

Regeringens proposition

1984/85:151

om statsbidrag till missbrukarvård m.m;

beslutad den 7 mars 1985

Regeringen föreslår riksdagen att anta de förslag som har tagits upp i bifogade utdrag av regeringsprotokoll

På regeringens vägnar

INGVAR CARLSSON

STEN ANDERSSON

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att statsbidragen till driften av hem för vård eller boende resp. till alkoholpolikliniker och vårdcentraler för narkotikamissbrukare fr. o. m. år 1986 slås ihop till ett gemensamt statsbidrag till missbrukarvård m.m. Förslaget bygger på en överenskommelse mellan statens förhandlingsnämnd, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet.

De viktigaste utgångspunkterna för förslaget är att statsbidraget bör främja målen för socialtjänsten och stödja en utveckling av vårdinnehållet. Bidraget bör även medge handlingsfrihet vid utveckling och förändring av verksamheten.

Ett viktigt syfte med ett sammanslaget statsbidrag är att luckra upp gränsen mellan institutionsvård och öppen vård. I propositionen föreslås därför att huvuddelen av bidraget ges till kommunerna som därigenom får frihet att välja de för sina resp. behov och förutsättningar lämpligaste vårdformerna.

En viss del av bidraget föreslås dock ges i form av s.k. platsbidrag till huvudmännen för vissa institutioner, i huvudsak de tidigare statliga ungdomsvårdsskolorna och nykterhetsvårdsanstalterna. Det främsta skälet härtill är att dessa institutioner är särskilt resurskrävande och att de i många fall har hela riket som upptagningsområde.

För att underlätta en nödvändig omstrukturering av institutionsvården och därvid ge berörda huvudmän viss kompensation för avvecklingskostnader föreslås ett särskilt omstruktureringsbidrag. Sådant bidrag skall kunna utgå vid avveckling, helt eller delvis, av vissa typer av institutioner.

Den nuvarande institutionsplaneringen bör utvecklas i riktning mot en samlad vårdresursplanering, vilken innefattar såväl institutionsvård som öppen vård. Socialstyrelsen skall årligen, efter samråd med de båda

kommunförbunden, redovisa en sammanställning och analys av de förändringar som har skett inom missbrukarvården m.m.

För år 1985 föreslås ett statsbidrag till driften av hem för vård eller boende om 711 milj. kronor, vilket utgår efter samma regler som har gällt för åren 1983 och 1984.

För år 1986 föreslås ett statsbidrag till missbrukarvård m.m. om sammanlagt 810 milj. kronor.

Särskilda medel föreslås för att stödja en utveckling och förändring av främst institutionsvården eller alternativ till denna.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1985-03-07

Närvarande: statsråden I. Carlsson, ordförande, Andersson, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Thunborg, Wickbom

Föredragande: statsrådet Andersson

Proposition om statsbidrag till missbrukarvård m.m.

I prop. 1984/85:100, bilaga 7, har regeringen föreslagit riksdagen att, i avvaktan på särskild proposition i ämnet, till Bidrag till driften av hem för vård eller boende för budgetåret 1985/86 beräkna ett förslagsanslag av 618 000 000 kr.

Jag anhåller om att nu få ta upp denna anslagsfråga och därtill vissa frågor om anslagen Bidrag till alkoholpolikliniker och vårdcentraler samt Utveckling och försök med vissa vårdformer.

1 Inledning

I mars 1981 träffades en överenskommelse mellan statens förhandlingsnämnd, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet om statsbidrag vid ändrat huvudmannaskap för ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter m.m. I överenskommelsen, som redovisades i prop. 1980/81:196, enades parterna om en statsbidragskonstruktion som i avvaktan på erfarenheter av konstruktionen skulle tillämpas under åren 1983 och 1984. Överenskommelsen godkändes av riksdagen (SoU 1981/82:23, rskr 92).

Utifrån hittills vunna erfarenheter av bidragskonstruktionen har en överenskommelse nu träffats mellan statens förhandlingsnämnd, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet om ett nytt statsbidragssystem för åren 1986 – 1989. Överenskommelsen innebär i huvudsak att de nuvarande statsbidragen till driften av hem för vård eller boende respektive till alkoholpolikliniker och vårdcentraler slås ihop till ett gemensamt statsbidrag till missbrukarvård m.m. Parterna har vidare enats om statsbidraget för åren 1985 och 1986. Överenskommelsen har godkänts av Landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets styrelser.

Jag vill för egen del ansluta mig till överenskommelsen om det nya bidragssystemet. Överenskommelsen bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 1*.

2 Bakgrund

Staten har sedan lång tid haft ett stort engagemang i vården av missbrukare av alkohol och narkotika. Fram till år 1983 var staten huvudman för ett antal institutioner för främst alkoholmissbrukare samt för ungdomsvårdsskolorna. Dessutom utgick statsbidrag för anordnande och drift av ett stort antal behandlings- och inackorderingshem för missbrukarvård. I samband med socialtjänstreformen överfördes huvudmannaskapet för de tidigare statliga institutionerna till kommuner och landsting. Samtidigt upphörde de särskilda statsbidragen till behandlings- och inackorderingshemmen. Huvudmännen erhåller nu statsbidrag i annan form för denna verksamhet.

Fram till år 1980 utgick också statsbidrag till de kommunala nykterhetsnämndernas verksamhet. Detta bidrag avvecklades delvis fr.o.m. år 1980. Statsbidragen till alkoholpolikliniker och vårdcentraler för narkotikamissbrukare bibehölls dock.

Statsbidrag utgår också till olika utvecklings- och försöksverksamheter inom bl.a. missbrukarvården.

I det följande ges en kort beskrivning av det nuvarande statliga stödet till missbrukarvård och vård av vissa ungdomar.

2.1 Bidrag till driften av hem för vård eller boende

År 1980 godkände riksdagen en principöverenskommelse (prop 1979/80:172, SoU 44, rskr 385) mellan staten och de båda kommunförbunden om ändrat huvudmannaskap för ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter m.m. Frågan om ändrat huvudmannaskap hade tidigare behandlats bl. a. av socialutredningen.

Enligt överenskommelsen skulle berörda kommuner och landstingskommuner den 1 januari 1983 ta över dels huvudmannaskapet för de statliga ungdomsvårdsskolorna och nykterhetsvårdsanstalterna, dels de rättigheter och åtaganden som staten hade i fråga om Margretelunds och Råby yrkesskolor, erkända och enskilda nykterhetsvårdsanstalter samt inackorderingshem och behandlingshem för alkohol- och narkotikamissbrukare. Överenskommelsen innebar vidare att kommuner och landstingskommuner gemensamt skall svara för att behovet av hem för vård eller boende inom socialtjänsten blir tillgodosett. Kommuner och landstingskommuner skulle i samverkan upprätta vårdplaner för institutionsvården inom länet och därvid avtalsreglera huvudmannaskapet. Överenskommelsen innebar också att parterna före den 1 april 1981 skulle träffa en uppgörelse om statsbidrag till verksamheten.

Syftet med huvudmannaskapsförändringen var att skapa förutsättningar för en bättre fungerande vårdkedja inom såväl ungdomsvården som missbrukarvården.

Den verksamhet som kommuner och landsting skulle överta ansvaret för omfattade i början av år 1980 följande.

- 18 *ungdomsvårdsskolor* fördelade på 13 län med totalt 514 platser, varav 135 på slutna avdelningar, samt 68 platser vid 9 utskrivningsavdelningar,
- 4 *statliga* och 19 s.k. *erkända vårdanstalter* för alkoholmissbrukare, fördelade på 17 län, med sammanlagt 1 556 vårdplatser,
- 26 s.k. *enskilda vårdanstalter* för alkoholmissbrukare, fördelade på 17 län, med sammanlagt 853 platser.

Huvudmän för de erkända och enskilda anstalterna var kommuner, landstingskommuner, sammanslutningar, ideella organisationer och stiftelser. För verksamheten utgick statsbidrag (drift- och anordningsbidrag). Driftbidraget var uppdelat i en garantidel och en beläggningsdel.

Ytterligare vårdresurser inom nykterhetsvården var de i huvudsak kommunala *inackorderingshemmen* för alkoholmissbrukare med ca 1 600 vårdplatser. Även för dessa hem utgick statsbidrag till driften med högst 75 % av de styrkta nettokostnaderna.

Inom *narkomanvården* hade staten inte varit huvudman för någon institution, men däremot givit statsbidrag till driften av såväl *behandlingshem* som *inackorderingshem*, även i detta fall med 75 % av de styrkta nettokostnaderna. År 1980 fanns det 24 sådana hem med sammanlagt 290 platser. Statsbidrag utgick även för anordnande av inackorderings- och behandlingshem för narkotikamissbrukare.

I principöverenskommelsen sades bl.a. att de kommande statsbidragen till verksamheten skulle medge handlingsfrihet för kommunerna/landstingskommunerna vid utveckling och förändring av verksamheten och att vid utformningen av bidraget skulle eftersträvas en schablonisering.

År 1981 godkände riksdagen en överenskommelse (prop 1980/81:196, SoU 81/82:23, rskr 92) mellan staten och de båda kommunförbunden om statsbidrag vid det ändrade huvudmannaskapet för aktuella institutioner. Överenskommelsen innebar att staten skall utge bidrag till kommuner och landstingskommuner för driften av sådana hem för vård eller boende som avses i principöverenskommelsen från år 1980. Med utgångspunkt i statens dåvarande kostnader för verksamheten fastställdes statsbidraget enligt överenskommelsen till 570 milj. kr. för år 1983, baserat på löne- och prisnivån den 1 januari 1982. Vid förhandlingar mellan parterna skulle detta belopp omräknas med hänsyn till löne- och prisnivån per den 1 juli det år bidraget avser.

Bidragssumman om 570 milj. kr. var beräknad enligt följande fördelning:

Ungdomsvårdsskolor	208 milj. kr.
F.d. statliga nykterhetsvårdsanstalter	57 milj. kr.
Övriga nykterhetsvårdsanstalter	179 milj. kr.
Behandlings- och inackorderingshem för narkotikamissbrukare	33 milj. kr.
Inackorderingshem för alkoholmissbrukare	93 milj. kr.

Fördelningen av bidragssumman skulle gälla för åren 1983 och 1984 i avvaktan på erfarenheter av bidragskonstruktionen. För dessa år skulle bidraget utgå a conto i avvaktan på omräkning av det fastställda bidragsbeloppet.

Av det belopp som angavs för viss kategori av institutioner skulle 75 % användas som bidrag till de huvudmän som driver sådana institutioner. Bidraget skulle utgå med ett för varje kategori enhetligt belopp per vårdplats. Återstoden, dvs. 25 %, skulle användas som bidrag till kommuner som under året haft att svara för vårdkostnad vid institution. Detta bidrag skulle utgå med ett enhetligt belopp per vård dag för varje kategori av institutioner.

Den del av den faktiska nettokostnaden för institutionens drift som inte täcktes genom det statliga bidraget förutsattes bli ersatt av vårdtagarnas hemkommuner.

