



# بررسی تطبیقی نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (۲): مطالعه موردی سوئد



مرکز پژوهش‌ها  
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل:

۲۱۴۵۷

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: بررسی تطبیقی نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (۲): مطالعه موردی سوئد

نوع گزارش: طرح / لایحه ، نظارتی ، راهبردی ، پیش‌نویس قانونی

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (آسیب‌های اجتماعی)

تهیه و تدوین: فرشید خضری

ناظر علمی: ریحانه رحمانی‌پور

اظهار نظر کنندگان: مرتضی گنجی، ایمان شعبان‌زاده

صفحه آرا: سمیرا صادقی عسکری

ویراستار ادبی: اکرم وحدانی‌فر

واژه‌های کلیدی:

۱. کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی

۲. مطالعه تطبیقی

۳. سوئد

۴. سیاستگذاری اجتماعی



تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۴/۰۷/۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۲/۱۲

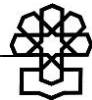
## فهرست مطالب

۱	چکیده.....
۲	خلاصه مدیریتی.....
۴	۱. مقدمه.....
۵	۲. نظام کنترل آسیب‌های اجتماعی سوئد.....
۵	۲-۱. سیاستگذاری آسیب‌های اجتماعی.....
۱۱	۲-۲. نظام رفاهی.....
۱۲	۲-۳. ساختار نهادی نظام کنترل آسیب‌های اجتماعی.....
۱۷	۲-۴. نظام درمان اعتیاد به‌عنوان نمونه‌ای از حکمرانی آسیب‌های اجتماعی.....
۱۹	۲-۵. نقش جامعه مدنی در کنترل آسیب‌های اجتماعی.....
۲۱	۲-۶. نظارت بر اجرای قوانین.....
۲۶	۲-۷. سازوکارهای هماهنگی و همکاری.....
۲۸	۳. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.....
۲۹	۴. رهنمودهای سیاستی.....
۳۳	منابع و مأخذ.....

## فهرست شکل‌ها

۱۴	شکل ۱. چارت سازمانی وزارت بهداشت و امور اجتماعی.....
۱۶	شکل ۲. آرایش نهادهای سوئد در حوزه آسیب‌های اجتماعی.....





## بررسی تطبیقی نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (۲): مطالعه موردی سوئد

Doi: [10.22034/mrc.report.21457](https://doi.org/10.22034/mrc.report.21457)

### چکیده

ایجاد نظامی یکپارچه، راهبردی اساسی در کنترل آسیب‌های اجتماعی به‌شمار می‌رود. در ایران باوجود تأکید بر این ضرورت، چنین نظامی به‌صورت مطلوب شکل نگرفته و نهادهای زیادی، اغلب بدون هماهنگی و هم‌افزایی و به‌صورت موازی به امر سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای آنها می‌پردازند. به‌منظور استقرار نظامی یکپارچه، می‌توان از تجارب سایر کشورها به‌عنوان یک راهبرد بهره گرفت. لذا، این گزارش به بررسی تجربه کشور سوئد پرداخته است. در این کشور، سیاست‌ها با اهدافی همچون ارتقای امنیت اقتصادی و اجتماعی، تضمین رشد سالم کودکان و کنترل آسیب‌هایی نظیر اعتیاد، طلاق و بی‌خانمانی از طریق خدمات اجتماعی تدوین شده‌اند. از منظر نحوه اجرای سیاست‌ها، این نظام بر پایه تفکیک شفاف وظایف سازمان‌ها در سه سطح ملی، منطقه‌ای و محلی سازمان یافته است. به این ترتیب نهادهای ملی عهده‌دار سیاست‌گذاری کلان، تخصیص بودجه و نظارت‌اند، درحالی‌که شهرداری‌ها به‌عنوان نهادهای محلی، مسئولیت اجرای مستقیم خدمات را برعهده دارند. همچنین، در این نظام از سازوکارهای هماهنگی عمودی (بین سطوح مختلف حکومت)، افقی (بین برنامه‌ها و نهادهای محلی) و نیز بهره‌گیری از ظرفیت‌های بخش خصوصی و مردم‌نهاد در چارچوب مقررات مشخص، استفاده شده است. لذا پیشنهاد می‌شود در سطح ملی، نهاد واحدی با مأموریت تنظیم‌گری آسیب‌های اجتماعی تعیین گردد، سایر نهادهای در این زمینه ادغام، و وظایف دستگاه‌های اجرایی به‌صورت شفاف و مجزا مشخص شوند. همچنین ضرورت دارد استان‌ها در راستای سیاست‌های ملی، از سطح معینی از استقلال در تدوین و اجرای سیاست‌های بهره‌مند شوند. این رویکرد، علاوه‌بر افزایش کارآمدی و تطبیق سیاست‌ها با نیازهای محلی، می‌تواند میزانی از هماهنگی راهبردی در سطح ملی را فراهم می‌آورد.

## خلاصه مدیریتی

### بیان / شرح مسئله

ایجاد نظام یکپارچه، یکی از راهبردهای اساسی در کنترل آسیب‌های اجتماعی محسوب می‌شود. با این حال، در ایران با وجود تأکید بر این ضرورت، نهادهای متعددی بدون هماهنگی و هم‌افزایی کافی، به سیاستگذاری و برنامه‌ریزی در این حوزه می‌پردازند. برای مواجهه علمی با این مسئله، بهره‌گیری از مطالعات تطبیقی یکی از راهبردهای کلیدی است. این گزارش با اذعان به اینکه مدل‌های نهادی سایر جوامع را نمی‌توان لزوماً در کشور پیاده‌سازی کرد، بر آن است تا با تحلیل تجربه سوئد، به ارتقای دانش موجود در زمینه چگونگی طراحی و استقرار نظام یکپارچه یاری رساند.

### نقطه‌نظرات / یافته‌های کلیدی

نظام کنترل آسیب‌های اجتماعی سوئد بر پایه قانون خدمات اجتماعی (۲۰۰۱) و سایر قوانین با تأکید بر اصول تضمین امنیت اقتصادی و اجتماعی، ارائه خدمات مبتنی بر شواهد و باکیفیت، پیشگیری زودهنگام و توانمندسازی شکل گرفته است. در حوزه آسیب‌های اجتماعی، قوانین این کشور معطوف به کنترل اعتیاد حمایت از خانواده‌ها و کودکان، پیشگیری از طلاق و مدیریت پیامدهای آن، بی‌خانمانی و حمایت از قربانیان جرم و خشونت است.

به لحاظ آرایش سرزمینی نحوه اجرای سیاست‌ها، این نظام بر اساس **تفکیک شفاف وظایف سازمان‌ها در سه سطح ملی، منطقه‌ای و محلی** سازمان یافته است. در سطح ملی دفتر نخست‌وزیری نقش هماهنگ‌کننده کلان را برعهده دارد و وزارت بهداشت و امور اجتماعی، مسئول سیاستگذاری، تنظیم چارچوب‌های قانونی، تخصیص بودجه و نظارت در حوزه‌های امور اجتماعی و بهداشت از جمله سیاست‌های پیشگیرانه اعتیاد و خدمات اجتماعی نظیر تضمین استاندارد معقول زندگی از جمله مزایای حداقل درآمد، حمایت از کودکان، خانواده‌ها و گروه‌های آسیب‌پذیر است. در سطح منطقه‌ای شوراهای استانی مسئولیت اصلی ارائه مراقبت‌های بهداشتی را برعهده دارند. همچنین در این سطح ساختارهای همکاری و پشتیبانی منطقه‌ای با هدف تقویت همکاری بین‌سطحی و ارتقای سیاستگذاری و عمل مبتنی بر دانش فعالیت دارند. در سطح محلی، شهرداری‌ها مسئول نهایی اجرای سیاست‌ها و ارائه خدمات‌اند و ضمن امکان واگذاری برخی فعالیت‌ها به بخش‌های دیگر، وظایف حساس یا نیازمند اقتدار عمومی را خود انجام می‌دهند. بخش مردم‌نهاد نیز با ارائه خدمات به گروه‌های نیازمند، مشارکت در سیاستگذاری و ایفای نقش صدا برای گروه‌های آسیب‌پذیر در این نظام مشارکت دارد. در مجموع، این نظام با تعیین نهادهای متولی مشخص در سطوح مختلف، **تفکیک شفاف وظایف بین آنها و تفویض اختیارات اجرا به سطوح محلی، در عین حفظ هماهنگی راهبردی در سطح ملی،** کارایی اجرایی و تطابق سیاست‌ها با نیازهای محلی را تضمین می‌کند.



## پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

در این بخش، بر پایه بررسی تطبیقی نظام‌های کنترل آسیب‌های اجتماعی، مجموعه‌ای از درس‌آموخته‌های سیاستی در چهار حوزه ارائه می‌شود:

### الف) در حوزه سیاستگذاری

- تدوین چارچوب سیاستگذاری ملی با رویکرد حاکمیت چندسطحی: استقرار ساختار سیاستگذاری، بودجه‌ریزی و نظارتی منسجم در سطح ملی برای تعیین خطوط کلی، استانداردهای عملکرد و اهداف کلان کنترل آسیب‌های اجتماعی. هم‌زمان، باید اختیارات لازم برای انطباق و تدوین برنامه‌های عملیاتی متناسب با بافت اجتماعی-فرهنگی و اولویت‌های بومی هر منطقه، به سطوح اجرایی منطقه‌ای و محلی تفویض گردد.
- اولویت بخشی به خدمات و حمایت‌های اجتماعی در کنترل آسیب‌های اجتماعی.
- اتخاذ رویکرد همه‌جانبه و جامع در سیاستگذاری مواد مخدر: این رویکرد باید بر پایه چهار ستون مبارزه با عرضه، پیشگیری، درمان و کاهش آسیب باشد. در این مسیر، تجارب سوئد، بر پرهیز از تجویز قانونی مواد مخدر، مجازات‌محور کردن مصرف مواد و استفاده گسترده از درمان‌های اجباری تأکید دارد.
- اولویت بخشی به راهبرد اول تأمین مسکن در سیاستگذاری بی‌خانمانی.
- تقویت نهاد خانواده با اتخاذ رویکرد حمایتی چندبعدی: این حمایت‌های شامل تأمین نیازهای اولیه مادی، حمایت از کارکرد خانواده و تقویت مهارت‌های والدگری می‌شود.
- پیشگیری از طلاق و کاهش آسیب‌های ناشی از آن: لازم است از طلاق از طریق اجرای دوره تأمل اجباری و بازاندیشی به‌همراه فراهم آوردن خدمات مشاوره‌ای و مددکاری اجتماعی پیشگیری کرد. همچنین ضرورت دارد از آسیب‌ها طلاق برای زوجین و فرزندان آنان از طریق تنش‌زدایی از فرایند طلاق، الزام زوجین به دریافت خدمات تخصصی با تأکید بر برجسته ساختن مسئولیت‌های مشترک والدین در قبال فرزندان و اولویت بخشی به مصالح عالی‌ه کودک در تصمیم‌گیری‌های قضایی و اجتماعی مرتبط با حضانت، تعیین محل سکونت و حق ملاقات کاست.
- استقرار راهبرد ملی حفاظت از حقوق کودک و نوجوان با رویکرد سه‌گانه پیشگیری، ارتقا و مداخله.
- حمایت از قربانیان جرم و خشونت از جمله کودکان و زنان و کار با مرتکبان خشونت با هدف تغییر رفتارهای خشونت‌آمیز.
- تضمین مشارکت بخش‌های خصوصی و مردم‌نهاد: ضمن تضمین این مشارکت لازم است فعالیت‌های بخش‌ها تنظیم شود.
- تضمین کیفیت خدمات اجتماعی از طریق توسعه مداوم خدمات، ارائه آنها توسط کارکنان آموزش‌دیده و نظارت بر نحوه ارائه آنها.

### ب) ساختار نهادی و سازوکار اجرایی سیاست‌ها

- تعیین نهادهای متولی مشخص در سطوح مختلف کشور (ملی، استان و شهرستان) به‌همراه تفکیک دقیق و شفاف وظایف و حذف دستگاه‌های موازی. نهاد متولی باید جزو نهادهای حوزه سیاستگذاری اجتماعی و بهداشت باشد.
- تضمین ارائه خدمات اجتماعی باکیفیت به‌صورت رایگان یا تحت پوشش کامل بیمه.
- ترویج عمل مبتنی بر دانش از طریق همکاری نهادهای متولی با نهادهای دانشگاهی و پژوهشی.

### ج) نهادینه‌سازی همکاری بین سطحی و بین بخشی

- ایجاد هماهنگی بین‌وزارتخانه‌ای از طریق نهاد ریاست‌جمهوری یا سازمان برنامه و بودجه.

- ایجاد هماهنگی میان نهادهای ملی، منطقه‌ای و محلی از طریق سازوکارهایی نظیر تشکیل کارگروه‌ها یا هیئت‌های تخصصی مشترک، برگزاری جلسات منظم تبادل نظر، قراردادهای رسمی و چارچوب برنامه‌ریزی مشترک.
- طراحی و استقرار مراکز خدمات اجتماعی جامع در سطح محلی و استقرار گروه‌های حرفه‌ای بین‌رشته‌ای به منظور یکپارچه‌سازی خدمات.
- اطمینان از اینکه همه مناطق از جمله مناطق محروم، منابع کافی برای ارائه خدمات باکیفیت یکسان مطابق با استانداردهای ملی را در اختیار دارند، لازم است نهاد ملی از طریق سازوکار تعدیل به این نیاز رسیدگی کنند.
- تدوین توافق‌نامه همکاری بین‌بخشی بین نظام خدمات اجتماعی و نظام سلامت در رسیدگی به نیازها و خواسته‌های گروه‌های هدف.

#### (د) در حوزه نظارت

- ایجاد اداره نظارتی مستقل، تخصصی و کیفیت‌محور در ذیل نهاد سیاستگذار، به منظور نظارت بر ارائه خدمات اجتماعی از طریق سازوکارهای الزام‌آور قانونی و سخت و ابزارهای نظارتی نرم.
- تضمین نقش نظارتی مؤثر سازمان‌های مردم‌نهاد و رسانه‌ها.

### ۱. مقدمه

آسیب‌های اجتماعی طی سال‌های اخیر، بنا به عوامل مختلف افزایش یافته است. عوامل متعددی در این افزایش نقش دارند، اما به باور صاحب‌نظران، یکی از عوامل مهم، فقدان نظامی یکپارچه و منسجم به منظور کنترل<sup>۱</sup> آنهاست [۱، ۲]. در حال حاضر، نهادهای متعددی - همچون شوراهای عالی، وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، ستادها، و نهادهای حاکمیتی و عمومی - هر یک تقریباً به صورت مجزا و بدون وجود ارتباطی هماهنگ و هم‌افزا، در حوزه کنترل آسیب‌های اجتماعی فعالیت می‌کنند. این درحالی است که در بسیاری از کشورها، نهاد متولی مشخصی نظیر وزارت امور اجتماعی، مسئولیت یکپارچگی و راهبری سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با این آسیب‌ها را برعهده دارد.

از دیگر محورهای کلیدی در این زمینه، می‌توان به هماهنگی سازمان‌های این حوزه در سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی، تأمین اعتبار و چگونگی هزینه‌کرد آن، نحوه مشارکت بخش‌های خصوصی و مردم‌نهاد و تعیین عمل‌مبتنی بر شواهد که بتواند در کنترل آسیب‌های اجتماعی مؤثر باشد، اشاره کرد. این موارد از جمله موضوعات بنیادین حوزه کنترل آسیب‌های اجتماعی در کشور به‌شمار می‌آیند که لازم است برای آنها پاسخی دقیق فراهم شود.

برای مواجهه علمی با مسائل فوق به‌ویژه مسئله فقدان نظامی یکپارچه و نیز یافتن راهکارهایی برای برون‌رفت از این وضعیت، می‌توان از راهبردهای مختلف بهره گرفت. یکی از این راهبردها، بررسی تطبیقی تجارب سایر کشورهاست. در بسیاری از کشورها، به‌ویژه کشورهای پیشرو در حوزه سیاستگذاری اجتماعی، مسیر دستیابی به نظام یکپارچه کنترل

۱. در این گزارش، کنترل به مجموعه‌ای از سیاست‌های اجتماعی شامل پیشگیری، درمان، کاهش آسیب و بازادغام اجتماعی اطلاق می‌شود. البته این رویکرد به معنای انحصار در اقدامات اجتماعی نیست، بلکه سیاست‌های انتظامی و قضایی نیز به‌عنوان بخشی از این چارچوب در نظر گرفته می‌شوند؛ با این تأکید که اولویت اصلی باید بر سیاست‌های اجتماعی متمرکز باشد.



آسیب‌های اجتماعی، فرایندی تدریجی و همراه با آزمون و خطای علمی بوده است. با این حال، هرچند نمی‌توان تمام سیاست‌ها و ساختارهای سازمانی سایر کشورها را به صورت مستقیم به کشوری مانند ایران با ویژگی‌های خاص خود تعمیم داد، مطالعه این تجارب می‌تواند دانش موجود را غنا بخشد.

در همین راستا، این گزارش در ادامه مجموعه مطالعات تطبیقی بررسی تجربه و مدل سایر کشورها در حوزه کنترل آسیب‌های اجتماعی، به بررسی تجربه کشور سوئد پرداخته است. انتخاب سوئد براساس چند معیار صورت گرفته است: نخست، داشتن نظام رفاهی توسعه‌یافته. دوم، بهره‌گیری از سیاست جامعه‌عاری از مواد. سوئد سیاستی با عنوان جامعه‌عاری از مواد را اتخاذ کرده است که در سوی رادیکال‌تر طیف سیاست‌های اروپایی قرار دارد و آن را به مطالعه‌ای ارزشمند و متمایز تبدیل می‌کند. سوم، نظام هماهنگ سرزمینی؛ این کشور توانسته است نظامی نسبتاً هماهنگ میان سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی ایجاد کند. در نهایت، بهره‌گیری از ظرفیت سایر بخش‌ها، نظام سوئد همچنین از ظرفیت‌های بخش خصوصی و مردم‌نهاد در ارائه خدمات اجتماعی بهره گرفته است؛ نحوه این بهره‌گیری، از موضوعات کلیدی این حوزه است.

## ۲. نظام کنترل آسیب‌های اجتماعی سوئد

### ۱-۲. سیاستگذاری آسیب‌های اجتماعی

در سوئد، کنترل آسیب‌های اجتماعی در چارچوب قوانین صورت می‌پذیرد. در این میان، قانون «خدمات اجتماعی» از اهمیت محوری برخوردار است. در ادامه، ابتدا به مرور این قانون و سپس سایر قوانین مرتبط پرداخته شده است.

