Ref KB 05

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2014

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

Betänkande av IUM utredningen
om tvångsinstitutioner inom socialtjänsten

Ref KB 05

Betänkande av IUM utredningen
om tvångsinstitutioner inom socialtjänsten

Statens offentliga utredningar
1992:18
Socialdepartementet

Tvångsvård i socialtjänsten

– ansvar och innehåll

Betänkande av IUM-utredningen om tvångsinstutioner inom socialtjänsten
Stockholm 1992

SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget, som också på uppdrag av regeringskansliets förvaltningskontor ombesörjer remissutsändningar av dessa publikationer.

Adress: Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 Stockholm
Tel 08/739 96 30
Telefax: 08/739 95 48

Publikationerna kan också köpas i Informationsbokhandeln, Malmtorgsgatan 5, Stockholm.

REGERINGSKANSLIETS
OFFSETCENTRAL
Stockholm 1992

ISBN 91-38-10989-1
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för socialdepartementet

Genom beslut den 27 juni 1991 bemyndigade regeringen det statsråd som då hade till uppgift att föredra ärenden om barn- och familjefrågor att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att dels utreda de åtgärder som måste vidtas för att överföra de särskilda ungdomshemmen till statligt huvudmannaskap, dels belysa missbrukarvårdens innehåll och organisation vad avser tvångsvården. Med stöd av bemyndigandet tillkallades den 1 september 1991 som särskild utredare generaldirektören K G Scherman.

Att som sakkunniga biträda utredaren förordnades den 1 september 1991 sektionschefen Karl-Axel Johansson, Svenska kommunförbundet, sektionschefen Anders Hedberg, Landstingsförbundet, direktör Ragnar Götestam, Socialstyrelsen samt kanslirådet Sten Svensson, Socialdepartementet.

Till sekreterare förordnades avdelningsdirektör Fred Westerlund, fr o m den 1 oktober 1991 och revisor Leif Jacobson fr o m den 15 oktober 1991. På konsultbasis har till sekretariatet knutits professor Dick Ramström.

Utredningen har antagit namnet IUM-utredningen.

Under sitt arbete har utredningen haft tolv gemensamma sammanträden. Vid dessa har organisationer och andra beretts möjlighet att presentera sina synpunkter och önskemål. Utredningens sekreterare har besökt företrädare för olika huvudmän samt gjort studiebesök på ett antal institutioner. Fakta om vårdens omfattning och kostnader samt platsefterfrågan har insamlats via enkätformulär.

Regeringen har till utredningen överlämnat skrivelse från professor Sten Levander, chefsrådmännen Ulla Ljunggren-Thedéen och Leena Henriksson samt från fil kand Maths Jesperson. Vidare har till utredningen inkommit skrivelser från olika intressenter. Utredningen har vid sina överväganden tagit del av de synpunkter som framförts i skrivelserna.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet (SOU 1992:18) "Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll". I betänkandet föreslås att en ny statlig myndighet inrättas för ledning och uppföljning av verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen. Utredningen

redovisar även överväganden och förslag vad gäller tvångsvårdens innehåll. Särskild uppmärksamhet har ägnats frågan om vården av de mest svårbehandlade ungdomarna.

Uppdraget är härmed slutfört.

Stockholm i februari 1992

K G Scherman

/Fred Westerlund
Leif Jacobson

Innehållsförteckning

Sammanfattning 9

Författningsförslag 19

1 Bakgrund 27
1.1 Kortfattad historik 27
1.1.1 Ungdomsvården 27
1.1.2 Vårdanstalter för alkoholmissbrukare 29
1.2 Tidigare behandling av huvudmannaskapet 32
1.2.1 Allmän bakgrund 32
1.2.2 Vissa utredningar och rapporter 33
1.2.3 Tidigare riksdagsbehandling 36
1.3 Utredningens direktiv 39
1.4 Vissa andra utredningar av betydelse vid överväganden angående åtgärder inom ungdomsvården och missbrukarvården 40
1.5 Utredningsarbetet 42