Överenskommelsen innebar dessutom att staten skulle lämna sammanlagt 155 milj. kr. som bidrag till upprustning och utveckling m.m. av institutionsvården. Av dessa medel skulle 70 milj. kr. utbetalas den 1 januari 1982 med fördelning efter resp. huvudmans andel i totala antalet vårdplatser vid ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter. Återstoden av bidraget skulle utbetalas efter överenskommelse mellan parterna senast den 31 december 1982.

Inför de nämnda överenskommelserna hade kommuner och landstingskommuner bedrivit en länsvis institutionsplanering, vilken låg till grund för regleringen av det ändrade huvudmannaskapet för de olika institutionerna. En kort redogörelse för detta lämnas i det följande. Med kommunalt eller landstingskommunalt huvudmannaskap avses här även de fall där institutioner, som drivs av enskild eller sammanslutning, har knutits till kommun eller landstingskommun genom vårdavtal.

Av de 18 f.d. ungdomsvårdsskolorna står alla utom fyra nu under landstingskommunalt huvudmannaskap. I tre fall drivs de av kommuner och i ett fall av ett kommunalförbund.

Även nykterhetsvårdsanstalterna (inkl. de f.d. statliga) står i många fall under landstingskommunalt huvudmannaskap. Av totalt 50 anstalter drivs emellertid 20 av Stockholms, Göteborgs och Malmö kommuner, fyra av andra kommuner och två av ett kommunalförbund.

Av de ca 150 inackorderingshemmen för alkoholmissbrukare är det endast fem som drivs av landstingskommuner; övriga drivs av kommuner.

Av de 35 inackorderings- och behandlingshemmen för narkotikamissbrukare drivs 18 av de tre storstadskommunerna; övriga drivs av såväl kommuner som landstingskommuner.

Den återstående delen av det tidigare nämnda upprustnings- och utvecklingsbidraget om sammanlagt 155 milj. kr. fördelades mellan institutionshuvudmännen enligt en överenskommelse mellan statens förhandlingsnämnd och företrädare för de båda kommunförbunden den 9 december 1983. Överenskommelsen godkändes av regeringen den 12 april 1984.

Omräkningen av driftbidraget till löne- och prisnivån den 1 juli 1983 respektive den 1 juli 1984 gjordes genom överenskommelser mellan statens förhandlingsnämnd och företrädare för kommunförbunden den 12 april 1984 respektive den 23 november 1984. Enligt dessa överenskommelser skulle det slutliga driftbidraget för år 1983 uppgå till 662 milj. kr. och för år 1984 baseras på ett belopp av 711 milj. kr. Överenskommelserna godkändes av regeringen den 10 maj 1984 respektive den 29 november 1984.

Det slutliga driftbidraget för åren 1983 resp. 1984 fördelar sig på olika institutionskategorier enligt följande (milj. kr.).

	1983	1984
Ungdomsvårdsskolor	242	257
F.d. statliga nykterhetsvårdsanstalter/motsv. ^{x)}	63	68
Övriga nykterhetsvårdsanstalter	209	225
Behandlings- och inackorderingshem för narkotika- missbrukare	39	42
Inackorderingshem för alkoholmissbrukare	109	119
	<hr/> 662	<hr/> 711

^{x)} Nykterhetsvårdsanstalterna Gudhem, Runnagården (med Brotorp), Hornö, Frösö samt Hessleby. T.o.m. 30/6 1983 även nykterhetsvårdsanstalten Venngarn. Fr.o.m. år 1984 ett LVM-hem i vardera Stockholms och Göteborgs kommuner.

2.2 Bidrag till alkoholpolikliniker och vårdcentraler

Statsbidrag utgår till kommunala alkoholpolikliniker enligt förordningen (1981:614) om statsbidrag till kommunernas verksamhet med alkoholpolikliniker. Statsbidrag utgår också till kostnader för vård av narkotikamissbrukare på alkoholpolikliniker samt till försöksverksamhet vid nyttillkommande alkoholpolikliniker som används flexibelt för insatser inom både nykterhetsvård och narkomanvård. Vidare utgår statsbidrag enligt särskilda bestämmelser till driften av vårdcentraler för narkotikamissbrukare, organiserade av kommun eller landstingskommun.

Fram till och med år 1979 utgick även statsbidrag till kommunernas kostnader för nykterhetsvård vad avser administration samt förebyggande och eftervårdande åtgärder. Detta bidrag avvecklades från och med år 1980 (prop. 1978/79:95, FiU 35, rskr 335).

Resurserna för de öppna och frivilliga vårdformerna inom missbrukarvården har successivt byggts ut. År 1984 var det ca 140 alkoholpolikliniker och 28 vårdcentraler för narkotikamissbrukare som erhöll statsbidrag. För budgetåret 1984/85 uppgår anslaget för dessa bidrag till 89 901 000 kr. I 1985 års budgetproposition (prop. 1984/85:100, bilaga 7) föreslås en ökning av anslaget till 97 501 000 kr.

Underlaget för statsbidrag utgörs av de av socialstyrelsen godkända kostnaderna för löner, vilka uppräknas med 60 % för övriga driftkostnader.

Statsbidraget utgår inom ramen för tillgängliga medel med högst 75 % av bidragsgrundande belopp och utgår för kalenderår i efterskott.

Ansökan om statsbidrag till alkoholpoliklinik prövas av socialstyrelsen. Ansökan om statsbidrag till vårdcentral prövas av socialstyrelsen i de fall regeringen tidigare beviljat statsbidrag till driften. I annat fall skall socialstyrelsen granska ansökan om statsbidrag samt med eget yttrande överlämna ärendet till regeringen för prövning.

2.3 Bidrag till försöksverksamheter m.m.

Från anslaget J 4. Bidrag till organisationer m.m. (H 4 fr.o.m. budgetåret 1985/86) under femte huvudtiteln, utgår bidrag bl.a. till kommuner och sammanslutningar för rehabilitering av alkohol- och narkotikamissbrukare. Bidrag utgår härvid för såväl pågående verksamheter som för försöksverksamheter. För budgetåret 1983/84 uppgick den aktuella anslagsposten till 5 433 000 kr. Därav fördelade socialstyrelsen totalt 3 153 000 kr. för försök med nya vård- och behandlingsmetoder, varav 1 048 000 kr. till organisationer och 2 105 000 kr. till kommuner.

För budgetåret 1984/85 uppgår anslagsposten till 5 596 000 kr. I 1985 års budgetproposition föreslås en ökning till 6 264 000 kr.

Anslaget J 5. Utveckling och försök med vissa vårdformer (H 5 fr.o.m. budgetåret 1985/86) under femte huvudtiteln avser främst området socialt behandlingsarbete med tonvikt på missbrukarvård. Anslaget uppgår för budgetåret 1984/85 till 7 000 000 kr.

Av detta anslag får socialstyrelsen disponera högst 1 350 000 kr. till försöksprojekt med familjevård för vuxna missbrukare. Sådana försöksprojekt har pågått sedan år 1983 och är ett resultat av familjevårdsutredningens betänkande (Ds S 1981:17) Det förstärkta familjehemmet. Försöksverksamheten beräknas bli utvärderad och dokumenterad under år 1985.

Vidare får socialstyrelsen av anslaget J 5 disponera högst 850 000 kr. till försöks- och utvecklingsprojekt avseende behandling och stöd till familjer i kris samt barn och ungdomar som far illa. Medlen är ämnade att stimulera utvecklingen av nya behandlingsformer.

Högst 4 000 000 kr. av anslaget J 5 disponeras enligt bestämmelser som regeringen meddelar till utveckling av vården av kvinnliga missbrukare, insatser för de tyngsta missbrukarna, försök i fråga om vårdmetoder för "nya" grupper av missbrukare, stöd till kvinnojourer samt till utveckling av socialbyråernas arbete med familjer i kris m.m.

Under budgetåret 1983/84 anvisade regeringen i särskild ordning 4,5 milj. kr. för utvecklingsinsatser inom narkomanvårdsområdet. Socialdepartementet har fördelat dessa medel till 16 olika utvecklings- och försöksprojekt i 15 kommuner. För budgetåret 1984/85 har socialstyrelsen fått regeringens

uppdrag att fortsätta detta utvecklingsarbete. Insatserna bör inriktas på bl.a. följande områden.

- Försöksverksamhet som syftar till att utveckla särskild kompetens för socialt fält- och behandlingsarbete inom ungdoms- och missbruksområdena
- Projekt som syftar till att utveckla samarbetsformer mellan socialtjänsten och den psykiatriska vården när det gäller missbrukare med allvarliga psykiska störningar
- Insatser för att förbättra utslussningen (eftervården) för missbrukare som genomgått behandling.

Regeringen har anvisat 5 milj. kr. för de nämnda utvecklingsinsatserna under innevarande budgetår.

I 1985 års budgetproposition (prop. 1984/85:100, bil. 7) föreslås att 5 milj. kr. skall anslås för utvecklingsinsatser inom narkotikaområdet för budgetåret 1985/86 under anslaget H 5. Utveckling och försök med vissa vårdformer.

Försöksverksamhet med samverkan inom missbrukarvården har pågått under åren 1982–1984 i socialdepartementets regi. De 11 projekt som ingått i försöksverksamheten har haft som främsta syfte att åstadkomma en bättre samordning av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser för främst alkoholmissbrukare samt att underlätta samarbetet mellan institutionsvård och öppen missbrukarvård. Totalt har 2,5 milj. kr. använts för denna försöksverksamhet som skall avrapporteras under våren 1985.

3 Utvecklingen inom missbrukarvården m.m.

3.1 Socialtjänstreformen

Socialtjänstlagen (1980:620), SoL, trädde i kraft den 1 januari 1982. I lagen föreskrivs bl.a. en skyldighet för socialnämnderna att arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Socialnämnderna skall också stödja de enskilda missbrukarna och se till att de får den hjälp eller vård som behövs för att komma ifrån missbruket.

När det gäller vård utan samtycke trädde samtidigt med SoL också i kraft dels lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), dels lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

I propositionen om socialtjänsten (prop. 1979/80:1), vilken i sina huvuddrag antogs av riksdagen (SoU 1979/80:44, rskr 385), drogs utifrån den pågående utvecklingen upp vissa riktlinjer för missbrukarvården i allmänhet och institutionsvården i synnerhet. Socialtjänstens insatser bör främst vara förebyggande och uppsökande och i största möjliga utsträckning ges i den hjälpsökandes hemmiljö eller så nära den som det går. Vård i institution bör om möjligt komma i fråga först sedan man prövat andra vårdinsatser. Vård i institution bör vidare ingå som ett led i ett längre vårdprogram. En förnyelse

av vårdinnehåll och vårdmetodik inom institutionsvården är angelägen liksom strävandena att få vårdenheter som tar emot missbrukare för vård oberoende av vilken missbrukskategori de tillhör. En inriktning av verksamheten mot öppna vårdformer med inslag av motivationsinriktat behandlingsarbete och nya inslag i institutionsvården är önskvärd och förutsätter viss utbildning för vårdpersonalen. Ett rikt och varierat utbud av förebyggande åtgärder och av vård- och behandlingsinsatser ger de bästa möjligheterna att begränsa behovet av tvångsingripanden.