**قانون خدمات اجتماعی (۲۰۰۱) به همراه اصلاحات بعدی:**<sup>۱</sup> این قانون با هدف ارتقای امنیت اقتصادی و اجتماعی، تضمین برابری در شرایط زندگی و تسهیل مشارکت فعال شهروندان در حیات اجتماعی تدوین شده است. براساس قانون، شهرداری‌ها به‌عنوان مسئول نهایی ارائه و تضمین دسترسی به خدمات اجتماعی تعیین شده‌اند. در شهرداری‌ها، وظایف این حوزه از طریق کمیته‌های رفاه اجتماعی انجام می‌شود. این وظایف شامل برنامه‌ریزی اجتماعی، ارتقای محیط زندگی خوب، ارائه مستقیم خدمات مراقبتی، مشاوره، کمک مالی و حمایت از خانواده‌ها و افراد نیازمند است. شایان ذکر است که اگرچه شهرداری‌ها به انعقاد قرارداد با بخش‌های خصوصی و مردم‌نهاد برای ارائه برخی خدمات مجازند، وظایف نیازمند اعمال اقتدار عمومی یا خدمات حساس، نظیر جاگذاری کودکان،<sup>۲</sup> قابل واگذاری به این بخش‌ها نیستند. در مجموع، این اختیارات غیرقابل تفویض شامل مواردی است که به تعیین اهداف، تمرکز عملیاتی، دامنه یا کیفیت ارائه خدمات مربوط می‌شود و همچنین مواردی که مستلزم اعمال صلاحیت‌های حاکمیتی قانونی در قبال اشخاص حقیقی است. قانون همچنین تأکید ویژه‌ای بر کیفیت مداخلات دارد و مقرر می‌دارد که خدمات باید

1. Social Services Act/ Socialtjänstlag

۲. Child Placement: به فرایندی گفته می‌شود که در آن کودک در محیطی خارج از خانواده اصلی خود قرار داده می‌شود تا مراقبت، حمایت یا تربیت او تأمین شود.

توسط کارکنان آموزش دیده و باتجربه ارائه شوند و کیفیت آنها به طور نظام مند و مداوم توسعه یابد و تضمین و نظارت شود [۳]. مشمولان این قانون از نظر آسیب‌های اجتماعی، شامل این گروه‌ها می‌شوند:

- **کودکان و افراد جوان:**<sup>۱</sup> کمیته رفاه موظف است با اجرای اقدامات جامع پیشگیرانه، ارتقایی و حمایتی، رشد سالم و امن کودکان را تضمین نماید. این اقدامات شامل برنامه‌های ارتقای رشد فیزیکی و اجتماعی، شناسایی کودکان یا افراد جوان در معرض خطر و حمایت لازم به آنها و خانواده‌هایشان، ایجاد محیط‌های امن و نظارت مستمر بر کودکان با نشانه‌های رشد نامطلوب است. کمیته موظف است مشاوره‌های تخصصی در زمینه‌های حضانت، ملاقات و حمایت از کودک به خانواده‌ها ارائه دهد و برای افراد زیر ۲۱ سال در معرض خطر، فرد واجد شرایط ویژه‌ای را منصوب کند. در موارد جای‌گذاری خارج از خانه، با اولویت قائل شدن برای «مصلح عالی‌ه کودک»، نظارت مستمر از طریق بازدیدهای منظم، تعیین مددکار اجتماعی و بررسی دوره‌ای ضرورت تداوم مراقبت الزامی است [۳].

- **افراد دارای اختلال مصرف مواد:** شهرداری‌ها موظف‌اند اطمینان یابند که افراد مصرف‌کننده مواد مخدر کمک‌ها و مراقبت‌های لازم را برای غلبه بر اختلال مصرف مواد دریافت می‌کنند. آنها با توافق فرد، برنامه‌ای برای ارائه کمک‌ها و مراقبت‌ها تدوین و بر اجرای دقیق آن نظارت خواهند کرد. همچنین شهرداری‌ها باید با مناطق (استان‌ها) در زمینه همکاری درباره درمان افراد مبتلا به سوءمصرف الکل، مواد مخدر و سایر مواد اعتیادآور توافق‌نامه منعقد نمایند [۳].

- **قربانیان جرم و خشونت:** کمیته موظف است با رویکردی دوگانه و مکمل به موضوع قربانیان جرم و خشونت بپردازد. از یک سو، این کمیته مسئولیت دارد تا از قربانیان، از جمله زنان و کودکان در معرض خشونت یا سایر سوءاستفاده‌ها، حمایت به عمل آورد و اطمینان یابد که کمک‌های لازم را دریافت می‌کنند؛ از سوی دیگر، موظف است با مرتکبان خشونت کار کند تا رفتارهای خشونت‌آمیز خود را تغییر دهند. یک اصل حیاتی در اجرای این وظایف، رعایت اولویت ایمنی قربانی است؛ به گونه‌ای که هیچ اقدامی نباید جان یا امنیت قربانی یا بستگانش را به خطر اندازد. به طور کلی، خدماتی که برای قربانیان خشونت در نظر گرفته شده است عبارت‌اند از حمایت‌های آموزشی-شغلی، اقتصادی و اسکان، خطوط تلفنی کمک‌رسانی ۲۴ ساعته، مراکز حمایتی-اقامتی مشتمل بر گروه‌های چندتخصصی شامل روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و وکلا [۳].

در نهایت، قانون خدمات اجتماعی، ارائه خدمات توسط بخش خصوصی را به اخذ پروانه اجباری از نهاد بازرسی منوط کرده است. متقاضیان اداره مراکزی مانند خانه‌های مراقبت و مراکز درمان اعتیاد، باید واجد شرایط دقیق از جمله صلاحیت حرفه‌ای و توان مالی مناسب باشند. از سوی دیگر، قانون چارچوب مالی ارائه خدمات را مشخص کرده است. بر این اساس، اصل کلی بر این مبنا استوار است که خدمات حمایتی، از جمله برنامه‌های ترک اعتیاد، به صورت رایگان به مراجعان ارائه می‌شود و برای افرادی که درآمد کافی ندارند، خدمات اجتماعی یا سایر بیمه‌های اجتماعی و بهداشتی، هزینه‌های مرتبط را پوشش می‌دهد. باین حال، شهرداری می‌تواند برای سایر خدمات اجتماعی مانند مشاوره خانواده، مراقبت روزانه و اسکان در مسکن ویژه، هزینه معقول و متناسبی را دریافت کند؛ البته به این شرط که از هزینه‌های

۱. به منظور ارائه دامنه‌های سنی گسترده‌تر، در زمینه‌های خاصی مانند پیشگیری از جرم و ارائه حمایت‌های خاص مانند میانجی‌گری برای جلوگیری از رفتارهای مخرب اجتماعی، این دامنه به افراد زیر ۲۱ سال بسط داده شده است.



شهرداری تجاوز نکند. محاسبه این هزینه‌ها به‌طور مستقیم با توانایی مالی فرد مرتبط است [۳، ۴]. نظارت بر ارائه خدمات نیز مورد توجه این قانون است که در بخش‌های بعد به آن پرداخته شده است.

**قوانین مرتبط با مواد مخدر:** سوئد در نقطه مقابل طیف سیاست‌های مواد مخدر اروپا قرار دارد. سیاست‌های این کشور بر پایه دو اصل «تحمل صفر»<sup>۱</sup> و «جامعه‌عاری از مواد»<sup>۲</sup> استوار شده و بر کنترل سخت‌گیرانه عرضه مواد، پیشگیری و درمان متمرکز است [۵]. شالوده اصلی نظام قانونگذاری در حوزه مواد مخدر در دهه ۱۹۶۰ بنیان نهاد شد. در سال ۱۹۶۵ تجویز قانونی مواد در دستور کار قرار گرفت؛ اما به دلیل نشت مواد به بازار غیرقانونی و افزایش شیوع اعتیاد، این قانون کنار گذاشته شده و به‌عنوان **شکست سیاستی** شناخته شده است. در سال ۱۹۶۸ قانون مجازات مواد مخدر<sup>۳</sup> تصویب شد که انتقال، تولید غیرقانونی، تحصیل و تملک مواد را جرم قابل مجازات دانسته و مجازات‌هایی را با توجه به **شدت جرم و نوع** ماده تعیین کرده است. سوئد در دهه ۱۹۸۰ برای مقابله با اعتیاد شدید، «درمان اجباری» را برای موارد خاص معرفی کرد و در سال ۱۹۸۸ آن را گسترش داد. با این حال، همواره تأکید بر درمان‌های داوطلبانه بوده است [۵].

در سال ۱۹۸۸ و براساس اصلاحیه قانون مجازات مواد مخدر، مصرف مواد با هدف کاهش تعداد مصرف‌کنندگان و کاهش خطرهای آسیب‌های مرتبط، جرم‌انگاری شد؛ اما مجازات آن فقط به جریمه نقدی محدود بود. در سال ۱۹۹۳ نیز حبس به مجازات‌ها افزوده شد. با عضویت سوئد در اتحادیه اروپا در سال ۱۹۹۵، فعالیت بین‌المللی این کشور در مسئله مواد، عمدتاً در چارچوب همکاری با اتحادیه اروپا صورت گرفت، اما سوئد کوشید تا علیه تمایلات به سمت آزادسازی مواد یا کاهش جرم‌انگاری مقابله کند. استدلال این کشور با تمرکز بر جنبه تقاضا و تفسیر سخت‌گیرانه از کنواسیون‌های سازمان ملل، در قالب ارجاعات به مبارزه با تروریسم و جنایت سازمان‌یافته و ترویج رفاه و حقوق بشر نیز توجیه شده است. در مجموع، در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰، قانونگذاران به اعمال اصلاحات جزئی در قوانین مواد ادامه دادند؛ این اصلاحات شامل گسترش دامنه شمول قوانین، افزایش حداکثر مجازات‌ها، تغییر قوانین آزادی زوددهنگام، و معرفی گزینه‌های درمانی به‌عنوان جایگزینی برای حبس بود. سیاست‌های سوئد از دهه ۲۰۰۰ تاکنون، بر محور «جامعه‌عاری از مواد» با تأکید بر جرم‌انگاری در هر دو بخش عرضه و مصرف مواد تداوم یافته است [۵، ۶، ۷]. مهم‌ترین تحولات کلیدی در دهه‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۲۰ در این حوزه عبارت‌اند از:

- الف) معرفی مناطق آسیب‌پذیر و تأکید بر بازپس‌گیری این مناطق از طریق حضور پلیس و اجرای برنامه‌های اجتماعی،
- ب) تغییر تدریجی سیاست از تمرکز صرف بر مجازات به سمت تقویت راهبردهای پیشگیری و درمان،
- ج) گسترش تدریجی اقدامات کاهش آسیب به‌رغم تأکید بر جامعه‌عاری از مواد،
- د) تمرکز بر رویکرد کلی‌نگر با هدف هماهنگی بیشتر بین نهادهای پلیس، خدمات اجتماعی، آموزشی و سازمان‌های مدنی، و همچنین سرمایه‌گذاری در برنامه‌های پیشگیری زوددهنگام در مدارس و در میان جوانان در معرض خطر. این

---

1. Zero Tolerance  
2. Drug-Free Society  
3. Narcotics Penal Act/Narkotikastrafflag (1968)

تحولات نشان می‌دهد سیاستگذاران در سوئد به تدریج درک کرده‌اند که مقابله با پدیده مواد مخدر تنها از طریق اقدامات پلیسی - قضایی به نتیجه مطلوب منجر نمی‌شود [۵].

**محافظت از کودکان:** براساس **قانون مدرسه<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)**، مدارس موظفاند محیطی آموزشی فراهم کنند که از نظر فیزیکی، روانی و اجتماعی امن باشد تا دانش‌آموزان بتوانند بدون مواجهه با ترس و آزار، به یادگیری و رشد بپردازند. این قانون با تأکید بر مسئولیت مراقبتی کارکنان، هرگونه مجازات بدنی و رفتار تحقیرآمیز را ممنوع و اجرای برنامه‌های اجباری ضد آزار و قلدری<sup>۲</sup> را الزامی می‌کند. همچنین، مدارس مکلفاند موارد احتمالی آسیب به دانش‌آموزان یا غفلت از آنان در محیط خانه را به کمیته خدمات اجتماعی شهرداری گزارش دهند. این الزام به گزارش‌دهی، سازوکاری حفاظتی ایجاد می‌کند که ایمنی و رشد کودکان را تضمین می‌نماید. همچنین مدارس مسئولیت دارند دانش‌آموزانی را که در معرض خطر افت تحصیلی یا چالش‌های روانی - اجتماعی قرار دارند، شناسایی و حمایت‌های لازم را ارائه کنند؛ این حمایت‌ها شامل ارائه آموزش‌های تکمیلی، خدمات حمایتی سلامت روان و مددکاری اجتماعی، و در صورت لزوم، ارجاع به دانش‌آموز به کمیته رفاه شهرداری‌ها می‌شود [۸].

**قانون والدین<sup>۳</sup> (۱۹۴۹) و اصلاحات متعاقب آن** نیز با محور قرار دادن مصالح عالی‌ه کودک و تأکید بر مسئولیت مشترک والدین و با در نظرگیری محورهای همچون ممنوعیت خشونت شامل هرگونه تنبیه بدنی و رفتار تحقیرآمیز و استقرار سازوکارهای حمایتی، محافظت از کودکان در برابر تمام اشکال خشونت و سوءرفتار، تضمین حق برخورداری از زندگی در محیطی امن و مراقبت با کیفیت، و به رسمیت شناختن حق ابراز نظر آنان در مسائل مربوط به خود، چارچوب جامعی از حقوق کودک را تعریف می‌نماید. این قانون همچنین با هدف صیانت از کودکان در معرض خطر، مداخله نهادهای اجتماعی، انتقال کودک به محیط مراقبتی خارج از خانه در موارد ضروری، و نظارت مستمر بر سلامت آنان را پیش‌بینی کرده است [۹].

محافظت از کودکان در برابر مخاطرات محیط دیجیتال نیز موضوع چند قانون است. در اصلاحیه‌های **قانون مجازات<sup>۴</sup> (۱۹۶۲)**، هرگونه سوءاستفاده جنسی از کودکان شامل تهیه و انتشار محتوای مستهجن و برقراری ارتباط آنلاین با هدف سوءاستفاده و همچنین آزار و اذیت سایبری جرم‌انگاری شده است [۱۰]. براساس قانون مدرسه (۲۰۱۰)، وزارت آموزش موظف است محیط دیجیتالی امنی را فراهم سازد، آموزش سواد رسانه‌ای در خصوص مخاطرات محیط دیجیتال را ارائه دهد و راهبردهای مقابله با قلدری سایبری را در چارچوب برنامه‌های ضد آزار خود بگنجاند. افزون بر این، سوئد در سال ۲۰۲۳ سند ملی ایمنی دیجیتال کودکان<sup>۵</sup> را به تصویب رساند. این سند با تعیین چارچوب‌های سنی، بر پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی ناشی از استفاده بی‌رویه از رسانه‌های دیجیتال تأکید کرده است [۹].

**حمایت از خانواده و کاهش آسیب‌های ناشی از طلاق:** براساس قانون والدین (۱۹۴۹) به همراه اصلاحات بعدی، سوئد از طریق یک رویکرد چندجانبه از خانواده‌ها حمایت می‌کند. این قوانین، با تضمین تقسیم عادلانه مسئولیت‌های تربیتی میان والدین، پرداخت کمک‌هزینه‌های معیشتی کودک به تمام والدین و فراهم‌سازی خدمات آموزشی

1. School Act/Skollagen

۲. قلدری که در برخی از موارد از آن به‌عنوان همسال‌آزاری هم یاد شده است به رفتارهای پرخاشگرانه، عمدی و تکراری گفته می‌شود که در آن یک فرد یا گروه، فرد دیگری را که قادر به دفاع از خود نیست، مورد آزار و اذیت، ترساندن یا آسیب رساندن قرار می‌دهد. این رفتارها می‌تواند شامل قلدری فیزیکی، کلامی یا اجتماعی مانند طرد کردن یا شایعه‌پراکنی باشد.

3. Parental Act/FöräldRabalk

4. Criminal Act/Brottsbalk

5. Rekommendationer för Barns Och Ungas Digitala Medieanvändning



مقرون به صرفه نظیر مهدکودک و پیش دبستانی، بار مالی و مراقبتی تحمیل شده بر والدین را کاهش می دهد. علاوه بر این، از طریق تأمین مسکن و ارائه مزایای رفاهی به خانواده های کم درآمد، از تنش های ناشی از فقر در محیط خانواده پیشگیری می گردد [۹]. همچنین قانون «استاندارد معقول زندگی» را برای افراد تضمین کرده، اما ممکن است لازم باشد که فرد در یک برنامه افزایش مهارت یا تجربه کاری شرکت کند. مضافاً، قانون مدرسه (۲۰۱۰) چارچوبی را فراهم می سازد که طی آن، مهارت های بنیادین زیستن، از جمله مهارت های زندگی، به دانش آموزان آموزش داده می شود [۸]. قانون خدمات اجتماعی (۲۰۰۱) نیز دسترسی همگانی و کم هزینه به خدمات مشاوره تخصصی خانواده را به عنوان راهبردی پیشگیرانه تضمین می نماید؛ این امر زوجین را قادر می سازد تا اختلافات زناشویی خود را پیش از رسیدن به مرحله طلاق، به صورت مؤثر مدیریت و مرتفع سازند [۳].

بر اساس قوانین، خدمات اجتماعی با هدف تحکیم بنیان خانواده، عموماً در سه حوزه کلیدی ارائه می شوند: تأمین نیازهای اولیه مادی، حمایت از عملکرد خانواده و تقویت مهارت های والدگری. خدمات دسته نخست، شامل حمایت های مالی پایه ای همچون تأمین حداقل درآمد و مسکن مقرون به صرفه است. دسته دوم، خدماتی مانند مشاوره و میانجی گری خانوادگی، مددکاری اجتماعی در منزل، آموزش والدین و خدمات مراقبت موقت از کودکان<sup>۱</sup> را دربرمی گیرد. دسته سوم نیز به ارائه فعالیت های فرهنگی و تفریحی یارانه ای یا رایگان، برنامه های بعد از مدرسه و کارگاه های آموزشی والدین اختصاص دارد. کارایی این خدمات در گرو دو ویژگی کلیدی بوده است: **همگانی بودن و هماهنگی بین بخشی**. همگانی بودن باعث شده خدماتی که ممکن است در شرایط دیگر با انگ آسیب پذیری همراه باشند، به هنجاری عمومی تبدیل شود و دسترسی همه گروه ها به ویژه خانواده های در معرض خطر بدون دغدغه قضاوت اجتماعی میسر گردد. هماهنگی نیز به معنای یکپارچگی و تبادل اطلاعات مؤثر بین نهادهای مختلف خدمت رسان است تا خانواده ها تمام حمایت های لازم را به صورت منسجم دریافت کنند. برنامه هایی از این دست، به والدین کمک می کنند تا درک بهتری از مراحل رشد کودک پیدا کنند و بر توانمندی های خود در نقش والدگری اطمینان بیشتری بیابند [۱۱].

