan bara leda till en rimlig slutsats. Vi måste radikalt ompröva institutionernas funktion och ställning i behandlingsarbetet. Det måste då bli fråga om en omprövning och en förändring som genomsyrar inte bara socialvårdsfältet utan också de angränsande ansvarsområden, med vars insatser dessa människors sammansatta behov skall tillgodoses.

Socialutredningens synsätt

Det är mot den här bakgrunden man skall se socialutredningens förslag till en ny institutionsstruktur. Det centrala i kommitténs förslag är som bekant att den primärkommunala socialvården skall ha ansvaret för vården även under klientens institutionsvistelse. Genom att plädera för principen om ett *obrutet vårdansvar* ville man säkra en bättre kontinuitet i behandlingsarbetet. På så sätt skulle vårdöverlämnande och upprepade omflyttningar mellan olika vårdgrenar inte behöva ske.

Barnhems- och ungdomsvårdsskoleorganisationerna samt den statliga organisationen av vårdanstalter för alkoholmissbrukare föreslås avvecklade. Socialt stöd- och behandlingsarbete vid institutionen ska ske i primärkommunal eller landstingskommunal regi. Därigenom blir det möjligt att åstadkomma en mer sammanhållen vårdorganisation.

När det gäller sättet att *utnyttja* de framtida institutionsresurserna framhöll kommittén att institutionens insatser skulle ses som *ett led* i en längre stödkontakt och problembearbetning och som *ett medel* att genomföra ett behandlingsprogram.

En central tankegång i principbetänkandet var också att tyngdpunkten av stöd- och behandlingsinsatserna skall ligga inom öppenvården och i största möjliga utsträckning anknytas till klientens sociala miljö även under institutionsfasen.

Utnyttjandet av institution skall betraktas som ett av flera tänkbara alternativ. All behandling skall i princip vara frivillig. Klienten skall ha det avgörande inflytandet vid planeringen och genomförandet av behandlingen.

Den framtida roll utredningen vill tilldela behandlingsinstitutionerna innebär att det inte blir möjligt att på samma sätt som hittills avgränsa öppna och institutionella insatser från varandra.

Socialutredningen definierar den framtida institutionen på följande sätt:

”En i administrativt hänseende avgränsad resurs som — med särskilda lokaler som bas — möjliggör dygnet runt-insatser i syfte att ge stöd, behandling och omvårdnad. För att det skall vara fråga om institution förutsätts att flera personer samtidigt kan erbjudas de aktuella tjänsterna.”

När det gäller utformningen av och sättet att utnyttja de framtida institutionella resurserna angav utredningen tre centrala principer:

Kontinuitet — flexibilitet — närhet

Kontinuitet: Förtroendefulla relationer utgör grunden för ett framgångsrikt individuellt behandlingsarbete. En väl fungerande kontakt mellan klient och socialarbetare bör därför bibehållas och utnyttjas under samtliga faser av problemlösningsprocessen. En sådan obruten kontakt även under institutionsskedet ökar dessutom förutsättningarna att åstadkomma en funktionell samverkan mellan socialvårdens olika grenar. Kravet på största möjliga kontinuitet bör också gälla övriga samhällsorgans medverkan vid planering och genomförande av olika aktuella insatser.

Flexibilitet: Stödet och hjälpåtgärder lik-

som tidpunkten för utnyttjandet av institutionens resurser måste anpassas till klientens aktuella behov, förutsättningar och den totala sociala situationen. För att detta skall vara möjligt krävs ett brett register av handlingsalternativ. Ett annat krav bör vara att de tillgängliga resurserna är lätt åtkomliga samt möjliga att förena i ett individuellt avpassat åtgärdsprogram.

Närhet: principen om geografisk närhet utgör i själva verket förutsättningen för att flera angelägna krav på behandlingsarbetet skall kunna uppfyllas. Närhet mellan institution och hemort underlättar kontakten med klientens anhöriga. Därigenom reduceras också risken för social och psykologisk isolering. Det blir samtidigt lättare att anknyta eller förlägga även de institutionella insatserna till klientens egen sociala miljö. Även primärgruppens möjligheter att utnyttja institutionens tjänster är beroende av avståndet till institutionen. Det är också uppenbart att ett begränsat avstånd mellan hemorten och institutionen underlättar flexibla och situationsanpassade lösningar i det löpande behandlingsarbetet.