Förhandlingarna om det ändrade huvudmannaskapet för institutionerna inom främst missbrukarvården, var inte slutförda då socialtjänstpropositionen beslutades. I propositionen framhölls dock att oavsett hur resursansvaret, dvs. ansvaret för inrättande och drift av institutionerna, skulle komma att fördela sig mellan landsting och kommuner, så var det kommunerna som hade ansvaret för vården. Kommunerna skulle således se till att den enskilde vid behov fick vård utanför det egna hemmet, följa vården vid institutionen, vid behov medverka till att den enskilde bereddes vård i annan institution och efter institutionsvårdens avslutande ge den enskilde det stöd och den hjälp som han kunde behöva därutöver. Kommunerna skulle, liksom när de i övrigt tog i anspråk resurser inom socialtjänsten, komma att få inflytande över hur institutionerna skulle utnyttjas.

3.2 Propositionen om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik

Propositionen (prop. 1984/85:19) om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik, vilken antogs av riksdagen i december år 1984 (SoU 1984/85:8, rskr 104), tog bl.a. upp frågan om behandling av narkotikamissbrukare. Frågan om statsbidragets utformning berördes också.

Enligt propositionen är det angeläget att det, utöver specialiserade enheter för missbrukarvård, också utvecklas en kompetens inom den reguljära socialtjänsten både för förebyggande och tidiga insatser liksom för insatser för missbrukare som redan har utvecklat ett allvarligt missbruk. Utrymme för en metodutveckling inom socialtjänsten kan skapas genom omfördelningar och effektiviseringar inom ramen för befintliga resurser. Statens uppgift i detta sammanhang bör vara att lämna stöd till utvecklingsinsatser och försöksverksamhet.

Socialtjänstreformen genomtycktes av en strävan bort från institutionsvård till vård och behandling i öppna former. En sådan strävan präglar också det utvecklingsarbete som pågår i många kommuner, vilka söker utveckla behandlingsalternativ för grupper som inte behöver institutionsvårdens höga grad av omhändertagande.

Enligt den nämnda propositionen om narkotikapolitiken är det angeläget att det finns särskilda öppenvårdsprogram för missbrukare liksom att det finns vårdformer som vid behov kan erbjuda ett stödboende under en pågående öppenvårdsbehandling. I sammanhanget nämns också att s.k.

familjevård har visat sig vara ett värdefullt komplement till socialtjänstens övriga insatser för missbrukare.

Statsbidraget bör enligt propositionen vara så utformat att det gynnar en utveckling mot ett rikt och varierat utbud av vårdresurser, både vad gäller form och innehåll.

När det gäller institutionsvården framhålls att de i dag ganska skarpa gränserna mellan olika typer av institutioner bör luckras upp. Det ges därigenom möjligheter att utnyttja resurserna mer flexibelt och effektivt. Institutionsvården bör vidare utvecklas mot en ökad differentiering av behandlingsinnehållet. Behandlingshemmens viktiga funktion inom missbrukarvården understryks. De stiftelsedrivna behandlingshemmen utgör enligt propositionen värdefulla komplement till den offentliga institutionsvården, främst när det gäller utvecklingen av nya behandlingsmetoder.

3.3 Utveckling och behov av förändringar inom institutionsvården

I socialtjänstlagen infördes ett nytt begrepp – hem för vård eller boende – som omfattar alla olika institutioner inom socialtjänsten, vilka tar emot enskilda för vård, behandling, omvårdnad eller tillsyn i förening med ett boende. Det nya och sammanfattande begreppet syftade till att eliminera den tidigare lagstiftningens indelning av institutionsvården och öppna möjligheter till en flexibel, differentierad och lokalt anpassad institutionsvård.

I socialtjänstpropositionen anfördes bl.a. att kommunerna och landstingskommunerna bör ha möjlighet att utforma institutionsvården efter sina förutsättningar och behov inom ramen för de övergripande mål som skall gälla för socialtjänsten.

Enligt 23 § SoL skall landstingskommunerna och kommunerna i varje landstingsområde gemensamt upprätta en plan över behovet av hem för vård eller boende i området. Planen skall också visa hur ansvaret för hemmens inrättande och drift är fördelat. Planen skall redovisas för länsstyrelsen. Syftet med institutionsplaneringen är bl.a. att ge överblick över behov och resurser samt att samordna resurserna och utnyttjandet av dessa.

När det gäller institutionsvård betonades i socialtjänstpropositionen behovet av en förbättrad behandlingskontinuitet och ett mer flexibelt utnyttjande av resurserna samt kravet på geografisk närhet. Samtidigt framhölls att det i vissa situationer är nödvändigt att göra avsteg från den senare principen. Vidare ansågs det önskvärt att man fortsätter på den inslagna vägen med en minskad differentiering av institutionsvården, men att det inte torde vara möjligt att helt undvika en *differentiering i framtiden*.

Vid en genomgång av de olika institutionstyperna togs i socialtjänstpropositionen egentligen bara klar ställning till ungdomsvårdsskolornas framtid. Föredragande statsråd menade att det för den framtid som kan överblickas kommer att finnas behov av sådan vård som vänder sig till en minoritet av svårbehandlade och svagt motiverade ungdomar. Samtidigt framhölls att utvecklingen mot institutioner med färre platser och en mera varierad vård

bör gå vidare och att en utveckling av alternativa vårdformer är angelägen.

När det gäller nykterhetsvårdsanstalterna ansåg föredragande statsråd att deras klienter i en del fall i stället skulle kunna erbjudas vård vid inackorderingshemmen. Vidare förespråkades en mer flexibel användning av anstalterna, t.ex. för en mer socialt betonad vård under socialnämndens ledning. Samtidigt pekades på att det i vissa fall kan vara nödvändigt med särskilda institutioner för att tillgodose behovet av vård för den mest svårbehandlade gruppen. Bristen på behandlingshem för narkotikamissbrukare skulle dock delvis kunna åtgärdas genom ett flexibelt utnyttjande av anstalter och inackorderingshem. Vidare pekade föredraganden på den möjlighet som familjevården för missbrukare innebar.

Det är ännu för tidigt att bedöma de närmare effekterna av huvudmannaskapsreformen. Härtill kommer att det hittillsvarande statsbidragssystemet i viss mån motverkat vissa önskvärda förändringar. Denna fråga behandlas närmare i avsnitt 4.

När det gäller behovet av förändringar inom institutionsvården kan följande konstateras.

Behovet av institutionsvård för missbrukare synes minska, totalt sett. Detta hänger samman med den ökade satsningen på vård i mer öppna former. En minskning av institutionsresurserna kan delvis åstadkommas genom en reducering av antalet platser vid institutionerna. Därvid kan också förändringar av institutionernas inriktning genomföras. Även nedläggningar av hela institutioner kan dock komma att bli aktuella i vissa fall.

Samtidigt som en minskning av det totala behovet av institutionsvård för missbrukare kan skönjas, kommer det att ställas högre krav på bl.a. behandlingsinnehållet vid de institutioner som skall finnas framdeles. Vidare finns behov av en utveckling av kvalificerade institutionsresurser för de tyngsta missbrukarna, bl.a. de som vårdas enligt LVM.

3.4 Utveckling och behov av förändringar inom den öppna vården

Det som benämns öppen vård av missbrukare inom socialtjänsten spänner över ett brett spektrum av insatser. Här avses mer specialiserade verksamheter för vård och behandling i öppna former. Hit hör bl.a. alkoholpoliklinikerna och vårdcentralerna för narkotikamissbrukare. Till öppen vård räknas också alla de övriga insatser för missbrukare som görs inom ramen för det reguljära socialtjänstarbetet. I detta ingår bl.a. förebyggande och uppsökande verksamhet, socialt behandlingsarbete samt därtill knutet samarbete med institutionsvården. Vidare ingår eftervårds- och utslussningsarbete.

I olika sammanhang har framhållits att den öppna vården har stor betydelse som bas under hela vårdförloppet och att en större del av vård- och behandlingsarbetet än vad som nu är fallet skulle kunna ske i öppna former. Det senare förutsätter en utveckling av vård- och behandlingsmetoderna

inom öppenvården. Vidare har understrukits angelägenheten av tidiga insatser vid ett begynnande missbruk liksom av ett bättre samspel mellan öppen vård och institutionsvård, och inte minst av ett effektivare eftervårds- och utslusningsarbete. För att åstadkomma detta krävs bl.a. en förbättrad samverkan mellan olika myndigheter och organ, t.ex. mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Samverkan med frivilliga organisationer och sammanslutningar är också väsentlig för att arbetet skall bli framgångsrikt.

En utveckling i enlighet med ovan angivna linjer pågår på många håll i landet. En rad utvecklings- och försöksverksamheter har också erhållit stöd i form av statliga medel för detta ändamål. De statliga insatserna på detta område har ökat under de senaste åren.

Inom den öppna missbrukarvården har det börjat växa fram nya typer av specialenheter för vård av missbrukare utöver alkoholpoliklinikerna och vårdcentralerna. Exempel på sådana är särskilda öppenvårdsprogram med tillgång till ett mindre antal vårdplatser för tillfällig sluten vård och öppenvårdsprogram där man arbetar på i stort samma sätt som vid institutionsvård (veckoprogram etc.) men där klienterna bor hemma. Sådana program har visat sig kunna vara ett alternativ till vård vid institution.

4 Överväganden

4.1 De nuvarande statsbidragens effekter

4.1.1 Inledning

Utformningen av statsbidraget till hem för vård eller boende präglades i hög grad av den huvudmannaskapsreform som genomfördes den 1 januari 1983. Det fanns därvid ett behov av att skapa goda villkor för verksamheten under den första tiden efter övertagandet och av att ge de nya institutionshuvudmännen vissa ekonomiska garantier. Nuvarande bidragssystem kom därför inte att i tillräcklig grad utformas så att det stimulerade till förändringar i enlighet med socialtjänstens intentioner. Enligt min uppfattning finns det nu skäl att ompröva systemet.

När det gäller statsbidraget till alkoholpolikliniker och vårdcentraler har vissa smärre förändringar av bidragsreglerna genomförts under de senaste åren, bl.a. i syfte att underlätta en samordnad behandling av alkohol- och narkotikamissbrukare. Mot bakgrund av den pågående utvecklingen inom den öppna missbrukarvården och behovet av att göra gränsen mellan öppen vård och institutionsvård mer flexibel, bör emellertid även öppenvårdsbidraget omprövas i detta sammanhang.

4.1.2 Statsbidraget till hem för vård eller boende

Det bidragssystem för institutionsvården som har gällt för åren 1983 och 1984 innebär i huvudsak att av det totala bidraget går 75 % till de huvudmän

som åtagit sig driften av institutionerna. Återstående 25 % går till kommuner som har haft vårdkostnader vid institutionerna.

I det följande sammanfattar jag den viktigaste kritiken mot det nuvarande bidragssystemet.

Statsbidraget tenderar att permanenta gamla vårdformer genom att bidraget är kopplat till den befintliga institutionsstrukturen varvid olika kategorier av institutioner får sina kostnader för verksamheten täckta i varierande grad. Institutioner som inte hade statsbidrag före reformens genomförande och de flesta som tillkommit därefter får inte alls del av statsbidraget. Det rör sig här om ett inte obetydligt antal institutioner som därmed har kommit att stå helt utanför statsbidragssystemet.