**قانون ازدواج<sup>۲</sup> (۱۹۸۷)** نیز اصل «طلاق بدون تقصیر»<sup>۳</sup> را مبنا قرار داده است تا کاهش سطح تعارضات در طول فرایند طلاق مؤثر واقع شود. به منظور تحکیم پایداری نهاد خانواده، دو سازوکار کلیدی دیگر در فرایند طلاق در نظر گرفته شده است: نخست، اعمال یک دوره تأمل ۶ ماهه مابین ثبت درخواست و صدور حکم قطعی طلاق؛ دوم، الزام زوجینی که فرزند زیر شانزده سال دارند، به شرکت در جلسه مشاوره پیش از صدور حکم طلاق. هدف غایی از اعمال این دوره تأمل، فراهم ساختن فرصت مقتضی برای بازنگری در تصمیم، به کارگیری تلاش نهایی در جهت سازش،= یا تدارک عاطفی و مالی لازم برای زندگی پس از طلاق به ویژه در خصوص تنظیم ترتیبات سرپرستی فرزندان است. شرکت در جلسات مشاوره پیش از طلاق به مثابه یک سازوکار اجتماعی حل اختلاف نیز زوجین را برای مواجهه با مسائل بعد از طلاق از جمله فرزندپروری بعد از طلاق آماده می کند [۱۲].

به موجب قانون والدین (۱۹۴۹) و اصلاحیه های بعدی و قانون ازدواج (۱۹۸۷)، اصل «مصالح عالیه کودک» به مثابه اصل راهبردی بنیادین در تمام تصمیم گیری های قضایی ناظر بر حضانت، تعیین محل سکونت (اقامت) و حق ملاقات پس از

1. Respite Services  
2. Marriage Certificate Act/Äktenskapsbalk  
3. No-Fault Divorce

انحلال نکاح قرار دارد. این قانون همچنین بر تأمین مراقبت جامع، امنیت فیزیکی و روانی و قاطعیت در برابر هرگونه اعمال خشونت تأکید می‌نماید. اصل بنیادین در نظام حضانت سوئد، اصل «سرپرستی / حضانت مشترک»<sup>۱</sup> است؛ مگر اینکه دادگاه با استناد به مصلحت عالی‌ه کودک، حکمی مغایر صادر نماید. سرپرستی مشترک تضمین می‌کند که هر دو والد در تصمیم‌گیری‌های اساسی پیرامون ابعاد حیاتی زندگی کودک حق مشارکت فعال داشته باشند. این سازوکار، حفظ تعامل معنادار و اثربخش فرزند با هر دو والد را به عامل حمایتی تعیین‌کننده تبدیل می‌سازد. علاوه بر این، مرجع قضایی صلاحیت دارد تا ظرفیت تعاملی والدین و توانایی آنها در اولویت‌بندی الزامات و نیازهای کودک را در مقابل منافع شخصی، و همچنین میزان همکاری سازنده آنها را با یکدیگر به دقت ارزیابی نماید. والدین قویاً ترغیب به تنظیم یک «توافق‌نامه داوطلبانه مکتوب» در خصوص تمام جوانب حیات کودک می‌گردند. نظارت اجرایی بر این احکام از طریق یک سازوکار همکاری متقابل میان دادگاه و کمیته خدمات اجتماعی شهرداری صورت می‌پذیرد؛ در این چارچوب، متخصصین ذی‌ربط بر روند حضانت نظارت دارند و بازخورد تخصصی خود را به مرجع قضایی ارائه می‌دهند. این ترتیب حضانت تا زمان رسیدن طفل به هجده‌سالگی معتبر باقی می‌ماند [۹].

**بی‌خانمانی:** رویکرد سوئد در قبال مسئله بی‌خانمانی براساس مدل «اول تأمین مسکن»<sup>۲</sup> بنا نهاده شده است که در راستای قانون خدمات اجتماعی (۲۰۰۱) و استراتژی ملی مقابله با بی‌خانمانی (دوره ۲۰۲۶-۲۰۲۲) اجرایی می‌گردد. بر این مبنا، شهرداری‌ها موظف‌اند بدون هیچ‌گونه پیش‌شرطی، نخست مسکن و سپس خدمات حمایتی لازم را در اختیار افراد بی‌خانمان قرار دهند. اهداف کلان این استراتژی عبارت‌اند از: پیشگیری از بروز بی‌خانمانی، توقف کامل پدیده زندگی در خیابان، پیاده‌سازی سراسری مدل «اول تأمین مسکن» و تعمیق رویکرد اجتماعی در برنامه‌ریزی شهری. این اهداف از طریق اقدامات مشخصی نظیر تقویت همکاری‌های بین‌نهادی، تأمین مسکن پایدار همراه با خدمات پشتیبانی فردی‌سازی شده، و پایش مستمر وضعیت بی‌خانمانی محقق خواهند شد [۱۳].

درمجموع، نظام حقوقی سوئد در حوزه خانواده و کنترل آسیب‌های اجتماعی، یک زیست‌بوم یکپارچه را شکل داده است. در این زیست‌بوم، قوانین به‌گونه‌ای هماهنگ طراحی شده‌اند که از یک سو، با حمایت‌های اقتصادی نظیر کمک هزینه کودک، مسکن، مهدکودک ارزان و ارائه خدمات اجتماعی رایگان از بروز آسیب پیشگیری می‌کنند و از سوی دیگر، با مداخلات به‌موقع و مبتنی بر مصالح عالی‌ه کودک از جمله حضانت مشترک، مراقبت خارج از خانه و نظارت بر رشد از کودکان در برابر آسیب‌های اجتماعی محافظت به عمل می‌آورند. شهرداری‌ها به‌عنوان بازوهای اجرایی محلی عمل می‌کنند و چارچوب‌های نظارتی مستحکم، کیفیت و اثربخشی خدمات را تضمین می‌کنند. این رویکرد جامع نشان می‌دهد که سوئد پیشگیری با آسیب‌های اجتماعی را عمدتاً از مسیر تقویت نهاد خانواده، سرمایه‌گذاری روی کودکان و ایجاد شبکه‌ای ایمن از خدمات اجتماعی دنبال می‌کند.



## ۲-۲. نظام رفاهی

دولت رفاه سوئد در دوره پس از جنگ جهانی دوم، با هدف بنیان‌گذاری جامعه‌ای مبتنی بر تأمین حقوق اجتماعی فراگیر شکل گرفت. این الگوی رفاهی که اغلب با عناوین نمادین مانند «از گهواره تا گور»<sup>۱</sup> توصیف شده - بر اصول فراگیری، برابری طلبی و جامعه‌محوری استوار شده و سنتاً نه تنها از طریق تأمین مالی عمومی گسترده، بلکه با ارائه مستقیم خدمات رفاهی توسط نهادهای دولتی و عمومی مشخص می‌گردد [۱۶-۱۴]. از جمله ویژگی‌های این نظام، تضمین دسترسی برابر تمام شهروندان به خدمات در حوزه‌های اجتماعی است. همچنین، عدم تمرکز اداری و تفویض اختیارات گسترده به شهرداری‌ها به منظور انعطاف‌پذیری و انطباق سیاست‌ها با شرایط و نیازهای محلی، از اهداف ساختاری آن به‌شمار می‌رود [۱۷]. این الگو از یک سو از محل مالیات‌های عمومی دولت مرکزی و از سوی دیگر با بهره‌مندی شهرداری‌ها از اختیار وضع مالیات‌های محلی تأمین مالی می‌شود [۱۸].

نظام رفاهی سوئد در چارچوبی سه‌لایه و سلسله‌مراتبی سازمان یافته است که قواعد شمول و طرد اجتماعی، نقش تعیین‌کننده‌ای در آن ایفا می‌کند. لایه اول یا نظام رفاهی اولیه، کاملاً بر اشتغال رسمی و مزایای مبتنی بر درآمد متکی است و به صورت ملی توسط نهادهای دولتی مدیریت می‌شود؛ به گونه‌ای که طرد از بازار کار به معنای خروج از این لایه و انتقال به لایه پایین‌تر است. لایه دوم، به عنوان شبکه ایمنی ثانویه، بر پایه قانون خدمات اجتماعی و توسط مقامات محلی اداره می‌شود و کمک‌های آن مبتنی بر آزمون وسع و در پاسخ به مشکلات فردی در سطح محلی ارائه می‌گردد. در نهایت، لایه سوم به نیازهای فوری و حیاتی افرادی می‌پردازد که از هر دو لایه پیشین طرد شده‌اند و عمدتاً توسط سازمان‌های غیرانتفاعی و خیریه‌ها که اغلب از محل تأمین مالی عمومی محلی پشتیبانی می‌شوند خدمات‌رسانی می‌کند. این ساختار، از یک سو مسائل ساختاری بلندمدت را از طریق لایه اول پوشش داده، از سوی دیگر، با لایه‌های دوم و سوم، پاسخ‌های هدفمند و محلی به مشکلات فردی و شرایط حاشیه‌ای ارائه می‌دهد و در مجموع نمایانگر توازن میان مسئولیت دولتی، مشارکت محلی و نقش جامعه مدنی در الگوی نظام رفاهی سوسیال‌دمکراتیک است [۱۸].

نظام رفاهی سوئد که تا دهه ۱۹۷۰ در تمام بخش‌ها ماهیتی کاملاً دولتی داشت، از آن پس و به‌ویژه در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰، تحت تأثیر چالش‌های متعددی، روندی از اصلاحات ساختاری را تجربه کرد. عواملی مانند محدودیت‌های منابع انسانی و مالی، رشد تقاضا برای خدمات رفاهی خصوصی، انتقادات فزاینده از بوروکراسی دولتی و تأکید بر حق انتخاب مصرف‌کننده، باعث شد تا سیاست‌های مقررات‌زدایی و غیرمتمرکزسازی در چارچوب اصلاحات مدیریت عمومی نوین<sup>۲</sup> در دستور کار احزاب محافظه‌کار و حتی در ادامه، حزب سوسیال‌دمکرات قرار گیرد. در نتیجه، نقش محوری دولت از تأمین‌کننده انحصاری خدمات اجتماعی به تسهیل‌گر رقابت‌پذیری تغییر یافت. در سطح عملیاتی، دولت‌های محلی با جداسازی درونی بین مقامات قراردادگذار و ارائه‌دهندگان خدمات، ساختار جدیدی را ایجاد کردند. این تحول با به‌کارگیری گسترده‌تر ابزارهای حکمرانی شبه‌بازاری مانند برگزاری مناقصه‌های باز، انعقاد قراردادهای کوتاه‌مدت و

1. Cradle to Grave

۲. New Public Management: تعریف واحدی از مدیریت عمومی نوین وجود ندارد، اما تمایل کلی آن حرکت از انحصار دولتی و بوروکراسی مبتنی بر قواعد به سوی تأکید بیشتر بر کارایی و کاهش هزینه‌ها، غیرمتمرکزسازی تصمیم‌گیری‌ها، معرفی راه‌حل‌های الهام‌گرفته از بازار مانند مدل خریدار-تأمین‌کننده، رقابت و مناقصه رقابتی، ادغام تکنیک‌های مدیریتی بخش خصوصی در خدمات عمومی و افزایش تقاضا برای مستندسازی، حساسرسی و ارزیابی بوده است. در این الگوی مدیریتی الگوهای حکمرانی از سازوکارهای بازار تقلید می‌کنند، به گونه‌ای که روابط بین مقامات دولتی قراردادگذار و ارائه‌دهندگان خدمات رفاهی از بخش‌های غیرانتفاعی، انتفاعی و دولتی را تنظیم می‌کنند [۲۲].

تشویق رقابت بین ارائه‌دهندگان بخش‌های عمومی، خصوصی و مردم‌نهاد همراه بود که در نهایت به بازتعریف رابطه بین دولت، بازار و جامعه در عرصه رفاه انجامید [۱۸، ۱۴].

با وجود این، به‌رغم جریان اصلی خصوصی‌سازی در سال‌های اخیر، حضور و نقش تنظیم‌گری دولت در حوزه‌های کلیدی رفاهی تداوم یافته است. در واقع، یک اجماع سیاسی گسترده بر سر **تأمین مالی عمومی و تنظیم مقررات دقیق** برای خدمات رفاهی اساسی پابرجاست. ترکیب فعلی ارائه‌دهندگان خدمات در عرصه‌های مختلف رفاهی نیز گواه این امر است. برای مثال از نظر اشتغال، در سال ۲۰۱۳ حدود ۷۲ درصد کارکنان حقوق‌بگیر بخش خدمات اجتماعی در بخش عمومی مشغول بودند؛ در حالی که سهم بخش انتفاعی ۲۵ درصد و بخش غیرانتفاعی فقط ۳ درصد بود. روند کلی حاکی از افزایش تدریجی سهم بخش انتفاعی در سال‌های اخیر است [۱۷]، روندی که پیامدها و تأثیرات آنها در بخش نتیجه‌گیری بررسی شده است.

### ۳-۲. ساختار نهادی نظام کنترل آسیب‌های اجتماعی

در این بخش، ساختار و آرایش سازمانی حاکم بر نظام کنترل آسیب‌های اجتماعی در سوئد بررسی می‌شود. در سطح اجرایی، این ساختار از سه لایه مجزا اما به‌هم‌پیوسته تشکیل شده است که در ادامه شرح داده می‌شوند:

۱. **دولت ملی**، که در پایتخت مستقر است، مسئولیت‌های کلانی همچون دفاع، سیاست خارجی، تنظیم چارچوب‌های قانونی عمومی و سیاستگذاری در حوزه‌های مانند بهداشت و درمان را برعهده دارد. این سطح از حکمرانی متشکل از سیزده وزارتخانه است که در میان آنها، «دفتر نخست‌وزیری» و «وزارت بهداشت و امور اجتماعی» نقش‌هایی محوری و هماهنگ‌کننده در حوزه آسیب‌های اجتماعی ایفا می‌کنند. دفتر نخست‌وزیری به‌عنوان هسته مرکزی هماهنگی دولت، مأموریت اصلی خود را در تدوین پیشنهادهای سیاستی و تصمیم‌گیری، پشتیبانی از وزرا و هیئت‌دولت، و نظارت بر عملکرد نهادهای دولتی تعریف کرده است. حوزه‌های کلیدی فعالیت این دفتر شامل تسهیل فرایند قانونگذاری، مدیریت بودجه کلان و نظارت بر حاکمیت سازمانی است. وظیفه راهبردی آن، ایجاد هماهنگی بین وزارتخانه‌ای از طریق سازوکارهایی مانند برگزاری جلسات هیئت‌دولت، تشکیل کمیته‌های مشترک بین‌وزارتخانه‌ای و هدایت یکپارچه فرایندهای تقنین است تا انسجام تمام سیاست‌ها و اقدامات دولت با اهداف کلان در زمینه مقابله با آسیب‌های اجتماعی تضمین گردد [۲۰].

وزارت بهداشت و امور اجتماعی، به‌عنوان متولی اصلی در حوزه رفاه و آسیب‌های اجتماعی، دارای ساختار رهبری سیاسی متشکل از چهار وزیر در حوزه‌های تخصصی بهداشت و امور اجتماعی، مراقبت‌های سلامت، خدمات اجتماعی و امور سالمندان و تأمین اجتماعی است. این رهبری با حضور معاونان وزیر که مسئولیت توسعه و پیشبرد سیاست‌ها در حوزه‌های مشخص را برعهده دارند، تکمیل می‌شود. معاونان وزیر مستقیماً زیر نظر وزرا فعالیت دارند و در فرایندهای تدوین، برنامه‌ریزی، هماهنگی و نظارت بر اجرای سیاست‌ها از آنان پشتیبانی می‌کنند. در سطح اجرایی غیرسیاسی، وزارتخانه توسط کارکنان حرفه‌ای و مدیران کل اداری و حقوقی مدیریت می‌شود که مسئولیت پشتیبانی اداری، حقوقی و هماهنگی عملیاتی را برعهده دارند. نکته بنیادین در درک این ساختار، **تمایز کلیدی بین سیاستگذاری و اجرا** در



مدل حکمرانی سوئد است. وزارتخانه به‌عنوان نهادی کوچک و متمرکز بر سیاستگذاری، مسئولیت تعیین خط‌مشی‌های کلان، وضع چارچوب‌های قانونی و تخصیص بودجه را عهده‌دار است. در مقابل، اجرای عملیاتی این سیاست‌ها و ارائه مستقیم خدمات، به نهادهای محلی واگذار شده است [۲۱]. در ادامه، بخش‌های اصلی این وزارتخانه و وظایف اختصاصی هر یک متناسب با اهداف این گزارش تشریح می‌شود:

**الف) امور اجتماعی و بهداشت عمومی:** حوزه عملکرد این بخش دامنه وسیعی از سیاستگذاری‌های ملی را دربرمی‌گیرد که شامل ارتقای بهداشت عمومی، توسعه خدمات سلامت روان، تعامل سازنده با جامعه مدنی، توسعه زیرساخت‌های ورزشی و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه در حوزه اعتیاد می‌شود. هدف غایی سیاستگذاری در حوزه‌هایی نظیر الکل، مواد مخدر، دوپینگ، دخانیات و قمار، دستیابی به جامعه‌ای عاری از وابستگی‌های اعتیادآور، کاهش همه‌جانبه مصرف مواد دخانی، و به حداقل رساندن پیامدهای نامطلوب پزشکی و آسیب‌های اجتماعی ناشی از مصرف این مواد یا فعالیت‌های قمار است. علاوه بر این، در راستای تقویت سرمایه اجتماعی، سیاست‌های مرتبط با جامعه مدنی با هدف تسهیل مجوزدهی برای تأسیس نهادها، تخصیص بهینه کمک‌های مالی از منابع عمومی و تعبیه سازوکارهایی برای ترغیب مشارکت فعال شهروندان در فعالیت‌های جمعی طراحی و اجرا می‌گردد [۲۱].