Andra viktiga utgångspunkter för det framtida utnyttjandet av institutionella resurser måste vara:

att socialvårdens insatser primärt skall syfta till att frigöra och förstärka klientens egna resurser och förutsättningar att påverka sin situation och fortsatta utveckling

att klienten själv måste fatta de avgörande besluten när det gäller valet av olika lösningar.

Stödet och problembearbetningen måste vara förankrat i den sociala verklighet som är klientens och dit han regelmässigt återvänder efter institutionsvistelsen. Insatserna kan därför inte be-

Stödet och problembearbetningen måste vara förankrat i den sociala verklighet som är klientens och dit han regelmässigt återvänder efter institutionsvistelsen.

gränsas till klienten som skymtombärare. Tjänsterna måste kunna avse även övriga medlemmar i primärgruppen. Därigenom frigör vi också för processen viktiga resurser.

Skall klienten och familjen uppleva våra tjänster som meningsfulla och konstruktiva måste de svara mot aktuella behov. Detta ställer bl a krav på att erforderliga resurser finns och att de kan utnyttjas utan omfattande byråkrati.

Reaktionen på socialutredningens förslag

Hur blev då remissinstansernas reaktion på SU:s förslag till ny institutionsstruktur? Rent allmänt fick kommittén ett massivt stöd för de centrala tankegångar i institutionsavsnittet, som jag nyss refererat. Jag skall med några ord försöka nansera detta påstående,

Principen om ett *obrutet* och *sammanhållet* formellt *vårdansvar* i socialt stöd- och behandlingsarbete fick allmän anslutning. Samtidigt har många framhållit vikten av att uppmärksamma det direkta, löpande behandlingsansvar som alltid måste åvila den aktuella institutionen.

När det gäller behovet av större geografisk *närhet* mellan hemort och institution får också den bedömningen bred anslutning. Här erinrar dock några om att det i vissa situationer kan finnas skäl för avsteg från denna princip. Kravet på bättre *kontinuitet* och gemensam behandlingsplanering mötte förstås inga invändningar.

Hur såg man då på huvudmannaskapet för socialvårdens behandlingsinstitutioner? Eller riktigare uttryckt: ansvaret att tillskapa erforderliga institutionsresurser.

Här var inte oväntat reaktionen splittrad. Med hänsyn till det stora antalet remissvar och den olika tyngd de i det här sammanhanget representerar är det vanskligt att ge en helt rättvisande bild. Skall jag göra ett försök kan den beskrivas ungefär så här:

Ett fåtal, företrädesvis några av de fackliga organisationerna för direkt berörda personalgrupper, uttalade sympati för fortsatt statligt huvudmannaskap för ungdomsvårdsskolor och vårdanstalter.

En ganska stor andel av yttrandena anslöt sig

till tanken på ett primärkommunalt ansvar för att tillskapa erforderliga institutionsresurser. Samverkan mellan flera kommuner med skvårdskommuner angavs då ofta som en lämplig modell för mindre och medelstora kommuner.

Flertalet av de remissinstanser som mer ingående behandlade denna problematik förordade landstingen som anordnare av de större, mer resurskrävande institutionerna. Motivet härför angavs vara behovet av tillräckligt underlag för drift av sådana större enheter. Fördelen av organisatorisk närhet till sjukvårdshuvudmannen framhölls naturligtvis också rätt genomgående. Det bör kanske betonas att man med detta ställningstagande inte uteslöt olika typer av behandlingsenheter i primärkommunal regi. En företeelse som ju är etablerad sedan länge.

Vad slutligen kostnadsansvaret beträffar, hade man överlag samma uppfattning som kommittén, nämligen att den som har vårdansvaret — dvs primärkommunen — också skall svara för de kostnader som är förknippade med vård vid institution. Samtidigt framhöll många det nödvändiga i att staten i någon form deltar i finansieringen av kommunens socialvård.