Statsbidraget har fått en ojämn geografisk fördelning, eftersom de institutioner som ingick i huvudmannaskapsreformen var ojämnt fördelade över landet. Statsbidragskonstruktionen kan således inte sägas gynna en utveckling i enlighet med de grundläggande principerna om kontinuitet och närhet, eftersom detta förutsätter att det inom varje län finns tillgång till viss institutionsvård som kan tillgodose huvuddelen av vårdbehoven.

Statsbidraget innebär en ekonomisk garanti för de institutioner som ingick i uppgörelsen, men tar i princip inte hänsyn till beläggningsgraden vid institutionerna. Bidragskonstruktionen kan således i vissa fall leda till ett dåligt resursutnyttjande.

När det gäller missbrukarvården har betydelsen av öppna vårdformer alltmer kommit att betonas. Härvid avses både insatser som görs före och efter institutionsvård och insatser som möjliggör vård helt utanför institution. Genom att det nuvarande bidraget är helt kopplat till institutionsvården begränsas möjligheterna att utveckla andra vårdformer av mer öppen karaktär, vilka skulle kunna bli alternativ till nuvarande institutionsvård i vissa fall.

Ansvaret för socialtjänsten och därmed också vården av missbrukare ligger på kommunerna. Huvudmannaskapet för socialtjänstens institutioner är emellertid delat mellan kommuner och landstingskommuner. Kommunernas möjligheter att påverka och förändra den landstingsdrivna institutionsvården begränsas av att landstingskommunerna i egenskap av institutionshuvudmän får en stor del av statsbidragen i form av garantibidrag.

Till skillnad från andra insatser inom socialtjänstens ram har kommunerna f. n. ett mycket litet kostnadsansvar för den del av institutionsvården som omfattas av det statliga bidraget.

4.1.3 Statsbidraget till alkoholpolikliniker och vårdcentraler för narkotikamissbrukare

Vissa förenklingar i statsbidragsreglerna har gjorts under de senaste fem-sex åren. Alkoholpoliklinikerna har fått ökade möjligheter att arbeta mer uppsökande och behandlingsinriktat och med en samordnad behandling av alkohol- och narkotikamissbrukare.

Alkoholpolikliniker och vårdcentraler är specialiserade resurser inom den öppna missbrukarvården. Man har inom dessa enheter kunnat utveckla ett värdefullt specialistkunnande. Under de senaste åren har emellertid, som jag tidigare nämnt, också börjat växa fram andra typer av specialiserade enheter för huvudsakligen öppen missbrukarvård inom ramen för den reguljära socialtjänsten. På vissa håll finns en strävan att gå ifrån de centrala specialiteterna och i högre utsträckning organisera verksamheten enligt en distriktsorganisation, där distrikten skall arbeta med alla klientgrupper, oavsett vilka problem de har. Dessa nya lösningar inryms inte alltid i de nuvarande statsbidragsreglerna, även om verksamheten vänder sig till samma målgrupp som alkoholpolikliniker och vårdcentraler gör.

Det är i och för sig angeläget att värna om de specialresurser för missbrukarvård som alkoholpoliklinikerna och vårdcentralerna utgör. Samtidigt visar den här refererade utvecklingen att nuvarande statsbidragsregler delvis kan ifrågasättas. Den viktigaste kritiken innebär i huvudsak att nuvarande fördelning av bidraget till alkoholpolikliniker och vårdcentraler till stor del kan sägas baseras på historiska faktorer och inte bara på behov och befintliga vårdresurser. De kommuner som har anpassat sin verksamhet och organisation till statsbidragsreglerna har också fått bidrag, men däremot inte de kommuner som har haft andra typer av öppenvårdsverksamhet. En ökning av efterfrågan på bidraget har emellertid skett bl.a. som en följd av att reglerna ändrats något.

4.2 Riktlinjer för den fortsatta utvecklingen

Jag har i det föregående redogjort för vissa av de förändringar som pågår inom missbrukarvården. Det är angeläget att en utveckling och en önskvärd förändring av vården inte motverkas av det statliga bidragssystemet. Jag kommer därför att i det följande föreslå ett nytt bidragssystem för vården av missbrukare och vissa ungdomar, vilket kommer att innebära en större frihet för kommunerna att utforma vården efter sina behov och förutsättningar. Inledningsvis drar jag upp vissa grundläggande riktlinjer för den fortsatta utvecklingen.

Behandlingsarbetet inom missbrukarvården, liksom inom socialtjänsten i stort, måste bedrivas utifrån en helhetssyn som beaktar individens totala situation och omgivning. Här avses då inte bara hans relationer till den egna familjen utan ett vidare socialt sammanhang, där boende- och arbetsförhållanden hör till de viktigare faktorerna. Helhetssynen är emellertid ett förhållningssätt och inte en organisationsprincip. Socialtjänsten måste enligt min mening inrymma både bredd och specialisering. Arbetet med missbrukare kräver särskilda kunskaper och erfarenheter för att bli framgångsrikt. En viss specialisering är därför nödvändig, men får självfallet inte innebära att helhetssynen eftersätts.

Det är nödvändigt att olika vård- och behandlingsinsatser inom missbrukarvården samordnas. Det gäller främst insatser inom socialtjänst och hälso-

och sjukvård, men också insatser av en rad andra samhällsorgan. Ett förbättrat samarbete mellan socialtjänsten och det omgivande samhället är angeläget. Exempelvis har frivilliga insatser av olika slag en stor betydelse. Vidare krävs en ökad samverkan inom socialtjänsten, t.ex. mellan öppen vård och institutionsvård.

I många kommuner är missbruksproblemen inte av den omfattningen att det finns behov av särskilda öppenvårdsenheter för missbrukarvård. Av landets kommuner har dock ca hälften inrättat alkoholpolikliniker och/eller vårdcentraler för narkotikamissbrukare, vilka vänder sig till missbrukare i behov av särskilda stöd- och behandlingsinsatser. Det kan komma att finnas behov av ytterligare sådana enheter, vilka kan bygga upp en värdefull specialkompetens. De måste emellertid betraktas som ett komplement till socialtjänstens basorganisation, vilket betyder att huvudansvaret för arbetet med missbrukare ligger på den reguljära socialtjänstverksamheten.

För att kunna möta missbrukarnas vårdbehov måste socialtjänsten inrymma olika typer av verksamheter med varierande mål och innehåll. Man måste kunna erbjuda både en behandlingsinriktad verksamhet för de mindre utslagna missbrukarna, och samtidigt söka tillgodose behovet av meningsfulla insatser för den mest utslagna gruppen. Det finns ett stort behov av metodutveckling när det gäller den reguljära socialtjänstens insatser för missbrukare.

De nuvarande insatserna inom öppen vård kan behöva kompletteras med annan verksamhet. Särskilda öppenvårdsarrangemang kan i vissa fall fungera som alternativ till institutionsvård även för missbrukare med ett tungt missbruk. Sådana öppenvårdsresurser – s.k. mellanformer – har hittills byggts upp i begränsad omfattning. Det är angeläget att socialtjänsten utvecklar denna typ av vårdprogram.

Försöksverksamheten med vård i familjehem av vuxna missbrukare har bedrivits sedan år 1983 med stöd av särskilda utvecklingsbidrag. Erfarenheterna hittills visar att denna vårdform i större utsträckning skulle kunna utgöra ett värdefullt komplement till institutionsvården.

Institutionsvården behöver omstruktureras och bör utvecklas i riktning mot en ökad differentiering efter behandlingsbehov. En samordnad behandling av alkohol- och narkotikamissbrukare med likartade behov bör eftersträvas. Den uppläggnings av behandlingsarbetet som många institutioner har utvecklat är positiv. Det finns emellertid också behov av mindre, hemliknande institutioner för främst de äldre, hårt utslagna missbrukarna.

Särskild uppmärksamhet bör ägnas den fortsatta utvecklingen när det gäller tvångsvård av ungdomar och av vuxna missbrukare.

En särskild fråga gäller den vård som ges vid sådana hem för särskild tillsyn som avses i 12 § LVU. Utvecklingen mot mindre institutioner och en mer varierad vård bör gå vidare. Detta framstår som än mer angeläget med hänsyn till att resurserna vid vissa av de ungdomsvårdsskolorna f. n. utnyttjas dåligt.

I detta sammanhang kan också nämnas de förslag som regeringen nyligen har presenterat i en lagrådsremiss om särskilda insatser för ungdomar i riskzonen m. m.

De stiftelsesdrivna behandlingshemmen utgör ett värdefullt komplement till den offentliga institutionsvården. De har spelat en viktig roll för utvecklingsarbetet inom missbrukarvården genom att introducera okonventionella behandlingsidéer och utveckla nya behandlingsmetoder. Det är angeläget att det även fortsättningsvis finns utrymme för organisationer och stiftelser att driva institutioner och att ta initiativ till utvecklingsarbete inom vården.

För att vården skall få ett bestående resultat krävs att missbrukare efter genomgången behandling kan få arbete, bostad och kontakter med människor som inte är missbrukare. Insatser för att åstadkomma detta är därför en väsentlig del av vården. Ansvaret för sådana insatser vilar i första hand på den öppna vården, som skall utgöra vårdbasen under hela behandlingsförloppet. I en del fall, särskilt vid längre institutionsvistelser, kan emellertid utslussningen behöva bli en del av behandlingen vid institutionen. Kontakterna med omvärlden kan behöva knytas redan under institutionstiden.

De frivilliga organisationernas insatser för missbrukare utgör ett viktigt komplement till samhällets åtgärder. Detta gäller i synnerhet under utslussningstiden, då behovet av relationer med människor utanför missbrukarkretsen är särskilt stort.

4.3 Utgångspunkter för ett nytt bidragssystem

Vården av missbrukare är en verksamhet stadd i förändring. Jag har i det föregående redogjort något för utvecklingen. Jag har också redogjort för det statliga stöd som f.n. utgår till denna verksamhet. De statliga bidragen täcker en relativt stor andel av kommunernas kostnader särskilt när det gäller institutionsvården. Bidragen har dock även stor betydelse när det gäller den specialiserade öppna vården av missbrukare.

Med hänsyn till pågående förändringar och till den stora betydelse som de statliga bidragen har, är det särskilt viktigt att bidragskonstruktionen och bidragsvillkoren är utformade på ett sådant sätt att de gynnar en utveckling mot de mål som statsmakterna har ställt upp för verksamheten. Av vad som redovisats i det föregående framgår bl.a. att så inte är fallet i alla avseenden när det gäller de nuvarande bidragen. Jag avser därför att föreslå ett nytt statsbidragssystem för vården av missbrukare och vissa ungdomar, vilket på ett bättre sätt skall stödja en utveckling mot de uppställda målen.

Sammanfattningsvis bör ett nytt statsbidragssystem utformas från följande utgångspunkter.