**ب) امور خدمات اجتماعی:** این بخش بر تأمین و ارائه خدمات حمایتی هدفمند به تمام افراد در معرض آسیب یا ذی‌نفعان نیازمند تمرکز دارد. این حوزه شامل ابعاد حیاتی مراقبت‌های فردی و خانوادگی، حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت و تضمین حقوق کودکان است. مراقبت‌های فردی و خانوادگی قلمرو گسترده‌ای را دربرمی‌گیرد؛ از جمله نقش محوری خدمات اجتماعی در سرپرستی اجتماعی کودکان و نوجوانان، ارائه خدمات تخصصی به افراد مبتلا به سوءمصرف مواد و اعتیاد، رسیدگی به معضل بی‌خانمانی و توزیع کمک‌های مالی حمایتی. از دیگر وظایف محوری این نهاد، توانمندسازی والدین برای ایفای مؤثر نقش والدگری و اجرای سایر اقدامات پیشگیرانه در بستر اجتماعی است [۲۱].<sup>۱</sup>

۱. این وزارتخانه دارای دو بخش دیگر در حوزه‌های «بهداشت و درمان» و «سالمندان و تأمین اجتماعی» نیز است. با این حال، از آنجاکه وظایف این دو بخش پیوند مستقیمی با موضوع آسیب‌های اجتماعی ندارد، در این بررسی مورد توجه قرار نگرفته‌اند.

امور اجتماعی و بهداشت عمومی (رئیس وزارتخانه)	مراقبت سلامت (وزیر)	خدمات اجتماعی (وزیر)	سالمندی و تأمین اجتماعی (وزیر)
معاون وزیر	معاون وزیر	معاون وزیر	معاون وزیر
معاون مدیرکل امور اداری	مدیر کل امور حقوقی		مدیر کل امور اداری
بخش تأمین اجتماعی	بخش خدمات اجتماعی و سیاست معلولیت	بخش مراقبت‌های بهداشتی و دارویی	بخش سلامت و جامعه مدنی
بخش امور اتحادیه اروپا و بین‌الملل	دفتر مدیرکل امور اداری	دبیرخانه حقوقی	بخش همکاری و پشتیبانی

شکل ۱. چارت سازمانی وزارت بهداشت و امور اجتماعی [۲۱]

افزون بر موارد مذکور، وزارت بهداشت و امور اجتماعی با سایر نهادها و ارگان تصمیم‌گیر از جمله پارلمان این کشور، اتحادیه اروپا، سازمان بهداشت جهانی، سازمان جهانی کار و... همکاری می‌کند. سازمان‌های دولتی، هیئت‌ها و بنیادهای زیرمجموعه وزارت بهداشت و امور اجتماعی در ارتباط با آسیب‌های اجتماعی نیز عبارت‌اند از: هیئت محصولات مشروبات الکلی، مرکز امور خانواده و حمایت از والدین، بازرسی بهداشت و مراقبت‌های اجتماعی، هیئت سلامت و رفاه اجتماعی، دفتر نماینده ویژه حقوق کودکان در سوئد، واحد تحلیل خدمات سلامت و اجتماعی، ارزیابی فناوری و ارزیابی خدمات اجتماعی، بنیاد رفاه کودکان سوئد و مرکز همکاری سازمان جهانی بهداشت در پایش بین‌المللی مواد مخدر [۲۱].

**۲. شوراهای استانی**، ۲۱ شورای استان یا منطقه‌ای وجود دارند که مسئولیت اصلی ارائه خدمات بهداشت و درمان، برنامه‌ریزی برای توسعه منطقه‌ای و همچنین برنامه‌ریزی برای حمل‌ونقل عمومی منطقه‌ای است [۱۵].

**۳. شهرداری‌ها**، که از ۲۹۰ واحد تشکیل می‌شوند و به‌عنوان پایین‌ترین سطح واحد حکمرانی محلی، در تأمین و ارائه خدمات به جامعه محلی بالاترین درجه از خودمختاری را دارند. ساختار مدیریتی هر شهرداری بر مبنای شورای منتخب مردمی استوار است. شهرداری‌ها برای دریافت مالیات به منظور تأمین مالی این خدمات، اختیار قانونی دارند. به دلیل کاهش تأکید بر یکسان‌سازی استانداردهای خدمات در سراسر کشور، شهرداری‌ها از اختیار بیشتری در تخصیص بودجه برخوردار شده‌اند [۱۵]. ساختار داخلی مدیریت رفاهی در شهرداری‌ها متغیر است. برخی واحدها یک کمیته جامع رفاه اجتماعی دارند که دامنه وسیعی از مسائل رفاهی را پوشش می‌دهند؛ در حالی که سایرین ممکن است کمیته‌های تخصصی‌تری، نظیر کمیته مراقبت از سالمندان یا درمان اعتیاد را تشکیل داده باشند. از دهه ۱۹۹۰ به بعد، اداره‌های محلی و منطقه‌ای در سوئد تمایل زیادی به آزمایش و اصلاح ساختارهای سازمانی خود نشان داده‌اند. بسیاری از شهرداری‌ها و مناطق با هدف افزایش کارایی، تعداد کمیته‌های سیاسی خود را کاهش داده‌اند. ساختار کنونی این نهادها با نوع سازمانی گسترده‌ای همراه است؛ به گونه‌ای که تقریباً هر شهرداری یا منطقه ساختاری منحصربه‌فردی دارد و از الگوهای ترکیبی استفاده می‌کند.

در مدل سنتی، چندین کمیته تخصصی مسئول حوزه‌های معین بودند؛ اما در مدل‌های جایگزین، رویکردهای متفاوتی به کار گرفته شده است: ۱. تقسیم مسئولیت‌ها بر اساس مناطق جغرافیایی؛ ۲. تمرکز قدرت در مجمع یا کمیته اجرایی

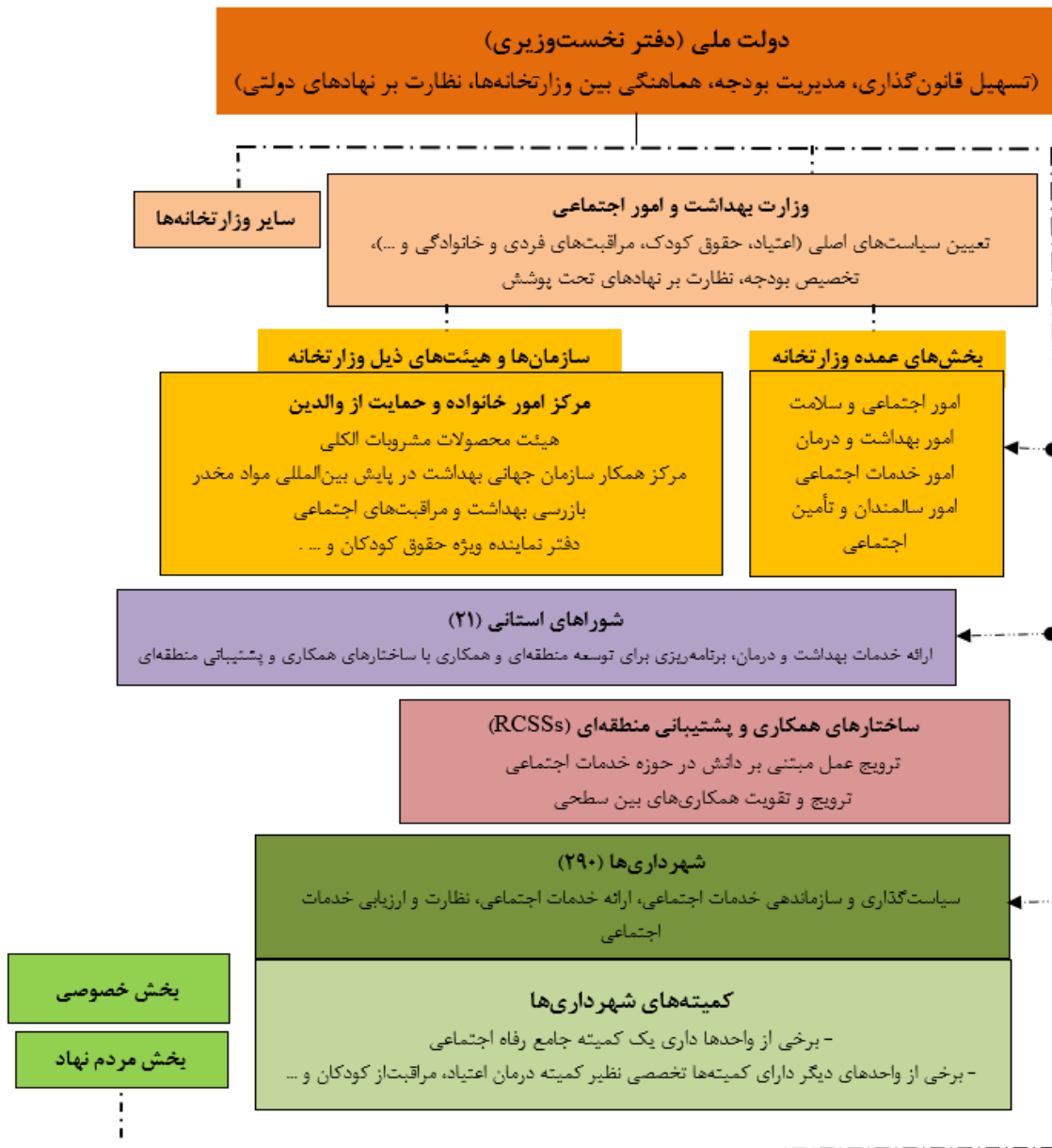


با تعداد محدودی کمیته یا هیئت اجباری؛<sup>۳</sup> تداوم استفاده از مدل تفکیک خدمت‌گیرنده - ارائه‌دهنده. این تباین ساختاری منعکس‌کننده رویکردهای متفاوت شهرداری‌ها در سازمان‌دهی نظام‌های خدمات اجتماعی است که براساس اقتضانات و اولویت‌های بومی شکل می‌گیرد [۲۲].

در خصوص اداره امور مالی محلی، قانون حکومت محلی سوئد مقرر می‌دارد که شهرداری‌ها و شوراهای منطقه‌ای باید در فعالیت‌های خود «حکمرانی مالی مطلوب» را اعمال نمایند. شهرداری‌ها و مناطق موظف‌اند وجوه خود را به‌گونه‌ای مدیریت کنند که الزامات «بازدهی مطلوب» و «امنیت مالی کافی» را تأمین نمایند. این بدان معناست که بودجه‌ها باید به‌نحوی تنظیم شوند که درآمدها از هزینه‌ها فراتر رود.

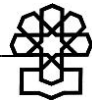
در نظام حکمرانی خدمات اجتماعی سوئد، یکی از نهادهای مهم، «ساختارهای همکاری و پشتیبانی منطقه‌ای»<sup>۱</sup> است. این ساختارها به مجموعه‌ای از نهادهای منطقه‌ای اشاره دارند که هدف اصلی آنها تقویت خدمات اجتماعی از طریق ترویج «عمل مبتنی بر دانش»<sup>۲</sup>، توسعه همکاری‌های بین‌سطحی و ایجاد پیوند میان سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی است. در واقع، این ساختارها بخشی از الگوی حکمرانی چند سطحی به‌شمار می‌روند که به‌جای تمرکز بر تصمیم‌گیری در دولت مرکزی، بر مدیریت محلی و همکاری‌های منطقه‌ای تکیه دارند. این ساختارها به اشکال و قالب‌های سازمانی متنوعی در تمام مناطق سوئد حضور دارند و عموماً در قالب انواع انجمن‌های مقامات محلی یا در محیط‌های پژوهشی - توسعه‌ای مستقر شده‌اند. هدف کلیدی آنان، توسعه عمل مبتنی بر شواهد به‌منظور ارائه حمایت یکپارچه، مؤثر و هماهنگ با نیازهای محلی از طریق بهبود حکمرانی در حوزه خدمات اجتماعی است. بر این اساس، این نهادها نقش پیونددهنده را بین سطح ملی و محلی ایفا می‌کنند [۲۳، ۲۴]. در مجموع، اهمیت این ساختارها را می‌توان در این موارد خلاصه کرد:

- تسهیل دسترسی عادلانه‌تر به منابع و تخصص‌ها در مناطق کوچک؛
  - ارتقای کیفیت، یکنواختی و پایداری خدمات در کشور؛
  - ترویج همکاری افقی به‌جای رقابت: این ساختارها با تشویق به همکاری بین نهادهای محلی، هم‌افزایی و اشتراک‌گذاری منابع و دانش را ممکن می‌سازند.
  - ایفای نقش تسهیل‌گری در حوزه‌های کلیدی: آنها در زمینه‌هایی چون آموزش، نوآوری دیجیتال و سیاست‌گذاری رفاهی به‌عنوان تسهیل‌گر عمل می‌کنند و بستر لازم را برای اجرای پروژه‌های نوآورانه و سیاست‌های اثربخش فراهم می‌آورند.
  - ایجاد پیوند دانشی بین سطوح ملی و محلی: این ساختارها به‌عنوان حلقه ارتباطی حیاتی در حکمرانی دانش عمل کرده، از طریق روابط مشارکتی، توسعه و اجرای عمل مبتنی بر شواهد را در حوزه خدمات اجتماعی تسهیل می‌کنند [۲۵].
- درنهایت، در دهه‌های اخیر، فرایند خصوصی‌سازی در نظام رفاهی سوئد، به سهم قابل توجه بخش انتفاعی در ارائه خدمات اجتماعی منجر شده است. این امر شهرداری‌ها را ملزم می‌کند تا در چارچوب مقررات، بخشی از وظایف حمایتی خود را به این بخش واگذار نمایند. باوجود این و به‌رغم این رشد، نقش و حضور بخش غیرانتفاعی در عرصه خدمات اجتماعی همچنان به‌طور قابل توجهی کم‌رنگ و محدود باقی مانده است [۱۴، ۱۷، ۱۹]. دلایل این پدیده، فراتر از محدوده اهداف تحلیلی این نوشتار و نیازمند مطالعه‌ای دیگر است.



شکل ۲. آرایش نهادهای سوئد در حوزه آسیب‌های اجتماعی

ماخذ: یافته‌های پژوهش



در مجموع و براساس آنچه مرور شد، ویژگی‌های کلیدی حکمرانی غیرمتمرکز در سوئد شامل تحقق اصل خودمختاری محلی، اتکا به درآمدهای مالیاتی محلی و رعایت اصل نزدیکی به شهروندان است. این مدل مبتنی بر تفکیک وظایف است تا از هم‌پوشانی ساختاری جلوگیری کند و هر سطح از حکمرانی (ملی، منطقه‌ای و محلی) مسئولیت‌های کاملاً مشخصی را برعهده گیرند. در این ساختار، دولت مرکزی موظف است اهداف، خط‌مشی‌ها و جهت‌گیری‌های استراتژیک را با در نظر گرفتن منابع تخصیص‌یافته تعیین نماید؛ در نتیجه، تمرکز از بودجه‌ریزی صرف به پیگیری و ارزیابی نتایج تغییر یافته است. در مقابل، نهادهای اجرایی مسئولیت چگونگی اجرا و انتخاب ابزارهای عملیاتی را دارند. از منظر توزیع وظایف تخصصی، وزارت بهداشت و امور اجتماعی به‌عنوان نهاد سیاستگذار اصلی نظام رفاهی عمل می‌کند؛ در حالی که شوراهای استانی مسئولیت اصلی ارائه مراقبت‌های بهداشتی (شامل بیمارستان‌ها و مراکز درمانی) را برعهده دارند و شهرداری‌ها متولی اجرای اکثر خدمات اجتماعی نظیر مراقبت از سالمندان، خدمات کودکان و حمایت از افراد دارای معلولیت‌اند [۱۵، ۱۸، ۲۲]. البته این نظام چندسطحی در ارائه خدمات اجتماعی بدون چالش نبوده که این موضوع در بخش نتیجه‌گیری بررسی شده است.

#### ۴-۲. نظام درمان اعتیاد به‌عنوان نمونه‌ای از حکمرانی آسیب‌های اجتماعی

نظام درمان اعتیاد سوئد، به‌عنوان بخشی از ساختار کلی رفاهی این کشور، تحولات گسترده‌ای را در چارچوب اصلاحات مدیریت عمومی نوین تجربه کرده است. این تحولات به تغییر شیوه‌های به‌کارگیری ابزارهای حکمرانی جدیدی منجر شده است که در آن منطق بازار با ماهیت پیچیده و انسانی خدمات اجتماعی و بهداشتی در تعامل قرار گرفته‌اند. در این فضا، نظام درمان اعتیاد با ادغام درمان اعتیاد به الکل و مواد مخدر در یک ساختار یکپارچه و اتخاذ رویکردی چندوجهی، جایگاه خود را به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام عمومی مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی تثبیت کرده است. این رویکرد، ترکیبی هماهنگ از خدمات پزشکی و اجتماعی را برای افراد درگیر با اختلال مصرف مواد فراهم کرده است. در این تقسیم‌کار، شهرداری‌ها مسئولیت برنامه‌ریزی، هماهنگی و ارائه خدمات حمایتی و اجتماعی درمان اعتیاد، و در مقابل، شوراهای استانی مسئولیت تأمین و اجرای درمان‌های تخصصی پزشکی مانند سم‌زدایی، دارودرمانی و درمان عوارض جسمی ناشی از مصرف مواد را برعهده دارند.

در سوئد درمان اعتیاد عموماً داوطلبانه است و مبتنی بر ارزیابی صحیح از نیازهای فرد انجام می‌شود. با این حال، در برخی موارد خاص، به‌ویژه زمانی که فرد مصرف‌کننده زندگی خود و دیگران را به خطر می‌اندازد و درعین حال به درمان‌های داوطلبانه رضایت نمی‌دهد، مراقبت اجباری نیز قابل اعمال است. در چنین مواردی مراکز خدمات اجتماعی شهرداری مددجو را به دادگاه‌های اداری معرفی می‌کند و آنها درمورد تعهد به مراقبت اجباری غیرکیفری برای حداکثر مدت ۶ ماه تصمیم‌گیری می‌کنند.<sup>۱</sup>

در حوزه درمان اعتیاد، طراحی، انتخاب و اجرای برنامه‌های درمانی باید با مشارکت مراجعان صورت پذیرد. همچنین، افراد حق دارند نسبت به تصمیمات مرتبط با خود که توسط شهرداری اتخاذ می‌شود، اعتراض نمایند. رسیدگی به این اعتراضات

۱. این‌گونه درمان‌ها در عمل پرهزینه‌اند و کاربرد نسبتاً محدودی دارند، اما درعین‌حال پیامدهای گسترده‌ای به همراه دارند. در سوئد سالانه حدود هزار مددجو به این نوع درمان‌ها معرفی می‌شوند.