Socialutredningen är nu i färd med att utforma ett förslag till en ny sammanhållen socialvårdslag. Regeringens sk tilläggsdirektiv i februari, som bl a angav att den nya lagen bör träda i kraft 1977, innebär en stark tidspress på utredningen. Frågan om huvudmannaskapet för socialvårdens institutioner övervägs samtidigt inom socialdepartementet. Där arbetar fn en särskild arbetsgrupp med framtagningen av material som belyser de nuvarande kostnaderna för olika former av institutionsvård. I arbetsgruppen ingår företrädare för Kommun- och Landstingsförbunden. De överväganden i huvudmannaskapsfrågan som därefter görs, skall enligt direktiven ske med utgångspunkt från de principer för ny institutionsstruktur som SU angivit i sitt betänkande.

Försöks- och utvecklingsarbete i Skåne

Oklarheten när det gäller vem som i framtiden skall vara huvudman för socialvårdens behandlingsinstitutioner har skapat en påtagligt avvak-

Oavsett vem som i den nya lagstiftningen ges ansvaret att anordna och driva olika behandlingsinstitutioner måste de direkta insatserna bli en angelägenhet för flera samhällsorgan i samverkan.

tande hållning till mer långsiktig planering av resurserna inom detta område. Samtidigt är det uppenbart att remissbehandlingen och debatten kring socialutredningens principbetänkande bidragit till att starta och fördjupa en kritisk analys av institutionsvårdens nuvarande funktion och arbetssätt.

Oavsett vem som i den nya lagstiftningen ges ansvaret att anordna och driva olika behandlingsinstitutioner måste de direkta insatserna bli en angelägenhet för flera samhällsorgan i samverkan. Behovet att utveckla arbetsformer och att skapa organisatoriska förutsättningar för samordnade insatser blir därför särskilt framträdande. Försök och utvecklingsarbete av den karaktären måste ges hög prioritet. Jag skall avslutningsvis erinra om ett nyligen inlett utvecklingsarbete, som kan förutses få stor betydelse för den framtida institutionsvårdens inriktning och uppbyggnad.

Riksdagen anvisade i våras särskilda medel för "Försöksverksamhet inom socialvården." Försöket som leds från socialdepartementet är förlagt till Malmöhus och Kristianstads län — därav benämningen "Skåne-försöket". Ordförande i ledningsgruppen är landstingsrådet Bertil Göransson, Lund. I gruppen ingår också företrädare för Landstings- och Kommunförbunden samt socialstyrelsen. En särskild referensgrupp med företrädare för berörda personalorganisationer finns också inrättad.

Motivet för försöksverksamheten är att praktiskt pröva vissa av de principer och förslag som Fosterbarnsutredningen och Socialutredningen redovisat. Försöket bygger på ett samutnyttjande av primärkommunernas, landstingens och statens vårdresurser i de aktuella länen. Stöd- och behandlingsinsatser i närmiljön skall särskilt eftersträvas. Projektet avser såväl barn- och ungdoms-

vårdens område som gruppen alkohol- och narkotikamissbrukare. Riksdagen har medgivit vissa dispenser från gällande barnavårds- och nykterhetsvårdslagar. I direktiven sägs också att försöket skall ges en sådan inriktning att primärkommunerna i de båda länen får förutsättningar att som huvudmän för vården pröva nya behandlingsmetoder.

Förutom primärkommunernas socialförvaltningar deltar i försöket tre statliga ungdomsvårdsskolor, två erkända vårdanstalter samt barnhem i primär- och landstingskommunal regi. Från landstingens sida är dessutom olika sjukvårdsenheter engagerade i vården av alkohol- och narkotikamissbrukare. Försöksperioden kommer att omfatta tiden 1.7.1975 — 30.6.1977. Utvärderingsgruppens arbete leds av Prof Harald Svedner, Sociologiska institutionen i Lund.

I den inbjudan som tillställdes samtliga kommuner i de båda länen angavs följande insatser vara särskilt angelägna att praktiskt pröva:

1. Familjearbete eller hemma-hos-arbete:
 - på olika nivåer
 - terapeuter med olika utbildning och erfarenhet
 - familjebehandling även anknuten till institution
2. Kontrakterade enskilda hem:
 - akutplaceringar (jourfamiljer)
 - långsiktiga insatser
3. Kommunala familjedaghem:
 - minst en heltidsanställd med social eller pedagogisk utbildning
4. Kommunala barn- och ungdomshem:
 - intensiva och allsidiga insatser för barn/ungdomar i olika åldrar
5. Ungdomsvårdsskolor och vårdanstalter:
 - intensifierat samarbete med öppen socialvård

Motiven för försöksverksamheten i Skåne är att praktiskt pröva vissa av de principer och förslag som fosterbarnsutredningen och socialutredningen redovisat.