- Statsbidraget bör främja målen för socialtjänsten och stödja en utveckling av vårdinnehållet

- Statsbidraget bör medge handlingsfrihet vid utveckling och förändring av verksamheten
- Statsbidraget bör till större delen riktas till kommunerna, som har huvudansvaret för den vård som bidragen avser och som fattar beslut om olika slag av vårdinsatser
- Statsbidraget bör schabloniseras ytterligare och därvid få en jämnare geografisk fördelning. Skillnader i vårdbehov mellan olika kommuner måste dock beaktas vid fördelningen.

4.4 Bidraget bör stödja en utveckling av missbrukarvården

För att skapa bättre förutsättningar för den fortsatta utvecklingen enligt de här angivna riktlinjerna, bör enligt min mening de nuvarande statsbidragen till hem för vård eller boende respektive till alkoholpolikliniker och vårdcentraler slås ihop. Huvuddelen av bidraget bör utgå för olika typer av insatser för missbrukare och vissa ungdomar, oavsett om dessa görs i öppen eller sluten vård. Därmed ges större möjligheter att utveckla och strukturera om verksamheten efter rådande behov och förutsättningar. Planeringen av verksamheten har stor betydelse i förändringsprocessen.

Ett sammanslaget statsbidrag till missbrukarvård m.m. blir ett ytterligare stöd för den förändring och utveckling av verksamheten som redan pågår. Jag vill i detta sammanhang markera värdet av att de båda kommunförbunden aktivt stöder utvecklingen av vården och verkar för att planeringen inriktas på en prövning av möjligheterna till en omstrukturering av denna. Härutöver bör visst särskilt statligt stöd lämnas till utvecklingsinsatser och försöksverksamhet.

4.5 Handlingsfrihet vid användningen av bidraget

Jag anser att bidraget framdeles inte bör låsas till några specificerade vårdresurser, eftersom detta kan få konserverande effekter och leda till ett dåligt resursutnyttjande. Vissa undantag från denna princip kan dock vara motiverade. Utgångspunkten bör emellertid vara att bidraget skall kunna användas till olika typer av insatser för missbrukare inom de ramar som anges i aktuella lagar och förordningar. Utifrån dessa samt de riktlinjer och intentioner som angavs i samband med socialtjänstreformen och som jag har utvecklat i det föregående bör kommuner och landstingskommuner ges handlingsfrihet vid utveckling och förändring av verksamheten. Av stor betydelse är enligt min mening också de förbättrade möjligheter som därmed åstadkoms när det gäller att utnyttja resurserna effektivt.

Jag anser dock att vissa institutioner som är särskilt resurskrävande och som har stora upptagningsområden, fortfarande bör garanteras särskilda bidrag. Vidare bör en del av det totala bidraget kunna användas för att underlätta en önskvärd omstrukturering av institutionsvården.

Socialstyrelsen har en viktig roll när det gäller att ge råd och stöd till

kommuner och landstingskommuner, bl.a. i fråga om planering. Det är också väsentligt att socialstyrelsen följer upp vårdens utveckling.

4.6 Mottagare av bidraget

Större delen av bidraget bör i fortsättningen gå till kommunerna, som har huvudansvaret för den vård som bidragen avser och som fattar beslut om olika slag av vårdinsatser inom socialtjänstens ram. Därav följer också ett utökat kostnadsansvar för vården, vilket framför allt har betydelse när det gäller institutionsvård. För den del av institutionsvården som omfattas av det nuvarande statsbidraget till hem för vård eller boende är kommunernas kostnadsansvar f.n. mycket litet. Ett ökat kostnadsmedvetande vid valet mellan olika typer av vårdinsatser är önskvärt och bidrar på sikt till ett effektivare resursutnyttjande.

Den del av bidraget som går till särskilt angivna vårdresurser, främst institutioner, bör således minska betydligt. Denna verksamhet får i ökad utsträckning finansieras med avgifter eller bidrag från kommunerna. För en del av de här aktuella vårdresurserna är landstingskommunerna f.n. huvudmän. Som jag tidigare har framhållit kommer den för landsting och kommuner gemensamma planeringen att få ökad betydelse i den omstrukturering och förändring av vården som är nödvändig. Reduceringar och i vissa fall avvecklingar av institutioner kan därvid komma att bli aktuella. Omstruktureringen bör stödjas med ett särskilt omstruktureringsbidrag.

4.7 Fördelning av bidraget

Eftersom huvuddelen av bidraget inte längre bör vara knutet till några specificerade vårdresurser, kommer bidragsfördelningen enligt det nya systemet att bli väsentligt mer schabloniserad än idag. En schablonisering kan leda till en viss omfördelning av bidrag mellan olika delar av landet, vilket är rimligt med hänsyn till den ojämna fördelning som bidraget f.n. har. Samtidigt är det väsentligt att vid bidragsfördelningen beakta skillnader i vårdbehov, vilket inte uppnås t.ex. vid en fördelning enbart efter antal invånare. Olika statistiska sammanställningar visar att det finns stora variationer när det gäller missbruksproblemens omfattning, främst mellan storstadsområden och mindre tätbefolkade områden. Fördelningen av bidraget till kommunerna bör därför grundas på ett mått som tar hänsyn till skillnader i behov. Det mått som nu främst kan läggas till grund för fördelningen är utnyttjandet av institutionsvård, vilket visar på sådana skillnader som jag nyss har berört. Samtidigt finns det anledning att vid fördelningen också ta hänsyn till nuvarande alkoholpolikliniker och vårdcentraler för narkotikamissbrukare. Den öppna missbrukarvården i övrigt är idag mycket svår att mäta både vad avser vårdresurser och vårdkonsumtion, och kan inte nu läggas till grund för fördelning av statsbidraget. En strävan bör dock vara att utveckla bättre mätmetoder, både för bidragsfördelnings-

ändamål och framför allt för att ge bättre kunskaper om vårdbehoven i stort, liksom om den öppna missbrukarvårdens omfattning och inriktning m.m.

Som jag tidigare har anfört bör den del av bidraget som även fortsättningsvis går till landstingskommuner, knytas till vissa angivna resurser.

4.8 Vårdresursplanering inom missbrukarvården

Ansvar för vårdresurserna inom missbrukarvården vilar f.n. på såväl kommuner som landstingskommuner. Inom varje landstingsområde bedrivs en gemensam planering avseende socialtjänstens institutioner. Kravet på en gemensam plan regleras i 23 § SoL.

I 7 § socialtjänstförordningen (1981:750), SoF, preciseras planens innehåll. Planen skall bl.a. visa vem som ansvarar för institutionernas drift och behovet av nya hem. Vidare anges att planen "skall utvisa institutionsresurser i privat regi och sådana resurser i öppen vård som har betydelse för bedömningen av behovet av hem för vård eller boende".

Syftet med institutionsplaneringen är bl.a. att ge överblick över behov och resurser samt att samordna resurser och utnyttjandet av dessa.

De nu gällande planerna, som avser tiden fram t.o.m. år 1986, är i hög grad inriktade på institutionsvård. Detta bör dock ses bl.a. mot bakgrund av att arbetet med dessa planer i ganska stor utsträckning präglades av frågor som hängde samman med kommunernas och landstingskommunernas övertagande av huvudmannaskapet för en rad institutioner.

Både kommuner och landstingskommuner bedriver emellertid också öppenvårdsverksamheter som riktar sig till bl.a. missbrukare, vilka i något skede kan bli aktuella för institutionsvård. Förändringar i öppenvården, både när det gäller dess omfattning och inriktning, kan ha stor betydelse för bedömningen av behovet av institutionsresurser.

En planering som i hög grad är institutionsinriktad innebär risk för att institutionsvården överdimensioneras. För att undvika denna och andra negativa effekter och för att åstadkomma en optimal avvägning mellan resurser i öppen vård resp. i institutionsvård är det nödvändigt att planeringen av dessa olika resurser samordnas i en gemensam vårdresursplan. En utveckling i denna riktning kan skönjas på vissa håll i landet. De nuvarande planbestämmelserna, vilka även innefattar resurser i öppen vård, har emellertid inte fått ett tillräckligt genomslag i planerna.

Arbetet med de nu gällande planerna har emellertid inneburit att kommuner och landstingskommuner har funnit former för samarbetet i här aktuella frågor. Därmed har också skapats förutsättningar för en utvecklad och förbättrad planering. På vissa håll har också påbörjats försök med bredare analyser av vårdbehov m.m.

Det är enligt min mening angeläget att redan i nästa planeringsomgång, vilken avser tiden 1987-1989, få till stånd planer som utgår från det totala behovet i fråga om missbrukarvård m.m. och som också omfattar olika typer av vårdresurser. Detta framstår som särskilt angeläget med hänsyn till att det

nuvarande statsbidraget till alkoholpolikliniker och vårdcentraler slås ihop med institutionsbidraget till en för kommunerna fritt disponibel resurs. Syftet med sammanslagningen av bidragen är just att åstadkomma ett bättre samspel och en mindre skarp gräns mellan öppen vård och institutionsvård. Jag finner det därför angeläget att detta också får genomslag i planeringen.

En samlad vårdresursplanering bör bl.a. leda till en större samordning av kommunernas och landstingskommunernas verksamheter inom missbrukarvården och barn- och ungdomsvården, vilket bör resultera i ett effektivare utnyttjande av de samlade vårdresurserna. Planeringen blir också ett viktigt instrument vid behandling av frågor om omstrukturering, utveckling, eventuella nedläggningar etc.

En vårdresursplanering skapar också bättre förutsättningar för en samlad uppföljning av vårdens utveckling och av att denna ligger i linje med intentionerna bakom en statsbidragsreform.

5 Förslag till utformning av ett nytt statsbidrag till missbrukarvård m.m.

5.1 Inledning

Med de utgångspunkter som jag redogjort för i det föregående har nu en överenskommelse träffats mellan statens förhandlingsnämnd och företrädare för Landstingsförbundet resp. Svenska kommunförbundet om ett nytt statsbidrag till missbrukarvård m.m. Den träffade överenskommelsen, som återfinns i *bilaga 1*, bör enligt min mening godkännas. Överenskommelsen ligger till grund för mina förslag i det följande.

5.2 Bidragets innehåll och fördelning

Jag föreslår att de nuvarande statsbidragen till hem för vård eller boende resp. till alkoholpolikliniker och vårdcentraler för narkotikamissbrukare samt till försöksverksamhet med familjevård för vuxna missbrukare upphör och ersätts med ett statsbidrag till missbrukarvård m.m.

Statsbidraget bör utgå i form av kommunbidrag, platsbidrag och omstrukturingsbidrag.

5.2.1 Kommunbidrag

Kommunbidraget bör utgå till kommunerna för olika typer av insatser för missbrukare och vissa ungdomar. Kommunerna äger därvid fritt disponera bidraget till olika verksamheter för missbrukarvård m. m. vilka drivs av kommuner/landstingskommuner, kommunalförbund eller till olika verksamheter som drivs av organisationer, stiftelser eller annan huvudman med ideell inriktning.