در صلاحیت دادگاه اداری استان است که اختیار لغو تصمیمات شهرداری و الزام آن به اتخاذ تصمیمی جدید را دارد. افزون بر این، شهرداری‌ها مجازند تا با ایجاد فضای رقابتی میان ارائه‌دهندگان خدمات، اعم از واحدهای داخلی خود و سایر بازیگران از جمله بخش خصوصی، به بهبود کیفیت خدمات بیندیشند. این رقابت می‌تواند از طریق سیستم‌های انتخاب<sup>۱</sup> یا فرایند مناقصه<sup>۲</sup> عمومی صورت پذیرد. در مدل مناقصه، واحدهای اجرایی داخلی شهرداری‌ها نیز به ارائه پیشنهاد قیمت و عملکرد موظفاند و برای اجرای خدمات، با سایر متقاضیان رقابت می‌کنند [۲۵].

برخلاف قانون خدمات اجتماعی، قوانین حوزه سلامت اولویت‌ها را مشخص و تعیین می‌کند به کسانی که نیازهای بالاتری از نظر بهداشتی دارند، اولویت داده شود. هزینه‌ها نیز باید در تصمیمات درمانی قابل توجه باشند. طبق قانون، بیمار نمی‌تواند خواستار درمان خاصی شود. پزشک مسئول تصمیمات درمانی است و اغلب درمان‌ها توسط دیگر حرفه‌ها، مانند پرستاران، انجام می‌شود. همچنین، تصمیمات بهداشتی، برخلاف تصمیمات در خدمات اجتماعی نمی‌توانند مشمول اعتراض مددجو و لذا تجدیدنظر شوند. البته بیماران ناراضی می‌توانند به اداره بازرسی بهداشت و مراقبت‌های اجتماعی<sup>۳</sup> شکایت کنند. شوراهای استانی نیز همانند شهرداری‌ها می‌توانند انتخاب کنند که آیا ترجیح می‌دهند خدمات درمانی را به صورت داخلی ارائه دهند یا از طریق قوانین، امکان رقابت و مشارکت ارائه‌دهندگان غیردولتی را فراهم آورند. مسائل مربوط به همکاری بین بخش مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اجتماعی، به ویژه در حیطه سوءمصرف مواد، برای دهه‌ها موضوع بحث و چالش بوده است. گزارش‌های متعددی حاکی از آن است که مراجعان به دلیل مرزهای نامشخص و تقسیم‌بندی بودجه بین این دو نهاد، غالباً از چرخه خدمات خارج می‌شوند [۲۶]. اگرچه به طور کلی مقرر شده است که مسئولیت سمرزدایی پزشکی برعهده نظام بهداشتی و ارائه حمایت‌های اجتماعی عمومی برعهده خدمات اجتماعی باشد، حدود دقیق مسئولیت‌های این دو نهاد همچنان مبهم باقی مانده است [۲۲].

در پاسخ به مخالفت‌های جدی با انتقال کامل مسئولیت درمان از حوزه اجتماعی به پزشکی، دولت راهکار میانه‌ای را به تصویب رساند. این راهکار مبتنی بر تداوم مسئولیت‌های مشترک، اما با شفافیت بیشتر و الزامات تقویت شده برای همکاری بود. بر این اساس، مناطق و شهرداری‌ها ملزم شدند تا با انعقاد توافق‌نامه‌های محلی طراحی شده، چارچوبی سه‌بُعدی را محقق سازند: نخست، اتخاذ رویکردی جامع‌نگر؛ دوم، توجه به شرایط بومی و محلی؛ سوم، تعیین و تبیین دقیق مسئولیت‌ها و وظایف هر دو نهاد در قبال ارائه خدمات به افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد. در این چارچوب تأکید شد که درمان‌های پزشکی و مداخلات روان‌پزشکی، زمانی از اثربخشی بیشتری برخوردارند که همراه با درمان روانی - اجتماعی و حمایت‌های خدمات اجتماعی ارائه شوند. این توافق‌نامه‌ها باید دربرگیرنده اهداف مشترک، تخصیص منابع، تقسیم مسئولیت‌ها و سازوکارهای همکاری باشند [۲۲].

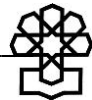
براساس قانون خدمات اجتماعی (۲۰۰۱) و قانون سلامت و مراقبت‌های بهداشتی<sup>۴</sup> (۲۰۱۷)، مناطق و شهرداری‌ها موظفاند برای هر فردی که نیازمند دریافت خدمات هم‌زمان از هر دو نظام بهداشت و خدمات اجتماعی است، یک

1. Systems of Choice

2. Procurement Processes

3. Health and Social Care Inspectorate

4. The Health and Healthcare Act (Hälso- och Sjukvårdslagen)



**طرح فردی هماهنگ شده<sup>۱</sup>** تدوین و اجرا نمایند. این الزام در مواردی اجرا می‌شود که منطقه، شهرداری یا خود فرد تشخیص دهد چنین طرحی برای تأمین نیازهای او ضروری است. مواردی که در طرح الزامی‌اند عبارت‌اند از: تعیین مسئولیت‌های هر ارائه‌دهنده خدمت، ذکر دقیق مداخلات مورد نیاز، مشخص کردن اقداماتی که باید توسط هر ارائه‌دهنده مراقبت (منطقه، شهرداری و سایر ارائه‌دهندگان) انجام شود و تعیین اینکه کدام یک از نهادهای اصلی مسئولیت کلی نظارت بر اجرای طرح را برعهده دارد [۲۲].

همان‌گونه که گفته شد، اداره‌های دولتی منطقه‌ای و محلی می‌توانند خدمات درمان اعتیاد را به ارائه‌دهندگان غیردولتی برون‌سپاری کنند، به شرطی که این تصمیم توسط شورای مربوطه تأیید شود. مسئولیت نظارت بر کیفیت خدمات و انطباق آن با اهداف تعیین شده برعهده اداره دولتی است. با این حال، صدور مجوز از سوی اداره بازرسی بهداشت و مراقبت اجتماعی<sup>۲</sup> برای تمام ارائه‌دهندگان غیردولتی اجباری است. هدف از این مجوز، اطمینان از برخورداری خدمات از استانداردهای مطلوب کیفیت و ایمنی است [۲۲].

**کنترل و نظارت دولت مرکزی:** اگرچه در سطح نظر، نظام درمان اعتیاد به‌عنوان یک بازار با سازوکار دست‌نمائی توصیف شده، در عمل این بازار به‌شدت توسط نهادهای دولتی تنظیم و شکل گرفته است. بحث در مورد نقطه تعادل مناسب بین خودمختاری محلی و کنترل متمرکز، موضوعی جدید نیست و دهه‌هاست که ادامه دارد. در این روند، سوئد شاهد گذار از یک هدایت مبتنی بر اعتماد و نبود تمرکز در دهه ۱۹۸۰، به سوی یک هدایت بر مبنای بی‌اعتمادی از دهه ۱۹۹۰ به بعد بوده است. این تغییر با گذار از نبود تمرکز به سمت بازسازی، رقابت و انتخاب همراه بود. دولت مرکزی برای مهار اختیارات محلی و ترویج رقابت، از ابزارهایی مانند مقررات‌گذاری سخت‌گیرانه بازار، حسابرسی دقیق و قوانین تدارکات عمومی استفاده کرده است، زیرا اداره‌های محلی اغلب به‌عنوان مانعی در برابر اهداف رقابتی و برابری خدمات دیده می‌شدند. البته، افزایش کنترل و هدایت جزئی دولت مرکزی از دهه ۱۹۹۰، به جای افزایش کارایی، به بوروکراسی و تحریف انگیزه‌های محلی منجر شد. این وضعیت باعث شد که دولت در سال ۲۰۱۶ به سمت بازگشت به اعتماد و هدایت استراتژیک حرکت کند. دلیل اصلی این تغییر، انحراف منابع محلی به دلیل پیچیدگی مقررات و تمرکز بیش از حد بر فرایندهای قابل اندازه‌گیری به‌جای نتایج واقعی بود [۲۵].

## ۲-۵. نقش جامعه مدنی در کنترل آسیب‌های اجتماعی

این بخش با بررسی جایگاه نهادهای مدنی حمایت از حقوق کودکان، نقش جامعه در کاهش آسیب‌های اجتماعی را برجسته می‌کند. گفتنی است که در سوئد، به دلیل گستردگی بخش عمومی و دامنه وسیع خدمات دولتی، سازمان‌های مردم‌نهاد به‌طور سنتی در حوزه ارائه خدمات اجتماعی نقش کمتری داشته‌اند. در عوض، فعالیت عمده آنها متمرکز بر ایفای نقش به‌عنوان صدای شهروندان و ناظر عملکرد دولت مرکزی و محلی در قبال تعهدات اجتماعی بوده است. با این حال، از دهه ۱۹۹۰ میلادی به این سو، و در پی وقوع برخی مسائل، زمینه برای ایفای نقش فعال‌تر نهادهای مدنی فراهم شد. از منظر تحلیلی، فعالیت نهادهای مدنی در حوزه حقوق کودکان معمولاً در قالب دو کارکرد اصلی مفهوم‌سازی

1. Joint and Coordinated Individual Plan [Samordnad Individuell Plan (SIP), in Swedish]

2. Health and Social Care Inspectorate (IOV)

می‌شود: ارائه «خدمت» و ابراز «صدا». مفهوم خدمت به ارائه خدمات ملموس اشاره دارد؛ در حالی که صدا به فرایند تولید و انتشار گفتمان در جهت تأمین منافع گروهی اطلاق می‌شود [۲۶-۲۸].

در سوئد، سازمان‌های مردم‌نهاد در سطح ملی و بین‌المللی در حوزه حمایت از حقوق کودکان فعال‌اند. تعدادی از این سازمان‌ها ماهیت چندملیتی دارند و تمرکز اصلی فعالیت‌های امدادی و حمایتی خود را بر مناطق بحران‌زده و درگیر جنگ معطوف می‌سازند. برخی از این نهادها در واقع شاخه‌های ملی سازمان‌های چندملیتی‌اند که بخشی از عملیات خود را داخل کشور انجام می‌دهند. برای نمونه، یونیسف سوئد به دلیل وابستگی ساختاری به سازمان ملل متحد، جایگاه ویژه‌ای دارد و به‌طور مؤثر، سطح سیاستگذاری جهانی را با اقدامات و الزامات سطح داخلی پیوند می‌دهد. این سازمان مسئولیت هماهنگی گزارش‌دهی جامعه مدنی سوئد به کمیته حقوق کودک سازمان ملل متحد را برعهده دارد. همچنین، در سطح داخلی، این سازمان به‌طور فعال از موضوعاتی حمایت و لابی‌گری می‌کند که بر رفاه همه‌جانبه کودک<sup>۱</sup> تأثیرگذارند [۲۶-۲۸].

دسته دیگری از سازمان‌ها فعالیت‌های خود را منحصراً در سطح داخلی متمرکز ساخته‌اند و تمرکز اصلی‌شان بر یک موضوع واحد مانند فقر کودکان یا پدیده قلدری است. این سازمان‌های تک‌موضوعی معمولاً با نهادهایی تعامل دارند که بیشترین ارتباط عملیاتی یا حوزه‌ای را با موضوع فعالیت آنها دارند. گفتنی است که هیچ‌یک از سازمان‌های مستقر در این دسته، رفاه همه‌جانبه کودک را به‌عنوان تمرکز اصلی و جامع خود قرار نداده‌اند [۲۹].

سومین دسته، سازمان‌ها با دامنه فعالیت گسترده و درون‌کشوری‌اند که در مقایسه با نهادهای تک‌موضوعی، مشارکت عمومی وسیع‌تری در طیف گسترده‌ای از مسائل حقوق کودک دارند. مأموریت محوری این سازمان‌ها تأکید بر ضرورت بهبود و ارتقای مستمر حقوق کودکان و انتقال این پیام به نهادهای دولتی در سطوح مختلف، از جمله شهرداری‌هاست. آنها کودکان آسیب‌پذیر را به‌عنوان گروه هدف اصلی تعریف می‌کنند و نیروی انسانی خود را از ترکیبی از داوطلبان متعهد و متخصصان حرفه‌ای تشکیل می‌دهند. از منظر راهبردی، این نهادها فعالیت‌های آگاه‌سازی و تأثیرگذاری بر افکار عمومی (کارکرد صدا) را به‌صورت صریح یا ضمنی در راستای مسائل رفاه کودکان سازمان‌دهی می‌کنند و برای انتشار پیام خود از پلتفرم‌های ارتباطی متنوع استفاده می‌نمایند. برای نمونه، آنها به‌طور فعال در فرایند قانونگذاری مشارکت می‌کنند و نظرهای خود را درباره پیشنهادهای قانونی ارائه می‌دهند، یا به‌عنوان مشاوران متخصص در هیئت‌های دولتی حضور می‌یابند. محور اصلی پیام‌رسانی این سازمان‌ها را می‌توان در دو بخش تعریف کرد: نقد عملکرد مقامات و تلاش برای تضمین رفاه کودکان. انتقادات آنها عمدتاً معطوف به کاستی‌های نهادهای عمومی است؛ مواردی چون عدم رعایت کامل موازین کنوانسیون حقوق کودک و اصول بنیادینی مانند تقدم مصالح عالی‌ه کودک و حق مشارکت کودکان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با خودشان [۲۹].

علاوه بر این، تمام سازمان‌های دسته سوم، خدماتی تخصصی را به هر دو گروه کودکان آسیب‌پذیر و متخصصان فعال در حوزه کودک ارائه می‌دهند. ماهیت این خدمات ارتباطی مستقیم با انتقادات و مطالبات اصلاحی دارد که در بخش بیان صدا مطرح شد. از این‌رو، می‌توان این خدمات را به‌عنوان مکمل خدمات همه‌جانبه رفاه کودک تفسیر نمود. این خدمات قابل ارائه در چهار دسته اصلی زیر قابل تقسیم‌بندی‌اند: حمایت روانی - اجتماعی از کودکان، آموزش و



توانمندسازی کارکنان به‌ویژه در بخش رفاه عمومی، حمایت فردی در ارتباط با رفاه همه‌جانبه کودک<sup>۱</sup> و حمایت‌های حقوقی<sup>۲</sup> [۲۹-۳۰].

امروزه، شمار قابل توجهی از سازمان‌های مردم‌نهاد، عرصه فعالیت خود را از ارائه خدمات مستقیم به کودکان، به دفاع نظام‌مند از حقوق بنیادین آنان گسترش داده‌اند. این سازمان‌ها بر این باورند که مسئله محوری، فقدان یا نقض حقوق است که خود سبب بروز مشکلات اجتماعی ثانویه است. هنگامی که گفتمان حقوق کودک در سطح دولت‌های محلی طرح می‌شود، استدلال بر این است که مشکلات پیش‌روی کودکان آسیب‌پذیر، ریشه در عدم پایبندی نهادهای مسئول به تعهدات مندرج در کنوانسیون حقوق کودک سازمان ملل متحد دارد. از این منظر، نهادهای مسئول نه تنها به‌عنوان عامل زمینه‌ساز در ایجاد مشکلات شناخته می‌شوند، بلکه نقشی محوری نیز به‌عنوان مسئول اصلی در تحقق حقوق کودکان یا تداوم محرومیت از آنها ایفا می‌کنند [۲۶، ۲۹-۲۰]. البته برخی از فعالیت‌های سازمان‌ها مردم‌نهاد نیز مورد انتقاد بوده است. برای مثال گفتمان حقوق کودک که توسط سازمان‌های حقوق کودک سوئد ترویج می‌شود، اگرچه در ظاهر مترقی و مثبت به نظر می‌رسد، از طریق فرایند حقوقی‌سازی<sup>۳</sup> و با قراردادن رفاه همه‌جانبه کودکان در نقش مسئول نهایی و خود این سازمان‌ها در نقش متخصصان حقوق کودک، در عمل می‌تواند به ساده‌انگاری مسائل پیچیده اجتماعی، تضعیف مشروعیت نهادهای عمومی رفاه کودک و قطبی‌سازی رابطه بین کودکان و این نهادها بینجامد [۲۹-۳۰].

## ۶-۲. نظارت بر اجرای قوانین

در قانون خدمات اجتماعی (۲۰۰۱) و قانون سلامت و مراقبت‌های بهداشتی (۲۰۱۷) چپستی نظارت، نهادهای متولی و فرایندهای آن تعریف و تعیین شده است. بر این اساس، در نظام خدمات اجتماعی سوئد، «نظارت» به‌عنوان فرایندی مستقل و مستمر تعریف شده است. این فرایند با دو هدف اصلی ارزیابی انطباق موضوع تحت نظارت با الزامات قانونی، دستورالعمل‌ها و سایر شرایط مشخص شده است و اتخاذ تصمیمات اصلاحی در صورت شناسایی کاستی‌ها انجام می‌گیرد [۳۱]. در این چارچوب، چند هدف اصلی برای نظارت مشخص شده است:

- حفظ حداقل استانداردها به‌عنوان ضمانت اجرایی؛
  - تضمین کیفیت خدمات اجتماعی از طریق شناسایی کاستی‌ها و مطالبه بهبودها؛
  - افزایش اعتماد مددجویان و شهروندان به عملکرد نهادهای تحت بازرسی و نظام حاکم [۳۱].
- همچنین، نظارت به‌عنوان تضمین اجرایی در اختیار جامعه عمل می‌کند تا اطمینان یابد تصمیمات اتخاذ شده در قالب قوانین فراگیر، به‌صورت یکسان و عادلانه در سراسر کشور به اجرا درمی‌آیند [۳۲].

در سال ۲۰۱۳، مسئولیت نظارت بر خدمات اجتماعی به اداره تازه‌تأسیس «بازرسی سلامت و مراقبت اجتماعی» محول گردید. تأسیس این اداره براساس ادغام دو اداره پیشین، یعنی اداره «بازرسی مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی» و اداره

۱. این حمایت شامل این موارد است: کمک مستقیم به کودک در خصوص مسائل مربوط به رفاه وی، همراهی فیزیکی و روانی کودک در جلسات رسمی با نهادهای عمومی، و اطلاع‌رسانی دقیق به کودک درمورد حقوق قانونی او در هنگام برقراری ارتباط با نظام‌های رفاهی و اداری.  
۲. نمونه بارز این حمایت‌ها شامل ارائه مشاوره حقوقی تخصصی به کودکان و خانواده‌های آنها برای پیگیری پرونده‌های حقوقی مربوط به رفاه کودک در مراجع قضایی است.