2 Beskrivning av verksamheten 45
2.1 § 12-vården – omfattning, resurser, utveckling 45
2.2 LVM-vården – omfattning, resurser, utveckling 50
2.3 Behov och efterfrågan 56
2.3.1 § 12-vården 56
2.3.2 LVM-vården 61
2.4 Finansiering, bidragssystem och avgiftsformer 63
2.4.1 Finansiering 63
2.4.2 Tidigare gällande statsbidragssystem 63
2.4.3 Statsbidrag för perioden 1990-1992 64
2.4.4 Vårddygnsavgift 65
2.4.5 Avgifter 1991 67

3 Problemområden – § 12-vården 69
3.1 Särskilda vård- och behandlingsproblem 69
3.2 Differentering av vårdresurserna och regionindelning73 . . . . .
3.3 Intagningssystemet 80
3.4 Utslussning; samverkan öppenvård och insitution 82
3.5 Personal- och ledarutveckling 87
3.6 Forskning och utvecklingsarbete 88
3.7 Utredningens förslag avseende särskilda problem inom § 12-vården 89

3.7.1 Särskilda vård- och behandlingsproblem 90
3.7.2 Differentiering och regionindelning 99
3.7.3 Intagningssystemet 101
3.7.4 Utslussning och eftervård 103
3.7.5 Samverkan mellan öppenvård och institution 105
3.7.6 Samverkan med hälso- och sjukvården 106
3.7.7 Personal- och ledarutveckling 107
3.7.8 Forskning och utvecklingsarbete 108
3.8 Uppgifter för en gemensam huvudman 109

4 Missbrukarvården av vuxna 111
4.1 Differentieringen och regionindelning 111
4.2 Intagningssystemet 113
4.3 Personal- och ledarutveckling samt forskning och utvecklingsarbete 115
4.4 Utredningens förslag; LVM-vården. Regionindelning 116
4.4.1 Differentiering av LVM-vården 116
4.4.2 Inskrivning och intagning i LVM-hem 118
4.4.3 Personalutveckling och FoU-frågor 119
4.5 Uppgifter för en gemensam huvudman 120

5 Utgångspunkter för förslag till organisation m.m. 121
5.1 Förutsättningar för tvångsvården 121
5.1.1 Förutsättningar 122
5.1.2 Likheter och skillnader mellan § 12-vård och LVM-vård 124
5.2 Aktörer i vårdsystemet 127
5.3 Organisationsprinciper 128
5.3.1 Organisationsformen 128
5.3.2 Målstyrning 129
5.4 Förutsättningar för ekonomisk styrning 133

6 Organisationen och dess funktion 135
6.1 Organisationen i funktionstermer 135
6.1.1 Planeringsfunktionen 135
6.1.2 Ledningsfunktionen 137
6.1.3 Vård- och behandlingsfunktionen 137
6.1.4 Ekonomifunktionen 138
6.1.5 Personalfunktionen 138
6.1.6 Intagningsfunktionen 139
6.1.7 Utskrivningsfunktionen 139
6.1.8 Funktionen för lokalförsörjning och utrustning . . . 140

6.1.9 Kontrollfunktion i vård- och behandlingsfrågor . . . 140
6.1.10 Funktion för forskning, uppföljning och metodutveckling . . . 142
6.2 Huvudalternativen – gemensamma drag . . . 142
6.2.1 Beskrivning av huvudalternativen . . . 142
6.2.2 Gemensamma drag . . . 144
6.3 Helstatlig organisation . . . 147
6.3.1 Utgångspunkter . . . 148
6.3.2 Organisationsstrukturen . . . 148
6.3.3 Organisationen i detalj . . . 149
6.3.4 Funktioner på olika nivåer . . . 151
6.4 Statliga organisation med entreprenad . . . 156
6.4.1 Utgångspunkter . . . 156
6.4.2 Organisationsstrukturen . . . 157
6.4.3 Förutsättningar för entreprenadrelationen . . . 159
6.4.4 Funktioner på olika nivåer . . . 160
6.5 Konstruktion av bidrags- och avgiftsformer . . . 161
6.5.1 Statens anslag till institutionerna och övrigt stöd till verksamheten . . . 161
6.5.2 Förslag till förändring av statens stöd inför 1993 . 163
6.5.3 Kommunernas kostnadsansvar . . . 166
6.5.4 Överväganden och förslag beträffande vårddygns-avgifterna . . . 167
6.5.5 Nivån på vårddygnsavgifterna . . . 168
6.5.6 Kostnadsutvecklingen för vårdavgifterna . . . 168
6.5.7 Administrationskostnader . . . 169
6.6 Förslagens konsekvenser . . . 171
6.6.1 Grundläggande krav . . . 171
6.6.2 Likheter hos de jämförda organisationsalternativen 173
6.6.3 Olikheter mellan organisationsalternativen . . . 174
6.6.4 Jämförelse mellan alternativen . . . 175
6.6.5 Sammanfattande bedömning . . . 178
6.7 Finns ytterligare alternativ? . . . 178