Kommunbidraget fördelas utifrån det genomsnittliga antalet vård dagar som varje kommun har utnyttjat vid statsbidragsberättigade institutioner under åren 1983 och 1984. Kommuner som under dessa år har utnyttjat den statsbidragsberättigade institutionsvården i liten utsträckning eller inte alls, får ändå del av bidraget på så sätt att alla kommuner garanteras ett bidrag motsvarande 20 % av det genomsnittliga antalet vård dagar per 1 000 invånare i riket som helhet. Vidare skall beaktas den nuvarande fördelningen av statsbidraget till alkoholpolikliniker och vårdcentraler för narkotikamissbrukare.

Som jag tidigare nämnt är ett av syftena med ett sammanslaget statsbidrag att luckra upp gränsen mellan öppen vård och institutionsvård och att skapa möjligheter till utveckling av vård i mellanformer m.m. Detta syfte uppnås också när huvuddelen av bidraget inte specialdestineras till vissa vårdformer utan går till kommunerna, som ges frihet att välja de för sina respektive behov och förutsättningar lämpligaste vårdformerna.

Utnyttjandet av institutionsvård torde f.n. vara det mest rättvisande måttet på behovet av missbrukarvård och bör därför läggas till grund för fördelningen av bidraget. Det finns emellertid också starka skäl att värna om de värdefulla resurser som utgörs av alkoholpolikliniker och de vårdcentraler som vissa kommuner och landstingskommuner driver. Dessa bör därför beaktas vid fördelningen av kommunbidraget. I övrigt saknas bra och tillförlitliga mått på verksamheten i öppen vård. Det är angeläget att arbetet med att finna bättre behovsmått fortsätter.

5.2.2 Platsbidrag

Platsbidrag bör utgå till huvudmän för vissa institutioner, med ett bestämt belopp per plats.

De institutioner som skall erhålla platsbidrag är i huvudsak de f.d. statliga nykterhetsvårdsanstalterna och ungdomsvårdsskolorna. Institutionerna finns angivna i bilagorna 1 A och 1 B till den nämnda överenskommelsen.

Det främsta skälet till att utge platsbidrag till vissa institutioner är att dessa av delvis historiska skäl och på grund av sin karaktär har betydligt högre kostnader än flertalet institutioner i övrigt. Det rör sig om institutioner med en hög personaltäthet, vilka främst vänder sig till den mest utsatta gruppen missbrukare och ungdomar. Institutionerna, som har stora upptagningsområden, har i allmänhet resurser för tvångsvård av missbrukare och ungdomar vilka behöver stå under särskilt noggrann tillsyn.

De här aktuella institutionerna är således kostnadskrävande enheter, för vilka staten genom statsbidraget idag svarar för en stor del av kostnaderna. Huvudmän för dessa enheter är såväl kommuner som landstingskommuner. Ett genomförande fullt ut av principen att kommunerna skall ha hela kostnadsansvaret för vården skulle kunna äventyra dessa enheters existens, vilket skulle medföra en rad negativa effekter för vården av de mest utsatta grupperna.

5.2.3 Omstruktureringsbidrag

Omstruktureringsbidrag bör kunna utgå till huvudmän för dels sådana institutioner som blir berättigade till platsbidrag i det nya bidragssystemet, dels de f.d. erkända och enskilda nykterhetsvårdsanstalterna, vilka får bidrag i nuvarande bidragssystem och vilka finns angivna i bilaga 1 C till överenskommelsen.

Om en huvudman vidtar strukturförändringar som får till konsekvens att minst fem platser avvecklas vid en institution som är berättigad till platsbidrag, föreslår jag att omstruktureringsbidrag skall ges med ett fast engångsbelopp per avvecklad plats. Omstruktureringsbidrag skall även ges vid avveckling av minst en fjärdedel av antalet platser, dock lägst 10 platser, vid de f.d. erkända och enskilda nykterhetsvårdsanstalterna, även i detta fall med ett fast engångsbelopp per avvecklad plats.

Syftet med omstruktureringsbidraget är främst att underlätta en nödvändig omstrukturering av institutionsvården och att ge berörda huvudmän viss kompensation för de kostnader som uppstår vid avvecklingar av hela eller delar av institutioner.

Behovet av ett omstruktureringsbidrag är betingat av det ökade kostnadsansvar för vården som kommunerna får i det nya bidragssystemet. Kostnadsjämförelser mellan olika slag av vårdinsatser kan sannolikt komma att leda till en minskning av efterfrågan på institutionsvård. Antalet platser för sådan vård måste då begränsas. I en situation med sjunkande efterfrågan har institutionshuvudmännen begränsade möjligheter att genom avgiftshöjningar få täckning för sina kostnader. Det framstår därför enligt min mening som rimligt att staten bidrar till dessa omstruktureringskostnader.

Möjligheterna att erhålla omstruktureringsbidrag begränsas dock till sådana institutioner som i första hand bedöms bli berörda i en omstruktureringsprocess, nämligen de f.d. nykterhetsvårdsanstalterna och ungdomsvårdsskolorna. Dessa institutioner är i de flesta fall relativt stora och har vanligen också stora upptagningsområden. Vidare är de ofta geografiskt avskilt belägna, vilket bl.a. innebär att en alternativ användning av lokalerna kan vara svår att finna omedelbart. Det kan också råda brist på alternativ sysselsättning för de anställda vid institutionen. Jag har tidigare framhållit önskvärdheten av en utveckling av institutionsvården bl.a. mot mindre enheter och en mer differentierad vård. Genom förslaget om ett omstruktureringsbidrag kan en sådan utveckling underlättas.

5.3 Planering och uppföljning av vården

Jag har i det föregående framhållit vikten av att den nuvarande institutionsplaneringen för missbrukarvården utvidgas till en vårdresursplanering. Detta är särskilt angeläget eftersom ett viktigt syfte med ett sammanslaget statsbidrag till missbrukarvård är att luckra upp gränsen och förbättra samspelet mellan öppen vård och institutionsvård. Det är därför väsentligt att vården planeras i ett sammanhang.

Jag avser att senare föreslå regeringen att socialtjänstförordningen ändras på ett sådant sätt att vikten av att ta hänsyn även till öppenvårdsresurserna vid upprättandet av planerna över behovet av hem för vård eller boende ytterligare markeras. Jag förutsätter att kommuner och landstingskommuner redan vid nästa planeringsomgång under år 1986 strävar efter att ge planerna, som avses gälla åren 1987–1989, ett innehåll enligt vad jag här har skisserat.

Som jag tidigare nämnt har socialstyrelsen en viktig uppgift både när det gäller att ge kommuner och landstingskommuner råd och stöd bl.a. vid planeringen och när det gäller att följa upp vårdens utveckling.

Jag föreslår att socialstyrelsen, bl.a. mot bakgrund av den önskvärda utvecklingen mot en samlad vårdresursplanering, årligen efter samråd med de båda kommunförbunden till socialdepartementet skall redovisa en sammanställning och analys av de förändringar som har skett inom missbrukarvården m.m. Materialet skall bl.a. ligga till grund för fortsatta ställningstaganden i fråga om statsbidraget.

5.4 Bidragssystemets ikraftträdande m.m.

Jag föreslår att det nya statsbidraget till missbrukarvård m.m. träder i kraft den 1 januari 1986. Samtidigt upphör bidraget till driften av hem för vård eller boende. Bidraget till alkoholpolikliniker och vårdcentraler för narkotikamissbrukare, som nu utbetalas för kalenderår i efterskott, bör i princip upphöra redan fr. o. m. den 1 januari 1985 och kommer således, vid bifall till mina förslag, att utbetalas sista gången under år 1985 för den verksamhet som har bedrivits under år 1984. Jag kommer senare att föreslå regeringen att förordningen (1981:614) om statsbidrag till kommunernas verksamhet med alkoholpolikliniker skall upphävas.

Det nya statsbidragssystemet avses gälla under fyra år, dvs. fram till utgången av år 1989. Fyraårsperioden motiveras bl.a. av behovet av klara förutsättningar för kommunernas och landstingskommunernas planering av den verksamhet som bidraget avser. Samtidigt finns behov av en brytpunkt för fortsatta överväganden om statsbidraget, bl.a. utifrån den uppföljning av vårdens utveckling som jag tidigare har nämnt.

Vidare föreslår jag att det bidragssystem avseende hem för vård eller boende vilket har gällt för åren 1983 och 1984 (prop. 1980/81:196, SoU 1981/82:23, rskr 92) skall gälla även för år 1985.

5.5 Bidragsbelopp m.m.

Den träffade överenskommelsen innebär att bidragssystemet för åren 1983 och 1984 avseende hem för vård eller boende förlängs att gälla också för år 1985. Bidraget skall för år 1985 baseras på ett belopp av 711 milj. kr. vilket är samma nominella nivå som för år 1984. Det totala bidraget fördelar sig enligt följande.

	milj. kr.
ungdomsvårdsskolor	257
nykterhetsvårdsanstalterna Gudhem, Runnagården (med Bro- torp), Hornö, Frösö, Hesselby samt ett LVM-hem i Stockholms kommun och ett i Göteborgs kommun	68
övriga nykterhetsvårdsanstalter	225
behandlings- och inackorderingshem för narkotikamissbruka- re	42
inackorderingshem för alkoholmissbrukare	119
	<hr/> 711

Överenskommelsen innebär vidare att ett nytt bidragssystem införs från och med år 1986, och skall gälla till och med år 1989. I det nya bidragssystemet ingår även det nuvarande statsbidraget till alkoholpolikliniker och vårdcentraler för narkotikamissbrukare samt statsbidraget för försöksverksamhet med familjevård för vuxna missbrukare. Det slutliga bidragsbeloppet för år 1986 fastställs i överenskommelsen till 810 milj. kr. vilket sammantaget innebär samma nominella nivå som för år 1984 för motsvarande verksamheter.

Av det totala bidraget om 810 milj. kr. beräknas 169 milj. kr. komma att utgå i form av platsbidrag till vissa institutionshuvudmän.

Jag föreslår att statsbidraget utbetalas av socialstyrelsen enligt den fördelning som statens förhandlingsnämnd anmäler.

6 Särskilda medel för utvecklingsinsatser

Det föreslagna nya statsbidragssystemet ger helt andra förutsättningar än det nu gällande för att stimulera en angelägen utveckling och förändring av vården enligt de riktlinjer som jag tidigare har dragit upp. Den ingånga överenskommelsen ger uttryck för en gemensam grundsyn mellan staten och kommunerna i fråga om den förändring och utveckling som är angelägen på detta område. Jag utgår från att förändrings- och utvecklingsarbetet i allt väsentligt skall kunna äga rum inom ramen för den förändring av statsbidragen som här föreslås. Denna uppfattning har också starkt hävdats från de båda kommunförbundens sida.

I statsbudgeten finns redan nu vissa medel avsedda för stöd till utvecklingsarbete inom missbrukarvården. Till betydande del har dessa medel avsatts i samband med regeringens förslag om en intensifierad narkotikapolitik (prop. 1984/85:19, SoU 8, rskr 104). Medlen finns anvisade bl. a. under anslaget J 5 Utveckling och försök med vissa vårdformer.