- ökat utrymme för frivilligt utnyttjande
 - starkt begränsade upptagningsområden
6. Samordnade insatser av sjukvård och socialvård:
- medicinsk avgiftning och sociala stödsatser
 - psykiatrisk medverkan i behandlingsplanering och uppföljning
7. Insatser inom det skolsociala området, fritiden och arbetslivet.

Information om syftet med försöksverksamheten har bedömts som mycket viktig. En omfattande informationsdrive, framförallt på regional nivå har också genomförts. Omkring 600 personer har hittills varit samlade till konferenser kring de frågor försöksverksamheten aktualiserar. Det har varit förtroendemän i berörda kommunala organ, funktionärer inom socialvård, skola och sjukvård samt polis, åklagare och journalister. Under september inleddes också utbildningen av den personal som skall delta i olika delprojekt.

Socialstyrelsens institutionsutredning

Omgestaltningen av institutionsvården har i själva verket redan inletts. Jag vill i detta sammanhang kort beröra socialstyrelsens "Institutionsutredning", som tillsattes förra året. I det arbetet deltar — förutom verkets olika fackbyråer — representanter för Kommun- och Landstingsförbunden. Även här finns särskild referensgrupp med företrädare för berörda personalorganisationer.

Utredningen har flera uppgifter. En är att skapa underlag för kortsiktiga bedömningar när det gäller dimensionering av institutionsvårdens olika sektorer. Som bekant har statsverkspropositionerna de senaste åren innehållit krav på volymmässiga nedskärningar av ungdomsvårdsskolor och vårdanstalter. Det är då viktigt att beslut om driftsinskränkningar sker i ljuset av de principer och riktlinjer som kan förutses vägleda omgestaltningen av hela socialvårdens institutionsområde. För dessa kortsiktiga, budgetårsbundna föränd-

ringar är institutionsutredningen främst ett instrument i styrelsens löpande verksamhetsplanering.

I ett mer långsiktigt perspektiv skall utredningen behandla kvalitativa frågor, dvs institutionsvårdens framtida funktion och ställning i det sociala behandlingsarbetet. Denna del av arbetet har inletts med ett antal intervjuer och enkäter, som ställts till företrädare för den öppna socialvården, psykiatriska kliniker och avdelningar samt olika typer av behandlingsinstitutioner.

Institutionsutredningen har i dagarna redovisat en första lägesrapport. Rapporten innehåller en beskrivning av befintliga behandlingsinstitutioner inom socialvårdens område. Avsikten är att ge en *samlad* bild av institutionsläget vad beträffar olika institutionstyper; deras inriktning, storlek och lokalisering samt utnyttjandegrad.

Utredningen kommer också att uppmärksamma det samarbete mellan öppen och institutionell vård, som nu börjar etableras runt om i landet. Här avses naturligtvis också samverkan mellan socialvårdens institutioner och sådana sjukvårdsenheter som är aktuella vid rehabiliteringen av missbrukare av beroendeframkallande medel.

I den diskussion som nu skall följa kommer vi sannolikt att vara överens om behovet att utveckla samarbetsformerna mellan våra respektive verksamhetsområden. Däremot kommer vi lika sannolikt att vara mindre samstämmiga när det gäller strategin för att åstadkomma en bättre samordning av våra insatser. Detta är i och för sig naturligt. Vi har olika utbildningsbakgrund, skilda yrkesroller och gör erfarenheter var och en inom sin vårdsektor. Det är angeläget att vi utnyttjar detta spänningsförhållande på ett konstruktivt sätt. Tillsammans representerar vi en bred och mångfacetterad yrkeskunskap. Det ger oss förutsättningar att tillsammans identifiera en del av de hinder — både på kort och längre sikt — som vi har ett gemensamt intresse av att komma tillrätta med.