7 Genomförande . . . 183
7.1 Steg i genomförandet . . . 183
7.1.1 Allmänna förutsättnigar . . . 183
7.1.2 Tidplan för genomförandet . . . 183
7.1.3 Myndighetens instruktion . . . 184
7.1.4 Personalfrågor . . . 184
7.1.5 Lokal- och fastighetsfrågor . . . 186

7.2 Lagstöd för verksamheten – förslag till ändringar av lag och författningar 189
7.2.1 23 § socialtjänstlagen (SOL) 189
7.2.2 26 § socialtjänstförordningen (SOF) 191
7.2.3 28 § socialtjänstförordningen (SOF) 192
7.2.4 22 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM 193
7.2.5 34 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM 194
7.2.6 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU 194
7.2.7 18 § socialtjänstförordningen (1991:710), SOF . . . 195
7.2.8 10 § socialtjänstförordningen, SOF 196
7.2.9 7 § socialtjänstförordningen, SOF 196
7.2.10 24 § socialtjänstförordningen, SOF 196

Bilaga 1 Till utredningen inkomna skrivelser: förteckning 197
Bilaga 2 PM angående vården vid de särskilda ungdomshemmen enligt 12 § LVU 199
Bilaga 3 PM angående vården vid hem enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM 229
Bilaga 4 Region syd 241
Bilaga 5 Tabeller 273
Bilaga 6 Kommittédirektiv 277

Sammanfattning

Inledning

Utredningen av tvångsinstitutionerna för ungdomar och missbrukare (IUM) redovisar i detta betänkande förslag till alternativa lösningar av tvångsvårdens organisation och arbetsformer med anledning av riksdagens principbeslut att § 12-hemmen enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, ska överföras från primär- och landstingskommunalt huvudmannaskap till statligt. Förslagen innefattar också ställningstaganden vad gäller den framtida organisatoriska ställningen för tvångsvården för vuxna missbrukare enligt lagen om vård av vuxna missbrukare i vissa fall, LVM, som även den sorterar under primär- och landstingskommunalt huvudmannaskap.

Utgångspunkter för diskussion och förslag har varit den oklara ansvarsfördelningen i nuvarande organisation som resulterat i minskat platsantal/platsbrist och dåligt utvecklad differentiering av vårdalternativen. Socialnämnderna har därmed fått stora problem att hitta institutionsplatser till de ungdomar och missbrukare som av samhället bedömts vara i behov av tvångsvård.

Utredningen redovisar även överväganden och förslag vad gäller tvångsvårdens innehåll. Särskild uppmärksamhet har ägnats frågan om vilka åtgärder som krävs för att de mest brottsbenägna ungdomarna skall kunna beredas vård inom samhällets socialtjänst. Utredningens förslag förutsätter vissa ändringar av gällande lagstiftning.

Disposition

Betänkandet omfattar sju kapitel. I kapitel 1 lämnas en kortfattad historik över socialvårdens tvångsinstitutioner. Vidare redogörs för bakgrunden till utredningsuppdraget, utredningens direktiv, andra utredningar med näraliggande uppdrag samt för utredningsarbetets bedrivande.

Kapitel 2 innehåller en beskrivning av verksamheten med inriktning på omfattning, resurser samt utvecklingstendenser inom LVU- och LVM-vården. I detta kapitel återfinns också en beskrivning av de ekonomiska förutsättningarna vad gäller framför allt statsbidragssystemet och de kommunala vårdavgifterna.