De medel som här avses är emellertid främst avsedda för rena öppenvårdssatsningar. Som en komplettering till detta och till det nya statsbidragssystemet finner jag det angeläget att även skapa visst utrymme för att i särskilda fall kunna ge ett projektinriktat statligt stöd med inriktning på vissa speciella nya eller förändrade former av institutionsvård eller alternativ till sådan vård.

Bidrag bör således kunna utgå för särskilda utvecklingsprojekt inom missbrukarvård m. m. främst för rena projektkostnader men även i form av igångsättnings- eller omställningsbidrag under en begränsad tidsperiod, i synnerhet när det gäller verksamheter som startas av stiftelser eller andra ideella organisationer. Utvecklingsbidrag bör utgå under högst tre år. Under denna tid bör en utvärdering av verksamheten genomföras.

Jag föreslår att för år 1986 avsätts 10 milj. kr. i särskilda utvecklingsmedel för sådana ändamål som jag här har beskrivit. För budgetåret 1985/86 uppgår medelsbehovet således till 5 milj. kr. Medlen bör disponeras av socialdepartementet enligt de bestämmelser som regeringen meddelar.

7 Anslagsfrågor

FEMTE HUVUDTITELN

H Socialt behandlingsarbete, alkohol- och narkotikapolitik

H 2. Bidrag till alkoholpolikliniker och vårdcentraler

1983/84	Utgift	87 740 043
1984/85	Anslag	89 901 000
1985/86	-	-

Med ändring av vad som föreslagits i proposition 1984/85:100, bilaga 7, bör anslaget upphöra. Bidraget ingår i nytt anslag Bidrag till missbrukarvård m. m.

H 2. Bidrag till missbrukarvård m. m.

1985/86	Förslag	405 000 000 (nytt anslag)
---------	---------	---------------------------

Från anslaget utgår bidrag till missbrukarvård m. m. i enlighet med den överenskommelse mellan statens förhandlingsnämnd, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet som jag redogjort för ovan. Bidraget avser första halvåret 1986.

H 3. Bidrag till driften av hem för vård eller boende

1983/84	Utgift	627 264 684
1984/85	Anslag	618 000 000
1985/86	Förslag	355 500 000

Från anslaget utgår bidrag till driften av hem för vård eller boende i enlighet med den överenskommelse mellan statens förhandlingsnämnd, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet som jag redogjort för ovan. Bidraget avser andra halvåret 1985.

H 5. Utveckling och försök med vissa vårdformer

1983/84	Utgift	4 775 702	Reservation 1 920 676
1984/85	Anslag	7 000 000	
1985/86	Förslag	23 060 000 ¹	

¹ Inkl. vissa från tidigare anslaget J 6 överförda medel.

Utöver vad som föreslagits i proposition 1984/85:100, bilaga 7, föreslår jag att 5 milj. kr. anslås till försöksverksamhet med inriktning på nya eller förändrade former av institutionsvård eller alternativ till sådan vård.

8 Hemställen

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen

att bemyndiga regeringen att godkänna överenskommelsen mellan statens förhandlingsnämnd samt företrädare för Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet om statsbidrag till missbrukarvård m. m.

att till Bidrag till driften av hem för vård eller boende för budgetåret 1985/86 anvisa ett förslagsanslag av 355 500 000 kr.

att till Bidrag till missbrukarvård m. m. för budgetåret 1985/86 anvisa ett förslagsanslag av 405 000 000 kr.

att med ändring av vad som föreslagits i proposition 1984/85:100 bilaga 7, inte anvisa något anslag till Bidrag till alkoholpolikliniker och vårdcentraler.

att till Utveckling och försök med vissa vårdformer för budgetåret 1985/86 anvisa ett reservationsanslag av 23 060 000 kr., dvs. 5 000 000 kr. utöver vad som föreslagits i proposition 1984/85:100, bilaga 7.

8 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att anta de förslag som föredraganden har lagt fram.

Bilaga 1

Protokoll, fört vid förhandlingar den 5 mars 1985 mellan statens förhandlingsnämnd samt företrädare för Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet om statsbidrag till missbrukarvård m. m.

Närvarande: Statens förhandlingsnämnd överdirektören Svante Englund, departementssekreteraren Agneta Rönn-Diczfalusy, departementssekreteraren Maj-Britt Grufberg och byrådirektören Hans Jelf. Landstingsförbundet avdelningschefen Ulf Wetterberg och 1:e sekreteraren Anders Hedberg. Svenska kommunförbundet direktören Sune Eriksson och sektionschefen Karl-Axel Johansson.

Svenska staten, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet har den 10 april 1980 träffat överenskommelse om ändrat huvudmannaskap för ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter m. m. Parterna var ense om att statsbidrag för verksamheten skulle utgå till kommun/landstingskommun. Statsbidragets utformning skulle medge handlingsfrihet för kommun/landstingskommun och vid den närmare utformningen skulle schablonisering av statsbidraget eftersträvas.

Den 25 mars 1981 överenskom parterna om en statsbidragskonstruktion som i avvaktan på erfarenheterna av konstruktionen skulle tillämpas under åren 1983 och 1984.

Enligt socialtjänstlagen har kommunerna ansvar för att den enskilde får den vård som behövs. Detta gäller även vård i hem för vård eller boende. Av detta vårdansvar följer att kommunerna också har kostnadsansvar för aktuella insatser. Kommunerna bör härigenom ha ett särskilt ansvar för att resurserna svarar mot aktuella behov och utnyttjas på ett effektivt sätt.

Målsättningen med det nya statsbidragssystemet är att reducera olämpliga styreffekter. I detta syfte disponeras huvuddelen av bidragssumman fritt av kommunerna för åtgärder inom missbrukarvården. Viss institutionsvård bedöms dock fortfarande bära garanteras särskilda bidrag.

Det råder bred enighet om att en omstrukturering är önskvärd inom de aktuella vårdområdena.

Det finns inte anledning att begränsa synen på omstrukturering till endast förändringar inom institutionsvården. Det måste vara en riktig utveckling att institutionsvård ersätts av andra slag av insatser, t. ex. inom den öppna verksamheten. Det är alltså önskvärt att statsbidragssystemet inte motverkar en sådan utveckling.

Kommuner och landstingskommuner har ett gemensamt ansvar för att behovet av hem för vård eller boende tillgodoses. Det åligger dem att bedriva gemensam planering. Denna planering bör kunna spela en central roll vid hantering av frågor om omstrukturering.

Det är väsentligt att den institutionsplanering som enligt socialtjänstlagens 23 § skall läggas till grund för resursernas användning utvecklas i riktning mot en samlad vårdresursplanering som även innefattar öppenvårdsresursernas utnyttjande.

Mot denna bakgrund träffas följande överenskommelse.

1. Parterna är ense om att för åren 1986 till och med 1989 tillämpa ett bidragssystem enligt bilaga 1 till detta protokoll.

2. Parterna är ense om att statsbidrag för år 1986 skall uppgå till 810 miljoner kronor.

Anmärkning

Den närmare fördelningen på olika bidragstyper skall fastställas senast den 1 december 1985.

3. Parterna är ense om statsbidrag för år 1985 enligt bilaga 2 till detta protokoll.

4. Denna överenskommelse skall för att bli gällande godkännas av regeringen, styrelsen för Landstingsförbundet och styrelsen för Svenska kommunförbundet.

Detta protokoll är upprättat i tre exemplar, av vilka parterna tagit var sitt.

Stockholm den 5 mars 1985

Vid protokollet

Hans Jelf

Justeras

För svenska staten
Statens förhandlingsnämnd

Svante Englund

För Landstingsförbundet

Ulf Wetterberg

För Svenska kommunförbundet

Sune Eriksson

Bilaga 1

Till protokoll den 5 mars 1985 mellan statens förhandlingsnämnd samt företrädare för Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet om statsbidrag till missbrukarvård m. m.

Överenskommelse om konstruktion av statsbidrag till missbrukarvård m. m. för åren 1986–1989

1. Staten skall utge statsbidrag till kommun/landstingskommun för missbrukarvård m. m. enligt följande regler.

Anmärkning

Nuvarande statsbidrag till alkoholpolikliniker och vårdcentraler för narkotikamissbrukare upphör från och med den 1 januari 1985 och ersätts med statsbidrag enligt denna överenskommelse. Statsbidrag till försöksverksamhet med familjevård för vuxna missbrukare upphör från och med den 1 januari 1986 och ersätts med statsbidrag enligt denna överenskommelse.

2. Statsbidraget utgår i form av platsbidrag, omstruktureringsbidrag och kommunbidrag enligt punkterna 3–5 denna överenskommelse.

3. Platsbidrag utgår till huvudmän för i bilaga 1 A angivna ungdomsvårdsskolor med 250 000 kronor per inskrivningsplats och med 100 000 kronor per utskrivningsplats.

Platsbidrag utgår till huvudmän för i bilaga 1 B angivna nykterhetsvårdsanstalter med 100 000 kronor per plats.

Platsbidrag utgår endast för platser som är i drift.

Platsbidrag erhålles från och med den månad platsen tas i drift till och med den månad platsen tas ur drift.

Platsbidrag för platser som inte är i drift innehålls av staten eller i förekommande fall återbetalas till staten. Huvudman för institution enligt bilaga 1 A och 1 B skall före den 1 november det år platsbidraget avser till staten anmäla vilka platser och vid vilken tidpunkt platserna tagits i respektive tagits ur drift.

Platsbidrag som inte utnyttjats under ett år eller del därav utbetalas nästkommande år tillsammans med och efter samma principer som kommunbidraget.

Anmärkning

Som ett led i omstruktureringen skall ske en årlig översyn av bilaga 1 A och 1 B.

4. Om huvudman vidtar strukturförändringar med konsekvensen att minst fem platser avvecklas vid en institution angiven i bilaga 1 A eller 1 B utgår omstruktureringsbidrag med 250 000 kronor per plats vid ungdomsvårdsskola och med 100 000 kronor per plats vid nykterhetsvårdsanstalt. Detta gäller inte utskrivningsplatser enligt bilaga 1 A. Omstruktureringsbidrag utgår även vid avveckling av minst en fjärdedel av antalet platser, dock lägst tio platser, vid institution angiven i bilaga 1 C med 60 000 kronor per plats.

Omstruktureringsbidrag kan endast utgå en gång för angivet antal platser. Beslut om avveckling skall före den 1 november året före avvecklingsåret anmälas till staten. Medel beräknade för platsbidrag som avvecklas enligt bestämmelserna i denna punkt överförs till kommunbidrag.

5. Kommunbidrag utgår till kommuner fördelat med utgångspunkt från det genomsnittliga antalet utnyttjade vård dagar för åren 1983 och 1984 vid statsbidragsberättigade institutioner enligt protokoll 25 mars 1981 med senare överenskomna förändringar, dock att alla kommuner garanteras kommunbidrag motsvarande 20 procent av det riksgenomsnittliga antalet vård dagar per 1 000 invånare. Vidare skall beaktas den nuvarande fördelningen av statsbidrag till alkoholpolikliniker och vårdcentraler för narkotikamissbrukare.

Kommunbidrag utgår för respektive år med det belopp som återstår sedan platsbidrag och omstruktureringsbidrag frånräknats det totala statsbidraget till missbrukarvård m. m.