«رفاه و خدمات اجتماعی» در بخش نظارت بود. این تغییرات سازمانی به رویکرد یکپارچه و منسجم، مسئولیت متمرکزتر و تخصص‌گرایی بیشتر منجر شده است [۳۳]. این اداره دولتی که زیر نظر وزارت بهداشت و امور اجتماعی فعالیت می‌کند، مسئولیت نظارت بر مراقبت‌های بهداشتی، خدمات اجتماعی و فعالیت‌های تحت پوشش قانون «پشتیبانی و خدمات برای افراد با اختلالات عملکرد خاص» را برعهده دارد. براساس قانون خدمات اجتماعی (۲۰۰۱)، دامنه این نظارت، تمام خدمات اجتماعی ارائه شده توسط شهرداری‌ها و همچنین فعالیت‌های بخش غیرانتفاعی را که نیازمند اخذ پروانه‌اند یا خدمات را به نمایندگی از شهرداری انجام می‌دهند، دربرمی‌گیرد. به‌منظور انجام این وظیفه، بازرسی از اختیارات گسترده‌ای برخوردار است که عبارت‌اند از: دسترسی به تمام اماکن و اسناد مرتبط با فعالیت تحت نظارت، دریافت اطلاعات و الزام به همکاری از سوی مسئولان فعالیت، صدور اخطار، اعمال جریمه مالی، لغو پروانه و نیز ارائه مشاوره و راهنمایی [۳].

این اداره دارای پنج بخش اصلی شامل اداره نظارت بر خدمات بهداشتی، اداره نظارت بر خدمات اجتماعی، اداره مجوزها و پروانه‌ها، اداره شکایات و پرونده‌های فردی و اداره پشتیبانی و منابع داخلی است. ساختار سازمانی این اداره متشکل از دو بخش اصلی «صدور مجوز» و «تحلیل» است و فعالیت‌های آن از طریق سه دفتر فراگیر در استکهلم و ۶ دفتر نظارتی در سراسر کشور انجام می‌پذیرد [۳۳]. هر دفتر منطقه‌ای یک مدیر منطقه‌ای دارد که زیر نظر مدیریت عالی فعالیت می‌کند. ساختار داخلی این دفاتر معمولاً شامل تیم‌های تخصصی برای نظارت بر سلامت، نظارت بر خدمات اجتماعی و واحد محلی رسیدگی به شکایات است.

نظارت بر خدمات اجتماعی دو حوزه اصلی را پوشش می‌دهد: خدمات اجتماعی شخصی<sup>۱</sup> و اداره‌های خدمات اجتماعی. در حوزه اول، بازرسی‌ها یا توسط مرجع نظارتی آغاز می‌شود یا در پاسخ به شکایات استفاده‌کنندگان از خدمات یا سایرین انجام می‌گیرد که موضوعاتی مانند برخورد کارکنان، رسیدگی به پرونده‌ها و کیفیت مداخلات را بررسی می‌کند. این بازرسی‌ها به‌ویژه در مؤسسات مربوط به کودکان و نوجوانان، با تعدد و سخت‌گیری بیشتری از سوی دولت انجام می‌شود. در مقابل، نظارت بر اداره‌های خدمات اجتماعی عمدتاً به شکل «بازرسی میز کاری» و بدون بازدید میدانی است که در آن با بررسی اسناد و پرونده‌ها گزارشی تهیه می‌شود. این گزارش به توصیف خدمات، روش بازرسی و ارزیابی می‌پردازد و در صورت یافتن کم‌وکاستی، آن را براساس قوانین مربوطه فهرست می‌کند. درنهایت، بازرسی یا به‌عنوان تکمیل شده اعلام می‌شود یا نواقص را شناسایی می‌کند و بیان می‌دارد که آنها باید رفع شوند [۳۳]. در مجموع وظایف اداره بازرسی مراقبت و خدمات اجتماعی سوئد شامل این موارد است:

### الف) نظارت و بازرسی

- نظارت مداوم بر نحوه عملکرد مؤسسات خدمات اجتماعی و مراکز درمانی و اجتماعی؛ اعم از دولتی یا خصوصی؛
- انجام بازرسی‌های دوره‌ای یا سرزده برای ارزیابی کیفیت خدمات، رعایت اصول ایمنی و حقوق افراد. هدف این بازرسی‌ها اطمینان از انطباق شرایط فیزیکی مراکز، تناسب تعداد کارکنان با حجم وظایف، و صحت روش‌های مداخله‌ای



اتخاذ شده است. این امر تضمین می‌کند که سلامت مددجویان به مخاطره نیفتد و خدمات منطبق بر استانداردهای مصوب ارائه گردند تا کیفیت آنها حاصل شود.

- بررسی و مداخله در مواردی که احتمال خطر برای سلامت یا ایمنی افراد وجود دارد.

#### **ب) رسیدگی به شکایات**

- دریافت شکایات از شهروندان، خانواده‌ها، بیماران یا کارکنان حوزه خدمات اجتماعی و سلامت؛

- تحقیق درباره هرگونه نقض قوانین یا استانداردهای حرفه‌ای؛

- اتخاذ تصمیم‌های الزام‌آور یا ارائه توصیه‌های اصلاحی برای اداره مورد شکایت.

#### **ج) گفت‌وگو با کودکان بدون نیاز به رضایت والدین**

این ابزار به بازرسان این اختیار را می‌دهد تا طی فرایند نظارت، به‌صورت خصوصی و بدون نیاز به حضور یا کسب رضایت والدین یا قیم قانونی، با کودکانی که تحت تأثیر فعالیت بازرسی شده‌اند، گفت‌وگو کنند. البته این اقدام فقط در مواردی مجاز است که هیچ‌گونه خطری متوجه کودک نباشد.

#### **د) صدور و لغو مجوزها، برای مثال صدور مجوز فعالیت برای**

- مراکز خدمات اجتماعی (مانند مراکز نگهداری کودکان و خانه‌های سالمندان).

- ارائه‌دهندگان خدمات خصوصی در حوزه سلامت و بهداشت.

- لغو مجوز در صورتی که تخلف یا غفلت جدی در ارائه خدمات رخ دهد.

#### **ه) پایش و ارزیابی خطر**

در این مورد فعالیت‌ها براساس ارزیابی خطر (شانس وقوع مشکل و شدت تأثیر آن) رتبه‌بندی می‌شوند تا بازرسی‌ها بر پرخطرترین موارد متمرکز شوند. عمده فعالیت‌هایی که در این حوزه انجام می‌شوند عبارت‌اند از:

- شناسایی الگوهای خطر در نظام سلامت و خدمات اجتماعی از طریق داده‌ها و گزارش‌ها.

- همکاری با سایر سازمان‌ها برای بهبود استانداردها. این اداره همچنین در سطح محلی با شهرداری‌ها تعامل دارد تا از انطباق اجرای خدمات با قوانین ملی اطمینان حاصل کند.

- انتشار گزارش‌های سراسری درباره وضعیت کیفیت، ایمنی و حقوق دریافت‌کنندگان خدمات.

## و) نظارت نظام‌مند

این نوع نظارت به‌جای تحلیل موردی خطاها، به بررسی نظام‌مند مدیریت کیفیت، رهبری و کنترل داخلی مراکز می‌پردازد. هدف، اطمینان از این است که خودِ مراکز، نظام‌های مناسبی برای تضمین کیفیت و رعایت مقررات به‌طور مستمر دارند.

## ز) تأثیرگذاری بر سیاستگذاری

شامل جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل روندها و ارائه گزارش‌ها به دولت برای بهبود قوانین و مقررات است. همچنین در صورتی که فرایندها از جمله ارائه خدمات مطابق با قوانین و سایر شرایط پیش‌بینی شده نباشد، اداره بازرسی می‌تواند اقداماتی همچون دستور اصلاحی با قابلیت اعمال جریمه، تعلیق، لغو مجوز یا ممنوعیت فعالیت<sup>۱</sup> و معرفی افراد خاطی به مراکز قضایی انجام دهد [۳۴، ۳].

همچنین در مواردی که شهرداری‌ها خدمات را به بخش خصوصی برون‌سپاری می‌کنند، بر عملکرد مراکز ارائه‌دهنده نظارت دارند. در یک تحلیل جامع از سازوکارهای پاسخ‌گویی به‌کاررفته در مراکز خدمات اجتماعی، شهرداری‌ها گزارش دادند که نظارت آنها عمدتاً شامل بازرسی‌ها و بازدیدهای دوره‌ای از پیش‌اعلام شده و با فراوانی کمتر بازدیدهای سرزده است. علاوه بر این، شهرداری‌ها گزارش‌های منظم عملکرد را مطالبه، و به‌طور مستمر شکایات ساکنان، بستگان آنها و گزارش‌های مربوط به حوادث را پیگیری می‌کنند. شهرداری‌ها همچنین تلاش می‌کنند تا از طریق حفظ ارتباطات غیررسمی منظم، فضایی مبتنی بر اعتماد و روابط کاری سازنده را ایجاد نمایند. در این میان، رسانه‌ها نیز با دسترسی به گزارش‌های حوادث، نقش مهمی در فرایند پاسخ‌گویی ایفا می‌کنند. در مقابل، اعمال تحریم‌های رسمی نظیر جریمه یا فسخ قرارداد، به‌ندرت مشاهده شده است [۳۵].

**سایر روش‌های نظارت و هدایت:** علاوه بر ابزارهای الزام‌آور قانونی، نظام حکمرانی خدمات اجتماعی از طیف وسیعی از «قوانین نرم» و روش‌های نوین برای **نظارت و هدایت** ارائه‌دهندگان خدمات در سطح محلی بهره می‌برد. این روش‌ها شامل ابزارهایی مانند توافق‌نامه‌ها، انتصاب هماهنگ‌کنندگان ملی، اعطای یارانه‌ها، مدیریت دانش و انتشار دستورالعمل‌های ملی است. علاوه بر این، دولت کنترل خود را از طریق نظارت و ارزیابی مستمر عملکرد این نهادها، به‌ویژه با استفاده از داده‌های آماری، اعمال می‌کند. در سال‌های اخیر، الگوی هدایت دولت مرکزی به‌سوی توافق‌نامه‌های مشترک بر مبنای اجماع با تعیین اولویت‌های مشخص گرایش یافته است. انجمن مقامات محلی و مناطق سوئد<sup>۲</sup> نقش کلیدی در این رویکرد دارد و با دولت توافق‌نامه‌های رسمی متعددی، از جمله برای بازتخصیص منابع به مراقبت‌های اولیه، پشتیبانی از ثبت‌های ملی کیفیت، استانداردسازی رویه‌ها در نظام درمان، و تقویت خدمات سلامت روان منعقد کرده است [۲۲].

در تضاد با روند غیرمتمرکزسازی دهه ۱۹۹۰، استفاده از یارانه‌های دولتی<sup>۳</sup> اختصاصی به‌عنوان ابزاری برای هدایت سیاستگذاری به‌ویژه در حوزه مواد مخدر، الکل، تنباکو و قمار احیا شده است. آژانس‌های دولتی مختلف مانند هیئت

۱. این اقدام زمانی اعمال می‌شود که یکی از این دو شرط محقق شده باشد: نخست، یک کاستی جدی شناسایی شده و دستور اصلاحی مربوطه رعایت نشده باشد، یا کاستی موجود، جان، سلامت یا امنیت افراد را به‌طور جدی تهدید کند. در مورد شرط دوم، تعلیق یا لغو مجوز می‌تواند حتی بدون اخطار قبلی صورت پذیرد.

2. Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR)

3. State Subsidies



ملی بهداشت و رفاه، ده‌ها یارانه را برای شهرداری‌ها، شوراهای شهرستانی و سازمان‌های غیردولتی در زمینه‌های متنوعی از پیشگیری از سوءمصرف مواد، مراقبت از کودکان گرفته تا مقابله با بی‌خانمانی ارائه می‌دهند. دولت در پاسخ به خودمختاری گسترده محلی و سیاست‌های بازارمحور، به «هدایت‌گری مبتنی بر دانش»<sup>۱</sup> به‌عنوان ابزار حکمرانی غیرمستقیم و غیرالزام‌آور روی آورده است [۳۶]. با توجه به آمار و ارقام و ثبت‌هایی که در اداره امور محلی از طریق نظارت و ارزیابی استفاده می‌شود، این منابع اطلاعاتی معمولاً به کار می‌روند:

**آمار رسمی:** دولت سوئد از آمارهای رسمی و پایگاه‌های داده مقایسه‌ای به‌عنوان ابزاری کلیدی برای نظارت و هدایت غیرمستقیم اداره‌های محلی استفاده می‌کند. نهادهای این حوزه با رصد دقیق عملکرد مالی و خدماتی شهرداری‌ها و مناطق، امکان مقایسه، تحلیل و مدیریت داخلی را فراهم می‌سازد. هدف نهایی این نظام، ایجاد شفافیت و ارائه ابزاری دانش‌بنیان برای هدایت منابع و ارزیابی تحقق اهداف است.

**ثبت کیفی ملی:** نظام مذکور، چارچوب نظارتی مبتنی بر داده‌های فردی است که با هدف پایش کیفیت درمان و پیامدهای آن در حوزه سلامت طراحی شده است. در بخش اعتیاد، این سامانه با گردآوری داده‌های مربوط به درمان اختلالات ناشی از مصرف الکل، مواد مخدر و داروها در سراسر نظام مراقبت‌های بهداشتی، به ابزاری حیاتی برای نظارت و ارزیابی اثربخشی مداخلات تبدیل شده است.

**مقایسه‌های باز:** نظام شفافیت‌ساز قدرتمند برای هدایت غیرمستقیم خدمات محلی است. این نظام با جمع‌آوری داده‌ها از طریق نظرسنجی و انتشار عمومی نتایج در قالب گزارش‌های تصویری کیفیت و کارایی اداره‌ها را در معرض مقایسه قرار می‌دهد. هدف اصلی این است که با ایجاد رقابت و فشار همتاسنجی، مدیران محلی به‌صورت داوطلبانه به‌سمت بهبود عملکرد و توسعه کار خود سوق داده شوند [۲۲].

سازمان انجمن شهرداری‌ها و مناطق سوئد نیز به‌عنوان سازمان غیردولتی و نهاد نمایندگی قدرتمند و ائتلافی از تمام اداره‌های محلی و منطقه‌ای، نقش دوگانه‌ای به‌عنوان «سازمان کارفرمایی» و «ذی‌نفع سیاستگذار» در عرصه ارائه خدمات اجتماعی از جمله درمان اعتیاد ایفا می‌کند. این سازمان با انجام گفت‌وگوهای مستمر و انعقاد توافق‌نامه‌های رسمی با دولت مرکزی، به‌طور فعال در تدوین و اجرای سیاست‌های کلان خدمات اجتماعی تأثیرگذار است. از جمله اقدامات زیربنایی این سازمان، پشتیبانی و توسعه سیستم‌های پایش ملی مانند «مقایسه‌های باز» و «کولادا»<sup>۲</sup> است که امکان نظارت داخلی، ارزیابی عملکرد و شفافیت را برای اعضای آن فراهم می‌سازد [۲۲].

در مجموع، ابزارهای حاکمیتی و مردمی که برشمرده شدند، در کنار هم، چرخه نظارتی کاملی ایجاد می‌کنند؛ از جمع‌آوری اطلاعات و بازرسی گرفته، تا صدور دستورهای اصلاحی، و در نهایت اعمال جریمه‌ها و لغو مجوز در صورت عدم همکاری. این نظام، نظارت را از حالت انفعالی و گزارشی به فرایندی فعال، مداخله‌گر و مؤثر تبدیل می‌کند. در نهایت، اقدامات نهادهای نظارتی از لحاظ عدم ارزیابی و نظارت اثربخشی خدمات اجتماعی بر مددجویان در بلندمدت ناکارآمد بوده و نظارت‌های ملایم

1. Knowledge-Based Steering

2. National Quality Registers

3. Open Comparisons

۳. Kolada: یک ابزار مدیریتی و نظارتی است که هدف آن شفافیت و امکان مقایسه عملکرد بخش‌های عمومی مختلف در سراسر سوئد را فراهم می‌کند. این ابزار به سیاست‌گذاران، مدیران، روزنامه‌نگاران و عموم مردم این امکان را می‌دهد که ببینند یک شهرداری یا منطقه در حوزه‌های مختلف (مانند آموزش، مراقبت از سالمندان، درمان اعتیاد و غیره) در مقایسه با سایرین چه عملکردی دارد.

در جلوگیری از بدرفتاری و رسوایی‌ها مورد انتقاد بوده است. همچنین نشان داده شده است که نظارت بر ارائه خدمات اجتماعی، با شناسایی کاستی‌ها، به‌طور غیرمستقیم موجب ارتقای بهبود آنها می‌شود [۳۳].

## ۲-۷. سازوکارهای هماهنگی و همکاری

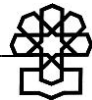
در بخش‌های پیشین، برخی از سازوکارهای هماهنگی و هم‌افزایی در نظام کنترل آسیب‌های اجتماعی سوئد بررسی شد. اهم این سازوکارها عبارت بودند از: الگوی حکمرانی چندسطحی با تفکیک شفاف وظایف در سطوح مختلف؛ حضور نهادهای فرابخش در سطح ملی به‌منظور هماهنگی بین‌وزارتخانه‌ای؛ نقش وزارت بهداشت و امور اجتماعی در سیاستگذاری، بودجه‌ریزی و نظارت در حوزه‌های مرتبط؛ استفاده از ابزارهای هدایت‌گری نرم و دانش‌بنیان در حوزه نظارت و هدایت‌گری، نقش ساختارهای همکاری و پشتیبانی منطقه‌ای با هدف تقویت همکاری بین‌سطحی و بهره‌گیری از ظرفیت‌های بخش‌های انتفاعی با تأکید بر برون‌سپاری خدمات اجتماعی تنظیم شده. افزون بر موارد مذکور، عمده سازوکارهای دیگر به‌منظور افزایش هماهنگی این نظام عبارت‌اند از:

**سازوکارهای هماهنگی عمودی بین دولت ملی و منطقه‌ای و محلی:** هدف اصلی این سازوکار، ایجاد انسجام و هم‌راستایی بین سطوح مختلف حکمرانی است تا سیاست‌های اجتماعی به‌شکل مؤثری یکپارچه و اجرا شوند. این هماهنگی عمدتاً از طریق ابزارهای سازمانی دنبال می‌شود. یکی از رایج‌ترین روش‌ها، برپایی جلسات یا کنفرانس‌های منظم بین‌دولتی است که در آن نمایندگان دولت مرکزی و دولت‌های منطقه‌ای و محلی مانند مناطق یا شهرداری‌ها گرد هم می‌آیند. سوئد با هدف هماهنگی سیاستگذاری و اجرا، جلسات منظمی بین دولت مرکزی و مقامات محلی عمدتاً از طریق انجمن‌های نمایندگی دولت‌های محلی برگزار می‌کنند. به‌عنوان نمونه، شهرداری‌ها که مسئول ارائه خدمات رفاهی‌اند، به‌صورت فعال به همکاری با یکدیگر تشویق می‌شوند یا در این کشور، شهرداری‌ها و سایر نهادها در سطح منطقه‌ای و محلی در فرایند تغییرات قانون مشارکت داده می‌شوند [۳۷].