I kapitel 3 och 4 redogörs för aktuella problemområden inom vårdområdena. I avsnitten 3.7 samt 4.4 presenteras utredningens förslag till förändringar av LVU- respektive LVM-vårdens form och innehåll. I avslutande avsnitt 3.8 och respektive 4.5 redogör utredningen sammanfattande för den nye huvudmannens uppgifter.

I kapitel 5 presenterar utredningen vissa grundläggande utgångspunkter vad gäller begrepp, roller, organisatoriska principer och ekonomiska förutsättningar för de överväganden och förslag beträffande organisationen och dess funktioner samt finansieringen som sedan redovisas i kapitel 6.

Kapitel 7, slutligen, innehåller utredningens rekommendationer och förslag till hur huvudmannaskapsförändringen bör genomföras. Här belyses bl a tidplanen samt personal- och lokalfrågor.

Bakgrund (kapitel 1)

Inledningsvis (avsnitt 1.1) gör utredningen en historisk tillbakablick över tvångsvården för ungdomar och vuxna missbrukare. Den visar bl a att ansvaret/ huvudmannaskapet för dessa institutioner växlat under årens lopp. Så t ex har institutioner för ungdomar med för samhället oacceptabelt beteende tidigare drivits av såväl privata stiftelser, som omväxlande av staten och landstingen under beteckningarna "uppfostringsanstalt", "skyddshem" och "ungdomsvårdsskola".

Staten överlämnade ansvaret för verksamheten till kommuner och landsting 1983. Samtidigt övertog kommuner och landsting också ansvaret för de statliga riksanstalterna för nykterhetsvård. Tvångsinstitutionerna för vuxna missbrukare, LVM-hemmen, kan med hänvisning till lagen (LVM) indelas i "§ 23-hem", med rätt till inlåsning, och "§ 22-hem" som saknar denna rätt.

Verksamheten (kapitel 2)

Tvångsvården omfattar, vilket närmare redovisas i avsnitten 2.1 och 2.2, för närvarande ett 70-tal institutioner med cirka 1 800 platser och knappt 2 500 anställda. Ungdomsvårdens, § 12-hemmens, andel uppgår till 29 institutioner med sammanlagt 523 platser och cirka 1 200 anställda. Institutionerna är ojämnt fördelade över landet. De flesta finns i de befolkningstäta områdena runt de största städerna.

Verksamhetens kostnader och finansiering redovisas i avsnitt 2.4. Där

framgår att kostnaden för verksamheten 1991 enligt uppgifter från huvudmännen uppgick till cirka 900 Mkr, varav knappt hälften avsåg § 12-hemmen. Statsbidraget, som fördelas i förhållande till antal platser, täckte cirka 1/3 av kostnaderna och resterande del finansierades av kommunerna via vårdavgifter i direkt relation till utnyttjandet.

Varje huvudman beräknar och faställer vårdavgiften för sin/sina institutioner med ledning av självkostnadsprincipen. Avgifterna varierar stort mellan olika institutioner. För vissa § 12-hem har höga avgifter angivits som en viktig förklaring till kommunernas tveksamhet att genomföra placeringar.

Problemområden inom § 12- och LVM-vården
(kapitel 3 och 4)

Utredningen analyserar i ovanstående kapitel aktuella problemområden inom § 12- respektive LVM-vården och konstaterar därvid att dessa i mycket stor utsträckning är gemensamma. Rubrikerna på avsnitten i kapitlen 3 och 4 är därför i huvudsak likalydande

Särskilda vård- och behandlingsproblem (avsnitt 3.1) – som sammanhänger med att målgruppen för § 12-hemmen utgörs av ungdomar som på grund av arten och graden av sin problematik inte bedömts möjliga att vårda i öppna och frivilliga former. Vissa grupper av ungdomar befinner sig i gränszonen till kriminalvårdens respektive den slutna psykiatriska vårdens ansvarsområden. Det är främst för de senast nämnda grupperna som § 12-hemmen har haft stora problem att kunna erbjuda adekvata och tillräckliga vårdinsatser.