Kommun äger fritt disponera kommunbidraget för åtgärder inom missbrukarvård m. m. till olika verksamheter som drivs av kommuner/landstingskommuner, kommunalförbund eller till olika verksamheter som drivs av organisationer, stiftelser eller annan huvudman med ideell inriktning.

6. Platsbidrag och kommunbidrag utbetalas med halva årsbeloppet den 1 april respektive den 1 oktober det år bidraget avser. Omstruktureringsbidrag utbetalas vid samma tillfällen.

Anmärkning

För institution som drivs av annan än kommunal/landstingskommunal huvudman skall omstruktureringsbidrag utbetalas till den kommun/landstingskommun till vilken institutionen knutits genom vårdavtal. Omstruktureringsbidraget är främst avsett att bidra till institutionshuvudmannens avvecklingskostnader.

7. Socialstyrelsen skall årligen efter samråd med Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet till socialdepartementet redovisa en sammanställning och analys av de förändringar som har skett inom missbrukarvården m. m.

Anmärkning

Parterna är överens om vikten av en länsvis vårdresursplanering. Denna skall göras i samverkan mellan landstingskommunen och kommunerna inom respektive landstingsområde. Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet åtar sig att rekommendera att denna gemensamma planering av vårdresurserna inriktas på en prövning av möjligheterna till omstrukturering av vården.

Parterna är överens om att nästa planeringsomgång enligt socialtjänstlagens 23 § skall präglas av en samlad vårdresursplanering som även innefattar öppenvårdsresursernas utnyttjande. Parterna förutsätter att denna planering är avslutad före den 1 oktober 1986.

Parterna är vidare överens om att gemensamt svara för att en uppföljning sker av utvecklingen av missbrukarvården m. m.

Bilaga 1 A

Till protokoll den 5 mars 1985 mellan statens förhandlingsnämnd samt företrädare för Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet om statsbidrag till missbrukarvård m. m.

Ungdomsvårdsskolor

Huvudman	Skola	Antal in- skrivnings- platser	Antal ut- skrivnings- platser
Stockholms läns landstingskommun	Bärby	38	
	Hammargården	33	
	Lövsta	42	
Uppsala kommun	Eknäs	20	6
Södermanlands läns vårdförbund	Håkanstorp	16	
Linköpings kommun	Folåsa	15	8
Jönköpings läns landstingskommun	Långanäs	26	
	Stigby	21	
Kristianstads läns landstings- kommun	Ryagården	32	6
	Östra Spång	24	
Malmöhus läns landstingskommun	Råby	27	6
Malmö kommun	Åbygården	8	
Göteborgs- och Bohus läns lands- tingskommun	Gräskärr	40	6
Göteborgs kommun	Fagared	40	20
Älvsborgs läns landstingskommun	Brättegården	20	
Skaraborgs läns landstingskommun	Margretelund	24	
Västmanlands läns landstingskommun	Sundbo	36	6
Västernorrlands läns landstings- kommun	Vemyra	24	
Norrbottnens läns landstingskommun	Johannisberg	24	
	Summa	510	58

Bilaga 1 B

Till protokoll den 5 mars 1985 mellan statens förhandlingsnämnd samt företrädare för Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om statsbidrag till missbrukarvård m. m.

Nykterhetsvårdsanstalter

Huvudman	Anstalt	Platsantal
Stockholms kommun	LVM-hem Hornö	20 24
Jönköpings läns landstingskommun	Hessleby	67
Göteborgs kommun	LVM-hem	8
Skaraborgs läns landstingskommun	Gudhem	96
Örebro läns landstingskommun	Runnagården med Brotorp	88
Jämtlands läns landstingskommun	Frösön	53
	Totalt platsantal	356

Bilaga 1 C

Till protokoll den 5 mars 1985 mellan statens förhandlingsnämnd samt företrädare för Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet om statsbidrag till missbrukarvård m. m.

Övriga nykterhetsvårdsanstalter

Huvudman/Vårdavtal med	Anstalt	Platsantal
Stockholms kommun	Edshemmet	36
	Ekebylund	25
	Hamnvikshemmet	30
	Härnö	20
	Karolinergården	53
	Kungsörstorp	44
	Kurön	65
	Kydingeholm	47
	Lida	28
	Lövstalund	16
	Pettersbergsgården	20
	Ribbingebäck	51
	Tingsåtra	32
	Tjärnan	48
	Östfora	91
Uppsala läns landsting	Eksåtra	26
Kommunalförbundet	Värnäs	44
Södermanlands läns vårdförbund	Dagöholm	40
Linköpings kommun	Solvikshemmet	34
Norrköpings kommun	Hägerstad	32
Jönköpings läns landsting	Röda korsets konvalescenthem	30
Kronobergs läns landsting	Rydsbrunn	63
Gotlands kommun	Västerbyhemmet	49
Blekinge läns landsting	Pålycke hemmet	56
Kristianstads läns landsting	Björstorp	52
Malmöhus läns landsting	Holma	69
Malmö kommun	Hindbyhemmet	30
	Karlsvik	40
Göteborgs och Bohus läns landsting	Arödshemmet	22
Göteborgs kommun	Ekåsa	40
	Romanäs	100
	Utbyhemmet	20
	Västkusthemmet	80
	Öjersjöhemmet	17

Älvsborgs läns landsting	Scheelegården	32
Skaraborgs läns landsting	Lindåsen	36
	Ekbacken	22
Värmlands läns landsting	Dennicketorp	31
Örebro läns landsting	Åsbrohemmet med	192
	Rällsögården	
Kopparbergs läns landsting	Älvgården	66
Gävleborgs läns landsting	Nordsjöhemmet	44
Gävle kommun	Glösbohemmet	19
Västernorrlands läns landsting	Nolaskog	32
	Stornäset	51
Kommunalförbundet i Västerbotten	Hällnäs	35
Norrbottens läns landsting	Holmforshemmet	39
	Öberga	28
	Summa	<u>2 077</u>

Bilaga 2

Till protokoll den 5 mars 1985 mellan statens förhandlingsnämnd samt företrädare för Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet om statsbidrag till missbrukarvård m. m.

Överenskommelse om statsbidrag till driften av hem för vård eller boende år 1985

1. 1985 års bidrag till driften av hem för vård eller boende skall baseras på ett belopp av 711 miljoner kronor.

Parterna är ense om att under kalenderåret 1985 tillämpa följande fördelning och utbetalning av driftbidraget.

	miljoner kronor
ungdomsvårdsskolor	257
nykterhetsvårdsanstalterna Gudhem. Runnagården (med Brotorp), Hornö, Frösö, Hessleby samt ett LVM-hem i Stockholms kommun och ett i Göteborgs kommun	68
övriga nykterhetsvårdsanstalter	225
behandlingshem och inackorderingshem för narkotikamissbrukare	42
inackorderingshem för alkoholmissbrukare	119
	<hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/> 711

2. Av det belopp som anges för viss kategori av institutioner skall 75 procent användas till bidrag till de huvudmän som driver eller åtagit sig ansvaret för driften av institutioner. Bidraget utgår med ett för varje angiven kategori av institutioner enhetligt belopp per vårdplats. För utskrivningsavdelningar/hospits vid ungdomsvårdsskolor samt den av IOGT-NTO tidigare drivna Lindesbergsgården begränsas bidraget till 40 procent av det belopp som utgår för plats inom skolan.

Anmärkningar

1. För institution som drivs av icke-kommunal/landstingskommunal huvudman skall bidraget utbetalas till den kommun/landstingskommun till vilken institutionen knutits genom vårdavtal.
2. Den del av faktisk nettokostnad för institutionens drift, som inte täcks genom det statliga bidraget, förutsätts ersättas av vårdtagarnas hemkommuner.

3. Återstoden av det belopp som i punkt 1 anges för viss kategori av institutioner skall sedan bidrag enligt punkt 2 frånräknats användas till bidrag till kommuner som under året haft att bestrida vårddagkostnad vid här avsedd institution. Bidraget utgår med ett för varje angiven kategori av institutioner enhetligt belopp per vårddag.

4. Institution, som har tagits eller kommer att tas i bruk under avtalsperioden, erhåller statsbidrag från och med den månad verksamheten påbörjats eller påbörjas.

Institution som avvecklats eller kommer att avvecklas under avtalsperioden erhåller statsbidrag till och med den månad verksamheten upphörde eller upphör.

Anmälan om att verksamheten startat eller upphört görs till utbetalande myndighet.

Statsbidrag till beslutade men ej igångsatta institutioner innehålls av staten.

5. Bidrag enligt punkt 2 utbetalas med en fjärdedel per den 15:e i månaderna februari, maj, augusti och november.

Bidrag enligt punkt 3 utbetalas snarast möjligt efter det att underlag för utbetalning föreligger.

Anmärkning

Utbetalningen avseende februari månad görs snarast efter det att denna överenskommelse godkänts.

Huvudmännen skall sammanställa och till staten insända ett gemensamt underlag för fördelning och utbetalning av bidragen.

6. Följande förändringar har genomförts och gäller för år 1985:

Ungdomsvårdsskolor

I Stockholms läns landstingskommun avvecklades 1984-12-31 sex utskrivningsplatser vid Bärby. I Uppsala kommun tillkom 1985-01-01 sex utskrivningsplatser vid Eknäs. I Malmöhus läns landstingskommun avvecklades 1984-08-31 åtta inskrivningsplatser vid Råby. I Malmö kommun tillkom 1984-09-01 åtta inskrivningsplatser vid Åbygården.

Övriga nykterhetsvårdsanstalter

I Stockholms kommun avvecklades 1984-12-31 fem platser vid Härnö, tre platser vid Kungsörstorp, en plats vid Pettersbergsgården och två platser vid Tjärnan. I Stockholms kommun tillkom 1985-01-01 Lövstalund 16 platser. I Gotlands kommun avvecklades 1984-12-31 fem platser vid Västerbyhemmet.

Behandlings- och inackorderingshem för narkotikamissbrukare

I Stockholms läns landstingskommun avvecklades 1983-12-31 Maria behandlingshem åtta platser och 1984-05-31 Åkersro gård åtta platser. I Stockholms läns landstingskommuner tillkom 1984-01-01 Rastaborg åtta platser och 1984-06-01 Moringen åtta platser. I Malmöhus läns landstingskommun avvecklades 1984-07-01 Billesholm åtta platser.

I Stockholms kommun avvecklades 1984-12-31 Karlshäll 20 platser och två platser vid Ingbogården. I Stockholms kommun tillkom 1985-01-01 Lidö 10 platser och fem platser vid Rätansgården, fem platser vid Skogaholm och två platser vid Gamla Västberga.

Inackorderingshem för alkoholmissbrukare

1983-12-31 avvecklades i Vetlanda kommun Bäckalyckan sex platser, i Lindesbergs kommun Hagabergshemmet fem platser, i Avesta kommun Älvbrohemmet 10 platser, i Kiruna kommun Bore 11 platser och i Västmanlands läns landstingskommun Kolbäck 14 platser. I Västmanlands läns landstingskommun tillkom 1984-01-01 Herrevadshemmet 14 platser. I Järfälla kommun avvecklades 1984-06-31 Stacken nio platser.