ابزار مؤثر دیگر، استفاده از قراردادهای رسمی و چارچوب‌های برنامه‌ریزی مشترک بین سطوح دولت است. در این مدل، به‌جای دستورهای متمرکز، توافق‌نامه‌های دوجانبه یا چندجانبه منعقد می‌شود که وظایف، اهداف و منابع مالی هر طرف را به‌طور شفاف مشخص می‌کند. این رویکرد نه‌فقط شفافیت مالی و پاسخ‌گویی را افزایش می‌دهد، بلکه باعث تعهد بیشتر دولت‌های محلی به اهداف ملی می‌شود. در کنار اینها، اصل جانشین‌گذاری<sup>۱</sup> به‌عنوان فلسفه راهنما عمل می‌کند که براساس آن، تصمیم‌گیری و ارائه خدمات باید به پایین‌ترین سطحی از حکمرانی واگذار شود که می‌تواند آن را به شکل مؤثری انجام دهد. این اصل در سوئد به‌دلیل واگذاری اجرای خدمات به شهرداری‌ها به‌خوبی تجلی یافته است. از سازوکار تعدیل<sup>۲</sup> نیز برای پاسخ‌گویی به نیازهای منطقه‌ای و محلی و ظرفیت‌های مالی متفاوت استفاده می‌شود. براساس این سازوکار، به شهرداری‌های دورافتاده، شهرداری‌هایی که درآمدهای آنها نسبت به سرانه جمعیتی‌شان کمتر است یا نیازهای ویژه‌ای دارند کمک می‌شود. در مجموع، موفقیت هماهنگی عمودی به وجود چارچوب‌های قانونی شفاف، نهادهای با اختیار کافی، جلسات منظم و امکان تأمین مالی مشترک بستگی دارد [۳۸].

1. Principle of Subsidiarity

۲. Equalisation Mechanisms: سیستم‌های مالی طراحی شده برای کاهش نابرابری‌های اقتصادی بین مناطق مختلف یک کشور با تعدیل درآمدها یا هزینه‌های دولت‌های محلی.



سازوکار هماهنگی افقی (بین وزارتهای، نهادهای و مناطق هم سطح): این سازوکار با هدف رفع چالش‌هایی چون موازی‌کاری، پراکندگی خدمات و فقدان انسجام در ارائه خدمات به گروه‌های هدف مشترک طراحی شده است. هدف نهایی، ایجاد هم‌افزایی میان بخش‌های مختلف (نظیر بهداشت، رفاه و اشتغال) و همچنین میان مناطق جغرافیایی هم‌جوار است تا از منابع موجود به شکل بهینه‌تری استفاده شود و نتایج ملموس‌تری حاصل آید [۳۷-۳۸].

یکی از راهبردهای مؤثر در این حوزه، یکپارچه‌سازی فیزیکی و سازمانی خدمات در یک محل واحد است. یکپارچه‌سازی خدمات اجتماعی برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر این پتانسیل را دارد که چندین مشکل اساسی این گروه‌ها را به‌طور هم‌زمان مورد توجه قرار دهد و هزینه‌های حمایت و مراقبت را کاهش دهد؛ زیرا از تعداد مراجعات مکرر، تکرار خدمات و مداخلات پرهزینه جلوگیری می‌کند. در سوئد، شهرداری‌ها، که مسئول تأمین اکثر خدمات رفاهی خانواده‌اند، توانسته‌اند هماهنگی بین‌بخشی خدمات را در سطح زیرمجموعه خود به‌خوبی محقق کنند. نمونه بارز این رویکرد، ایجاد مراکز جامع خدمات است که چندین خدمت مرتبط را به‌صورت هم‌زمان ارائه می‌دهند. برای مثال، مراکز خانواده همگانی<sup>۱</sup> به‌عنوان الگوی پیشگام در این زمینه، پذیرای تمام خانواده‌هاست و خدماتی چون سلامت، مشاوره اجتماعی، آموزش والدین و فعالیت‌های آموزشی برای کودکان و والدین آنها را در این مراکز فراهم آورده‌اند [۳۷].

اشکال دیگر هماهنگی افقی، همکاری‌های بین‌منطقه‌ای است. این نوع همکاری زمانی ضرورت می‌یابد که مقیاس چالش‌هایی مانند توسعه زیرساخت‌های کلان یا ارائه خدمات تخصصی، فراتر از ظرفیت یک شهر یا منطقه باشد. در چنین شرایطی، شهرها یا مناطق می‌توانند از طریق ایجاد نهادهای مشترک، انعقاد توافق‌نامه‌های همکاری یا تدوین راهبردهای سرمایه‌گذاری مشترک، منابع خود را تجمیع کنند و کارایی را افزایش دهند. در سوئد مناطق با همکاری همدیگر زیرساخت‌های بهداشتی را توسعه داده‌اند. در سطح عملیاتی، تشکیل تیم‌های کاری از رشته‌ها و تخصص‌های مختلف یکی از ابزارهای کلیدی است. در این مدل، کارشناسان حوزه‌های مختلف نظیر مددکاری اجتماعی، روان‌شناسی، اشتغال و پرستاری حول محور پرونده یک فرد یا خانواده گرد هم می‌آیند و برنامه مداخله یکپارچه‌ای را طراحی و اجرا می‌کنند. به‌طور مثال در سوئد، مراکز خدمات اجتماعی فعال در حوزه‌هایی مانند درمان اعتیاد، حمایت از خانواده و همچنین پناهگاه‌های حمایت از زنان در معرض خشونت، از طریق تشکیل تیم‌های تخصصی بین‌رشته‌ای تلاش کرده‌اند به این هدف دست یابند [۳۷]. با این حال، تجارب اجرایی نشان می‌دهد که صرف وجود ساختارهای رسمی برای تضمین موفقیت کافی نیست. عوامل انسانی و سازمانی مانند عدم درک متقابل حرفه‌ای، تفاوت در گفتمان تخصصی، فرهنگ‌های کاری ناهمگون و نبود رهبری مشخص می‌توانند به شکست این همکاری‌ها بینجامد. بنابراین، موفقیت هماهنگی افقی مستلزم تعریف واضح نقش‌ها و مسئولیت‌ها، سرمایه‌گذاری بر آموزش تیمی و فراحرفه‌ای، تعیین رهبری پاسخ‌گو و همچنین پشتیبانی فنی و انگیزشی از طریق نظام‌های اطلاعاتی یکپارچه و مشوق‌های مالی هدفمند است [۳۹].<sup>۲</sup>

1. Universal Family Center

۲. دیجیتال‌سازی خدمات و اطلاعات یکی دیگر از راهبردهای هماهنگی بوده است که به دلیل وجود بحث‌های مفصل و فنی در این حوزه، از مرور آن اجتناب شده است.

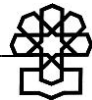
### ۳. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

موضوع این گزارش، بررسی نظام مرتبط با کنترل آسیب‌های اجتماعی در سوئد با تأکید بر هماهنگی بین اجزای مختلف بود. این نظام بر پایه قانون خدمات اجتماعی و اصول عدالت اجتماعی، پیشگیری و توانمندسازی شکل گرفته و با تلفیق سیاستگذاری مبتنی بر شواهد، شفافیت و پاسخ‌گویی، توانسته است ساختاری یکپارچه و منسجم ایجاد کند. به لحاظ سازمانی، نظام حکمرانی کنترل آسیب‌های اجتماعی براساس **تفکیک شفاف وظایف ملی، منطقه‌ای و محلی** سازمان یافته است. این نظام با تفویض اختیارات اجرا به سطوح محلی، در عین حفظ هماهنگی راهبردی در سطح ملی، کارایی اجرایی و تطابق سیاست‌ها با **نیازهای محلی** را تضمین می‌کند. به لحاظ سازمانی، دفتر نخست‌وزیری نقش هماهنگی کلان را برعهده دارد و وزارت بهداشت و امور اجتماعی، مسئول سیاستگذاری، تنظیم چارچوب‌های قانونی و تخصیص بودجه در حوزه‌های امور اجتماعی و بهداشت از جمله سیاست‌های پیشگیرانه اعتیاد و سلامت روان و خدمات اجتماعی نظیر تضمین استاندارد معقول زندگی از جمله مزایای حداقل درآمد و تأمین مسکن، حمایت از کودکان، خانواده‌ها و گروه‌های آسیب‌پذیر است. نهاد بازرسی سلامت و مراقبت اجتماعی، نظارت را از یک فرایند صرفاً انضباطی و کنترلی به فرایندی ترکیبی، یادگیرنده و مشورتی تبدیل کرده است که علاوه بر کنترل انطباق با استانداردها، راهنمایی و مشاوره برای ارتقای کیفیت خدمات ارائه می‌دهد.

در سطح منطقه‌ای، ساختارهای همکاری و پشتیبانی با هدف تقویت همکاری بین‌سطحی و ارتقای سیاستگذاری مبتنی بر دانش فعالیت دارند، درحالی‌که در سطح محلی، شهرداری‌ها مسئول اجرای سیاست‌ها و ارائه خدمات‌اند و ضمن امکان واگذاری برخی فعالیت‌ها به بخش‌های دیگر، وظایف حساس یا دارای اقتدار عمومی را خود انجام می‌دهند. بخش غیرانتفاعی نیز با ارائه خدمات، توانمندسازی سایر بخش‌ها، مشارکت در سیاستگذاری و ایفای نقش صدا برای گروه‌های آسیب‌پذیر، به‌ویژه کودکان، در این نظام مشارکت می‌کند. این رویکرد همراه با مداخله زودهنگام، همکاری بین‌بخشی و عدالت در دسترسی، به شکل‌گیری نظامی هماهنگ، انعطاف‌پذیر و پاسخ‌گو برای کنترل آسیب‌های اجتماعی منجر شده است.

با این حال، نظام کنترل آسیب‌های اجتماعی سوئد کاستی‌هایی دارد. به‌طور خاص، گرایش به خصوصی‌سازی خدمات، پیامدهای منفی به‌همراه داشته است. عمده‌ترین این پیامدها شامل تضعیف اصل بنیادین همگانی بودن خدمات، ایجاد شکاف ساختاری در دسترسی به خدمات اجتماعی که به‌طور مستقیم دسترسی گروه‌های کم‌درآمد به خدمات باکیفیت را محدود کرده و تشدید نابرابری فضایی در ارائه خدمات میان مناطق مختلف کشور است. علاوه بر این، این نظام تحت فرایند اصلاحات مدیریت عمومی نوین به کاهش استانداردهای حرفه‌ای‌گرایی در مشاغل تخصصی اجتماعی و پزشکی منجر شده و هم‌زمان، نفوذ بازیگران جدید و غیرتخصصی نظیر بوروکرات‌ها را افزایش داده است. این افزایش در لایه‌های بوروکراتیک، به‌نوبه خود، موجب افزایش هزینه‌های اجرایی و همچنین شکل‌گیری توقعات متضاد از خدمات اجتماعی شده است [۱۹، ۲۲، ۲۸، ۳۸].

تمرکززدایی خدمات از دولت‌های ملی و انتقال آن به دولت‌های محلی نیز اگرچه دستاوردهای مطلوبی مانند انطباق بهتر با نیازهای محلی و توسعه مدل‌های نوآورانه و افزایش پاسخ‌گویی در ارائه خدمات عمومی را به‌همراه داشته، با



چالش‌های قابل توجهی نیز همراه بوده است. از جمله این چالش‌ها می‌توان به نابرابری در کیفیت خدمات بین شهرداری‌های مختلف، مشکلات مرتبط با تأمین مالی پایدار، تعیین حدود اختیارات و همچنین مسئله پاسخ‌گویی مؤثر اشاره کرد [۱۵]. در این خصوص بیان شده است که در حوزه خدمات اجتماعی، همواره یک موازنه ظریف و مستمر میان مزایا و معایب تأمین مالی و مدیریت متمرکز یا غیرمتمرکز حکم‌فرماست. یک نظام متمرکز با اعمال نظارت دقیق‌تر در سطح ملی، پتانسیل ایجاد یکنواختی در دسترسی و استاندارد کیفیت خدمات را فراهم می‌آورد؛ با این حال، این یکنواختی اغلب به کاهش انعطاف‌پذیری عملیاتی در انطباق با نیازهای خاص محلی و فردی منجر می‌شود. در نقطه مقابل، اگرچه نظام غیرمتمرکز در سازگاری با این تفاوت‌های خرد و دستیابی به کارایی هزینه‌ای برتری دارد، خطر بروز تفاوت‌های آشکار در سطح دسترسی و کیفیت خدمات بین مناطق مختلف به دلیل تفاوت در اولویت‌بندی‌های سیاستی و محدودیت‌های محلی بودجه وجود دارد [۳۷].

همچنین در زمینه مصرف مواد مخدر، رویکرد جرم‌انگاری و مجازات‌انگاری مصرف، به طور فزاینده‌ای به عنوان **سیاستی پرهزینه، ناکارآمد و ذاتاً آسیب‌زا** تلقی شده است. این **رویکرد تقابلی** نه تنها نتوانسته به طور مؤثری موجب کاهش عرضه یا مصرف شود، بلکه طیف گسترده‌ای از پیامدهای منفی جانبی را به دنبال داشته است. از جمله مهم‌ترین این عواقب می‌توان به مواردی نظیر افزایش چشمگیر هزینه‌های اجرایی و هدایت نامناسب منابع انسانی و مالی از بخش‌های حیاتی خدمات اجتماعی و بهداشتی به سمت نظام عدالت کیفری؛ رشد جرائم درجه پایین مرتبط با نگهداری و مصرف شخصی؛ نقض حقوق بنیادین و حریم خصوصی افراد؛ تشدید انگ‌زنی و تبعیض اجتماعی ناشی از ثبت سوابق کیفری و ایجاد موانع جدی در مسیر زندگی افراد از طریق محدودیت در اخذ گواهینامه و دسترسی به فرصت‌های شغلی اشاره کرد. علاوه بر این، تمرکز این سیاست‌ها غالباً به ایجاد محیط‌های ناامن برای مصرف‌کنندگان و هدایت تمرکز بازداشت‌ها به سمت مناطق حاشیه‌ای و جمعیت‌های مهاجر منجر شده است [۴۱-۴۳].

#### ۴. رهنمودهای سیاستی

در انتها بر مبنای بررسی تطبیقی نظام‌های کنترل آسیب‌های اجتماعی، به‌ویژه با در نظر گرفتن تجارب کشورهای نظیر استرالیا [۴۴] و سوئد، مجموعه‌ای از راهبردهای عمومی در حوزه‌های سیاستی، آرایش سرزمینی سازمان‌ها برای اجرای سیاست‌ها، هماهنگی و هم‌افزایی و نظارت بر اجرای سیاست‌ها پیشنهاد می‌گردد. البته چگونگی عملیاتی‌سازی این پیشنهادها نیازمند اقداماتی در حوزه‌های دیگر و لذا خارج از اهداف این نوشتار است.

#### الف) در حوزه سیاست‌گذاری

- **تدوین چارچوب سیاست‌گذاری ملی با رویکرد حاکمیت چندسطحی:** استقرار ساختار سیاست‌گذاری و نظارتی منسجم در سطح ملی برای تعیین خطوط کلی، استانداردهای عملکرد و اهداف کلان کنترل آسیب‌های اجتماعی. هم‌زمان، باید اختیارات لازم برای انطباق و تدوین برنامه‌های عملیاتی متناسب با مختصات، بافت اجتماعی-فرهنگی و اولویت‌های بومی هر منطقه، به سطوح اجرایی منطقه‌ای و محلی تفویض گردد.

- **اولویت‌بخشی به نظام خدمات اجتماعی در کنترل آسیب‌های اجتماعی:** لازم است از طریق ترویج و تقویت خدمات اجتماعی، با تأکید ویژه بر ارائه خدمات جامع به خانواده‌ها و کودکان و طراحی و اجرای مداخلات زودهنگام در راستای کنترل و کاهش آسیب‌ها اجتماعی اقدام شود.

- **اتخاذ رویکرد همه‌جانبه و جامع در سیاستگذاری مواد مخدر:** این رویکرد باید بر پایه چهار ستون مبارزه با عرضه، پیشگیری، درمان و کاهش آسیب باشد. در این مسیر، تجارب سوئد، بر پرهیز از تجویز قانونی مواد مخدر، مجازات‌محور کردن مصرف مواد و استفاده گسترده از درمان‌های اجباری تأکید دارد.

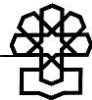
- **اولویت‌بخشی به راهبرد اول تأمین مسکن در سیاستگذاری بی‌خانمانی:** در مواجهه با پدیده بی‌خانمانی، اتخاذ این راهبرد باید به‌عنوان خط‌مشی اصلی سیاستگذاری قرار گیرد. این رویکرد بر تأمین فوری و بدون قید و شرط مسکن به‌عنوان بستر اولیه و بنیادین، پیش از هرگونه مداخله درمانی یا توانمندسازی تأکید دارد. در پی آن، خدمات حمایتی باید به‌صورت پیوسته ارائه شوند تا اهداف بلندمدت کاهش آسیب و توانمندسازی پایدار محقق گردد.

- **تقویت جامع نهاد خانواده با اتخاذ رویکرد حمایتی چندبعدی:** این حمایت‌ها شامل تأمین نیازهای اولیه مادی نظیر پرداخت حداقل هزینه زندگی، تأمین مسکن و اشتغال با اولویت خانوارهای فقیر و کم‌درآمد، حمایت از کارکرد خانواده از طریق تضمین دسترسی همگانی و مقرون‌به‌صرفه به خدمات مشاوره تخصصی خانواده و خدمات مددکاری اجتماعی و تقویت مهارت‌های والدگری از طریق توسعه کیفی کارگاه‌های آموزشی هدفمند، خدمات مشاوره‌ای و بازدیدهای خانگی است. علاوه بر این، لازم است آموزش مهارت‌های بنیادین زندگی به دانش‌آموزان در نظام آموزشی تضمین شود.

- **پیشگیری از طلاق و کاهش آسیب‌های ناشی از آن:** لازم است از طلاق از طریق مواردی نظیر اجرای دوره تأمل اجباری و بازاندیشی برای کاهش طلاق‌های مبتنی بر احساسات آنی، به‌همراه فراهم آوردن خدمات مشاوره‌ای و مددکاری اجتماعی پیشگیری کرد. همچنین لازم است از آسیب‌های طلاق در فرایند طلاق و بعد از آن برای زوجین و فرزندان آنان از طریق تنش‌زدایی از فرایند طلاق، الزام زوجین به دریافت مداخله تخصصی مددکاری اجتماعی و مشاوره از جمله میانجی‌گری با تأکید بر برجسته ساختن مسئولیت‌های مشترک والدینی در قبال فرزندان و اولویت‌بخشی به منافع عالیه کودک در تصمیم‌گیری‌های قضایی و اجتماعی مرتبط با حضانت، تعیین محل سکونت و حق ملاقات کاست. همچنین، ایجاد یک نهاد نظارتی مستقل برای نظارت مستمر و ارزیابی اثربخشی اجرای حکم حضانت و فرزندخواندگی ضروری است.