Differentiering av vårdresurserna (avsnitten 3.2 respektive 4.1) – som krävs med hänsyn till målgruppernas heterogena sammansättning vad avser t ex åldrar, personlig mognad, kön, grundläggande problematik, typ av missbruk. I dagens organisation, i vilken huvudmännen som regel planerar och inrättar institutionerna för det egna länets behov, har förutsättningarna för en tillräckligt utvecklad differentiering inte funnits. Endast ett fåtal huvudmän, storstäderna och enstaka landsting, har haft ett tillräckligt befolkningsunderlag för ett differentierat utbud av vårdalternativ inom tvångshemmen.

Intagningen av klienter på institutionerna (avsnitten 3.3 respektive 4.2) – intagningsbestämmelserna i lagstiftningen ger inte utrymme för huvudmannen/föreståndaren att avgöra *om* en klient är i behov av vård enligt LVU eller LVM eller *att* han skall beredas plats. Det avgör socialnämnden/ förvaltningsdomstolen. Han kan endast avgöra *vilket* hem

som är lämpligast. Trots detta har kommunerna haft stora problem att placera sina klienter. Man har fått besked om att hemmen varit fullbelagda eller att den berörde klienten haft en problematik som inte passar för den behandlingsmodell som hemmet tillämpar.

Utslussningen av ungdomar från § 12-hemmen (avsnitt 3.4) **samt samverkan mellan den öppna socialtjänsten och institutionerna** – utskrivning skall enligt lagstiftningen ske när syftet med vården är uppfyllt. Socialnämndernas begäran eller medgivande till utskrivning erfordras. Problemen sammanhänger med bestämmelsen att ungdomen enligt lag endast får vistas utanför hemmet i fyra veckor utan att skrivas ut. Detta omöjliggör en mjukare och mer flexibel utslussning med större hänsyn till individuella förhållanden och förutsättningar.

Socialnämnden har det yttersta vårdansvaret för ungdomar som är placerade på § 12-hem. För § 23-hem övergår vårdansvaret till hemmets föreståndare under vistelsen. Lagstiftarens intentioner är dock i bägge fallen att öppenvården och hemmet ska ha löpande kontakter under institutionsvistelsen och bl a samråda om former för utslussning och fortsatt behandling. Problemen härvidlag sammanhänger bl a med att personalgrupperna kan ha olika syn på klientens problem liksom på institutionernas roll och syftet med vistelsen på hemmet. Arbetssituationen inom öppenvården med uppsplittrade arbetsuppgifter och hög personalomsättning är andra faktorer som försvårat samarbetet.

Utbildning och forskning (avsnitt 3.5, 3.6 och 4.3) – det finns ingen grundutbildning för vård- och behandlingspersonal på tvångsinstitutioner. Detta är särskilt otillfredsställande främst med tanke på vårduppgiftens svårighetsgrad men även mot bakgrund av de höga kostnader som tvångsvården betingar. Utbildningsinsatserna har genomförts av respektive huvudman med varierade inriktning och omfattning. Detta har medfört att utbildningsnivån är ojämn över landet.

Kunskapen om tvångsvårdens effekter är bristfällig. Behovet av forskning bl a inriktad på utvärdering av metoder i praktiskt vårdarbete är stort.

Utredningens förslag

Mot bakgrund av beskrivningen av problem och brister inom § 12- och LVM-vården redovisar utredningen sina överväganden och förslag vad gäller vården i avsnitten 3.7 och 4.4 samt i kapitel 6 vad gäller organisationen och dess funktioner. Förslagen kan sammanfattas i följande 10 punkter.

1 **Enheter med särskilt hög bevakningsgrad inrättas. Ökad flexibilitet i utövandet av tvångsbefogenheterna.**

Utredningen har ägnat särskild uppmärksamhet åt frågan om hur de mest utagerande och brottsbenägna ungdomarna, som nu i hög utsträckning finns utanför § 12-vården, ska kunna beredas adekvat vård inom socialtjänsten. Enligt utredningen förutsätter en lösning på problemet att säkerhet och tillsyn ges hög prioritet och att höga krav ställs på behandlingsinnehållet.