- **استقرار راهبرد ملی حفاظت از حقوق کودک و نوجوان با رویکرد سه‌گانه پیشگیری، ارتقا و مداخله:** همچنین لازم است هر نوع خشونت علیه کودکان در محیط‌های خانواده و آموزش منع شود، ایجاد محیط آموزشی امن در ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی تضمین و از آنها در برابر مخاطرات محیط دیجیتال شود.

- **حمایت از قربانیان جرم و خشونت از جمله کودکان و زنان و کار با مرتکبان خشونت به‌منظور تغییر رفتارهای خشونت‌آمیز:** یک اصل حیاتی در اجرای این وظایف، رعایت اولویت ایمنی قربانی است؛ به‌گونه‌ای که هیچ اقدامی نباید جان یا امنیت قربانی یا بستگانش را به مخاطره اندازد.



- تضمین مشارکت بخش‌های انتفاعی و غیرانتفاعی: ضمن تضمین این مشارکت لازم است فعالیت‌های بخش انتفاعی تنظیم شود. همچنین، فعالیت‌های غیرانتفاعی، شامل ارائه خدمات، مشارکت در فرایند سیاست‌گذاری، همکاری با نهادهای دولتی و نظارت بر حسن اجرای سیاست‌ها نیز باید مورد تضمین قرار گیرند.

- تضمین کیفیت خدمات اجتماعی از طریق توسعه مداوم خدمات با کیفیت، ارائه آنها توسط کارکنان آموزش‌دیده و نظارت بر نحوه ارائه آنها.

#### ب) آرایش نهادی و سازوکار اجرایی سیاست‌ها

- تعیین نهادهای متولی مشخص در سطوح مختلف کشور (ملی، استان و شهرستان) به‌همراه تفکیک دقیق و شفاف وظایف و حذف دستگاه‌های موازی: نهادهای متولی باید جزو نهادهای حوزه سیاست‌گذاری اجتماعی و بهداشت باشند. البته این پیشنهاد به‌معنای انکار ماهیت بین‌بخشی و بین‌سازمانی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی نیست؛ بلکه تأکید دارد که در نهایت، باید یک نهاد مشخص مسئولیت اصلی را در حوزه‌های سیاست‌گذاری، بودجه‌ریزی، یکپارچه‌سازی، هماهنگی، نظارت بر نحوه اجرا، جمع‌حمایت‌ها و خدمات، و ارائه و پایش آنها برعهده گیرد.

- تمرکززدایی و تقویت حکمرانی محلی: در راستای تمرکززدایی و تقویت حکمرانی محلی و همچنین با توجه به وسعت سرزمین ایران و تفاوت‌های برجسته در بین مناطق مختلف آن، حتی به‌لحاظ نوع آسیب‌های اجتماعی و میزان شیوع آنها، لازم است نهاد متولی مشخصی، مسئولیت ارائه خدمات اجتماعی را در سطح شهرستان‌ها برعهده گیرد. همچنین به این نهاد باید اختیارات لازم تفویض شود تا با انعطاف‌پذیری و توان تطبیق سیاست‌ها با شرایط و نیازهای محلی، وظایف خود را به انجام رساند.

- یکپارچه‌سازی ارائه حمایت‌ها و خدمات ذیل نهاد متولی سطح محلی.

- تضمین مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد و حلقه‌های میانی در سه سطح اجرا، سیاست‌گذاری و نظارت.

- تضمین ارائه خدمات اجتماعی با کیفیت، به‌صورت رایگان یا تحت پوشش کامل بیمه: لازم است این خدمات برای تمام اعضای جامعه تضمین گردد. اولویت در این تضمین، با اقشار کم‌درآمد و گروه‌های آسیب‌پذیر است. همچنین در صورت دریافت هزینه از متقاضیان خدمات توسط مراکز ارائه‌دهنده، این امر باید براساس معیار سنجش توانایی مالی افراد و به‌منظور حفظ دسترسی عادلانه صورت پذیرد.

- ترویج عمل مبتنی بر دانش از طریق همکاری نهادهای سیاستگذار با نهادهای دانشگاهی و پژوهشی.

#### ج) نهادینه‌سازی همکاری بین سطحی و بین‌بخشی و تنظیم‌گری بازار خدمات

- ایجاد هماهنگی بین‌وزارتخانه‌ای<sup>۱</sup> از طریق نهاد ریاست‌جمهوری، به‌ویژه معاون اول و معاونت حقوقی: این امر برای هماهنگی خدمات سلامت و حمایت‌های اجتماعی بسیار حائز اهمیت است که می‌تواند از طریق سازوکارهای مشخصی نظیر برگزاری منظم جلسات، تشکیل کارگروه‌ها یا کمیته‌های مشترک بین‌وزارتخانه‌ای، هدایت یکپارچه فرایندهای تقنین و توافق‌نامه‌ها صورت پذیرد.

- تقویت نقش نهادهای محلی در ارائه خدمات مستقیم و اجرای مداخلات اجتماعی (اصل جانشین‌پذیری).

۱. وزارتخانه‌هایی نظیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش، کشور و ... .

- ایجاد پیوند ساختارمند میان نهادهای ملی، منطقه‌ای و محلی از طریق سازوکارهایی نظیر تشکیل کارگروه‌ها یا هیئت‌های تخصصی مشترک، برگزاری جلسات منظم تبادل نظر قراردادهای رسمی و چارچوب‌های برنامه‌ریزی مشترک: هدف از این فرایند، تسهیل مشارکت نهادهای محلی در فرایند سیاستگذاری، برنامه‌ریزی مشترک و همچنین تضمین حمایت‌های مالی، فنی و پشتیبانی مؤثر نهادهای ملی از نهادهای محلی است.

- طراحی و استقرار مراکز خدمات اجتماعی جامع در سطح محلی (شهرها و روستاها) و استقرار گروه‌های حرفه‌ای بین‌رشته‌ای که تمام خدمات اصلی مرتبط با آسیب‌های اجتماعی نظیر مشاوره، غربالگری، خدمات خانواده، مددکاری، معرفی به مسکن یا اشتغال در آنجا ارائه شود.

- ایجاد سازوکارهای دقیق تنظیم‌گری و نظارت بر فرایند برون‌سپاری خدمات اجتماعی به بخش‌های انتفاعی و غیرانتفاعی: این سازوکارها باید مبتنی بر تدوین استانداردهای کیفیت خدمات و انعقاد قراردادهای شفاف و پاسخ‌گو باشد تا از تداوم ارائه خدمات باکیفیت و مطابق با اهداف اجتماعی اطمینان حاصل شود.

- اطمینان از اینکه همه مناطق، از جمله مناطق محروم، منابع کافی برای ارائه خدمات باکیفیت یکسان مطابق با استانداردهای ملی را در اختیار دارند، لازم است نهادهای ملی از طریق سازوکار تعدیل به این نیاز رسیدگی کنند.

- تدوین توافق‌نامه همکاری بین‌بخشی بین نظام خدمات اجتماعی و نظام سلامت، با محوریت ارائه خدمات یکپارچه و هماهنگ به افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد.

#### (د) در حوزه نظارت

ایجاد اداره نظارتی مستقل، متمرکز، تخصصی و کیفیت‌محور در ذیل ساختار سیاستگذار، به منظور نظارت بر ارائه خدمات اجتماعی. سازوکارهای نظارتی این نهاد به این شرح خواهد بود:

#### (الف) ابزارهای الزام‌آور قانونی و نظارتی سخت

- ایجاد سامانه ملی شکایات و نظارت مردمی با دسترسی آسان؛
- رسیدگی به شکایات و ارزیابی ادعاها؛
- انجام بازرسی‌های برنامه‌ریزی شده و سرزده از مراکز ارائه‌دهنده خدمات؛
- گفت‌وگوی مستقیم با ذی‌نفعان اصلی در محیطی امن؛
- ارزیابی جامع پرونده‌ها و داده‌های مراکز؛
- صدور دستورالعمل‌های اصلاحی الزام‌آور؛
- اعمال جریمه‌های متناسب و در نهایت، لغو مجوز فعالیت در صورت نیاز.

#### (ب) ابزارهای نظارتی نرم و روش‌های نوین ارتقای کیفیت

- استقرار نظام پایش و ارزیابی خطر به منظور رتبه‌بندی فعالیت‌ها براساس درجه خطر آنها و تمرکز بازرسی‌ها بر پرخطرترین موارد؛
- انجام نظارت نظام‌مند به منظور مدیریت کیفیت، رهبری و کنترل داخلی مراکز از جمله توسط مدیران مراکز؛
- اعطای یارانه‌های دولتی مشروط به رعایت استانداردها؛
- ارائه هدایت‌گری و مشاوره تخصصی مبتنی بر دانش روز؛
- ارزیابی عملکرد مالی و خدماتی از طریق تحلیل آمارهای رسمی؛



- راه‌اندازی سامانه ثبت کیفی ملی عملکرد مراکز؛
- انجام مقایسه‌های باز به صورت نظرسنجی و انتشار عمومی نتایج در قالب گزارش‌های تصویری درباره کیفیت و کارایی سازمان‌ها و مراکز خدمات.

همچنین باید نقش نظارتی مؤثر سازمان‌های مردم‌نهاد و رسانه‌ها تضمین شود. در نهایت، نظام نظارتی باید از طریق بازنگری سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها، اصلاح شیوه‌های ارائه خدمات، ارائه آموزش‌ها و راهنمایی‌های پیشگیرانه، به ارتقای کارآمدی نظام کنترل آسیب‌های اجتماعی و افزایش کیفیت و اثربخشی خدمات منجر گردد.

### منابع و مآخذ

- [۱] کرمانی، محسن (۱۴۰۲)، «تحلیلی بر تعارضات قانونی نهادهای تنظیم‌گر امور مربوط به مسائل و آسیب‌های اجتماعی در کشور»، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، شماره مسلسل: ۱۹۵۷۵.
- [۲] سازمان امور اجتماعی (۱۴۰۱)، اطلس آسیب‌ها و مسائل اجتماعی ایران.
- [3] [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/)
- [4] Storbjörk, J., Stenius, K., Bjerger, B., Enoksen, E. A., Kuussaari, K., & Mulbjerg Pedersen, M. (2021), "Restructured welfare service provision: For-profit and non-profit providers in residential substance use treatment in Denmark, Finland, Norway and Sweden", *Nordisk Välfärdsforskning| Nordic Welfare Research*, No.3, pp.142-159.
- [5] Stenström, A., Estrada, F., & Tham, H. (2024), "It should be hard to be a drug abuser" An evaluation of the criminalization of drug use in Sweden", *International Journal of Drug Policy*, No.133, p.104573.
- [6] Tham, H., & Edman, J. (2022), To be both in the world and yet not of it. *Nordic Criminal Justice in a Global Context*, p.79.
- [7] United Nations Office on Drugs and Crime (2006), *Sweden's Successful Drug Policy: a Review of the Evidence*. United Nations Office on Drugs and Crime.
- [8] [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800\\_sfs-2010-800/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800/)
- [9] [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381\\_sfs-1949-381/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381/)
- [10] <https://www.government.se/contentassets/7a2dcae0787e465e9a2431554b5eab03/the-swedish-criminal-code.pdf/>
- [11] Acquah, D., & Thévenon, O. (2020), Delivering evidence based services for all vulnerable families. *OECD Social, Employment, and Migration Working Papers*, No. 243, pp.0\_1.
- [12] [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/aktenskapsbalk-1987230\\_sfs-1987-230/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/aktenskapsbalk-1987230_sfs-1987-230/)
- [13] Ministry of Social Affairs (2022), *Government strategy to tackle homelessness 2022-2026*.
- [14] Storbjörk, J., Stenius, K., Bjerger, B., Enoksen, E. A., Kuussaari, K., & Mulbjerg Pedersen, M. (2021), "Restructured welfare service provision: For-profit and non-profit providers in residential substance use treatment in Denmark, Finland, Norway and Sweden", *Nordisk Välfärdsforskning| Nordic Welfare Research*, No. 3, pp.142-159.

- [15] Holosko, M. J., Holosko, D. A., & Spencer, K. (2009), "Social services in Sweden: An overview of policy issues, devolution, and collaboration", *Social work in public health*, Vol. 24, No. 3, pp.210-234.
- [16] Kurian, N. (2005), The Swedish welfare state and new challenges, In *Welfare states and the future*, London: Palgrave Macmillan UK, pp. 151-160 .
- [17] Sivesind, K. H. (2017), The changing roles of for-profit and nonprofit welfare provision in Norway, Sweden, and Denmark. In *Promoting active citizenship: Markets and choice in Scandinavian welfare*, Cham: Springer International Publishing, pp. 33-74.
- [18] Olsson, L. E., & Nordfeldt, M. (2008), "Homelessness and the tertiary welfare system in Sweden—the role of welfare state and non-profit sector", *The European Journal of Homelessness*, No. 2, pp.157-174.
- [19] Blomqvist, P. (2004), "The choice revolution: Privatization of Swedish welfare services in the 1990s", *Social policy & administration*, Vol. 38, No. 2, pp.139-155.
- [20] Swedish Government Offices Yearbook 2021. (2022)
- [21] Ministry of Health and Social Affairs (2024), Ministry of Health and Social Affairs: Accessible final.
- [22] Storbjörk, J., Antonsson, E., & Stenius, K. (2019), "The Swedish addiction treatment system: Government, steering and organisation", In *Technical report*. Stockholm University, Department of Public Health Sciences.
- [23] Hjelte, J., Eliasson, B., & Berg, E. (2023), "Changes in ideas on knowledge governance in the context of social services in Sweden", *Nordic Social Work Research*, Vol. 13, No. 3, pp.431-444.
- [24] Johansson, K. (2019), "Evidence-based social service in Sweden: a long and winding road from policy to local practice", *Evidence & Policy*, Vol. 15, No. 1, pp.85-102.
- [25] Storbjörk, J., & Stenius, K. (2019), "The new privatized market: A question of ideology or pragmatism within the Swedish addiction treatment system?", *Social Policy & Administration*, Vol. 53, No. 5, pp.776-792.
- [26] Lundberg, E. (2017), "Toward a New Social Contract? The Participation of Civil Society in Swedish Welfare Policymaking, 1958–2012", *Voluntas - International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, Vol. 31, No. 6, pp. 1371–1384.
- [27] Wijkström, F., and A. Zimmer (2011), Introduction: Nordic Civil Societies Beyond Membership and Movements." In *Nordic Civil Society at a Cross-Roads: Transforming the Popular Movement Tradition*, edited by F. Wijkström and A. Zimmer, Baden-Baden: Nomos, pp.9-24 .
- [28] Sandin, B. (2011), "Children and the Swedish Welfare State: From Different to Similar", In *Reinventing Childhood After World War II*, edited by P. S. Fass and M. Grossberg, University of Pennsylvania Press, pp.110–138.
- [29] Nylén, H. (2025), Children's rights organizations in Sweden and their relation to public child welfare, *Nordic Social Work Research*, 1-14.
- [30] Lundström, T. (2001), "Child protection, voluntary organizations, and the public sector in Sweden", *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, Vol. 12, No. 4, pp.355-371.
- [31] Hämborg, E. (2013), "Supervision as control system: the design of supervision as a regulatory instrument in the social services sector in Sweden", *Scandinavian Journal of Public Administration*, Vol. 17, No. 3, pp.45-64.
- [32] SOU (2002),14, Statlig tillsyn: granskning på medborgarnas uppdrag, delbetänkande/ Tillsynsutredningen, Stockholm, Fritzes offentliga publikationer.



- [33] Hämberg, E., & Sedelius, T. (2016), "Inspection of social services in Sweden: a comparative analysis of the use and adjustment of standards", /, Vol. 6, No. 2, pp.138-151.
- [34] <https://www.ivo.se/other-languages/>
- [35] Blomqvist, P., & Winblad, U. (2022), Contracting out welfare services: how are private contractors held accountable?, *Public Management Review*, Vol. 24, No. 2, pp.233-254.
- [36] Swedish Government (2009), Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten [Coordinated and clear supervision of social services]. Regeringens proposition 2008/09:160. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2007/11/sou-200782/>
- [37] OECD (2015), Integrating Social Services for Vulnerable Groups - Bridging Sectors for Better Service Delivery.
- [38] Llana-Nozal, A., Fernández, R., & Kups, S. (2022), "Provision of social services in EU countries: Reform of the national framework for the provision of social services in Spain. OECD Social", *Employment, and Migration Working Papers*, No.276, pp.0\_1-84.
- [39] Montero, A. L., van Duijn, S., Zonneveld, N., Minkman, M., & Nies, H. (2016). Integrated Social Services in Europe/European Social Network.
- [40] Vasiljevic, Z., Svensson, R., & Shannon, D. (2020), "Immigration and crime: A time-trend analysis of self-reported crime in Sweden, 1999–2017", *Nordic Journal of Criminology*, Vol. 21, No.1, pp.1-10.
- [41] Pietschmann, T., Tullis, M., & Leggett, T. (2009), A century of international drug control, United Nation Office on Drugs and Crime.
- [42] Backman, C. (2012), Criminal Records in Sweden, Regulation of Access to Criminal Records and the use of Criminal Background Checks by Employers.
- [43] Gålnander, R., & Österman, L. (2022), A Darker Tale of Exceptionalism: How Punitive Drug Policies Impact Women's Experiences of Desistance in Sweden, In *The Routledge Handbook of Women's Experiences of Criminal Justice*, pp. 464-474. Routledge.

[۴۴] سقاباشی، نیلوفر و خضری، فرشید. (۱۴۰۴)، بررسی تطبیقی حکمرانی آسیب‌های اجتماعی (۱): مطالعه موردی استرالیا، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، شماره مسلسل: ۲۱۳۸۲.

#### گزیده سیاستی

تجربه سوئد در کنترل آسیب‌های اجتماعی، بر تعیین نهادهای متولی مشخص در سطوح مختلف، تفکیک شفاف وظایف، و تفویض اختیارات اجرایی به سطح محلی با حفظ هماهنگی میان تمام بخش‌ها تأکید دارد.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: [mrc@majles.ir](mailto:mrc@majles.ir)

وبسایت: [rc.majles.ir](http://rc.majles.ir)