Utredningen föreslår (avsnitt 3.7.1) att enheter med särskilt hög bevakningsgrad, som tillgodoser dessa krav, inrättas inom § 12-hemmen. I ett första skede föreslås att 5 avdelningar med sammanlagt 40 platser inrättas på med hänsyn till behovet lämpligt belägna § 12-hem. Kostnaderna för den nödvändiga resursförstärkningen vid dessa enheter finansieras delvis genom att statens verksamhetsbidrag för dessa platser föreslås bli 500 Tkr per år, dvs 100 Tkr högre än bidraget till övriga slutna platser på § 12-hemmen.

Utredningen föreslår vidare att den tid som en ungdom får vistas i låsbar enhet ska kunna utökas. Nu gäller en maximitid på två månader. Förslaget innebär att det under i lagen specificerade villkor och med huvudmannens godkännande skall vara möjligt att förlänga denna vistelse.

Utredningen föreslår också, att en begränsning av de intagnas rörelsefrihet på § 12-hemmen skall kunna ske utan överföring till särskild låsbar enhet. Onödiga avbrott i kontakten med ordinarie vårdteam kan därmed undvikas.

2 **Regionindelning som underlag för differentiering av vårdresurserna**

Utredningen anger i beskrivningen av verksamheten (avsnitten 3.7.2 och 4.4.1) ett antal tänkbara differentieringsgrunder – dvs karakteristika/ egenskaper hos olika klienter ex vis kön, ålder, personlig mognad, art och grad av problematik – för verksamhetens uppdelning i mindre målgrupper med särskilt avpassade behandlingsprogram. Problemet är att en utvecklad differentiering förutsätter ett geografiskt underlag som i regel är större än ett landstingsområde.

Utredningen har i anslutning till diskussionen om differentieringen också noterat önskemål från personal inom öppenvården och på institutionerna om att både kravet på närhet för den enskilde till hemort, familj, arbete/studier, socialsekreterare mm (socialtjänstlagens "närhetsprincip"), och kravet på en tillräcklig differentiering av institutionsvården bör tillgodoses.

Utredningen föreslår därför i avsnitt 3.7.2, att landet indelas i fem regioner. Varje region skall ha en befolkningsstorlek som räcker som underlag för en heltäckande differentiering av vårdalternativen inom tvångsinstitutionerna. Det förutsätts därmed att kommunerna i första hand skall tillgodose sina behov av tvångsplaceringar inom den egna regionen.

En sådan indelning kan också fylla en viktig funktion som bas för det nödvändiga samrådet mellan centralmyndigheten och berörda kommuner och landsting som "beställare" och "entreprenörer".
Vad gäller själva indelningen ansluter sig utredningen till den som socialstyrelsen tidigare föreslagit och som redovisas i avsnitt 3.7.2. Denna regionindelning synes för närvarande ha en förankring bland vårdens intressenter. Utredningen utesluter därmed inte att regionindelningen senare kan behöva justeras.

3 Endast en typ av LVM-hem

Företrädare för § 22-hemmen har påtalat de svårigheter som är förknippade med uppgiften att vårda LVM-dömda klienter utan rätt i lagen att hindra avvikningar. Nuvarande huvudmän har därför ansökt om att få konvertera ett antal § 22-hem till § 23-hem, som har laglig rätt till inlåsning och andra tvångsåtgärder. Socialstyrelsen har tidigare beviljat sådana ansökningar och prövar f n ytterligare ett antal ansökningar.

Utredningen har vid sin bedömning av denna fråga inte funnit några bärande skäl för att bibehålla skillnaden vad gäller tvångsbefogenheter mellan § 22- och § 23-hemmen. Utredningen föreslår därför i avsnitt 4.4.1 att en enhetlig typ av LVM-hem inrättas med de tvångsbefogenheter som nu tillkommer § 23-hemmen.

4 Huvudmannen ansvarar för intagningsbesluten

Intagningsfunktionen fyller två viktiga uppgifter förutom huvuduppgiften att placera enskilda klienter. Den ger löpande viktig information om förändringar i behovs- och efterfrågesituationen som kan användas som underlag för omstrukturering/utbyggnad av platsresurserna. Den är också ett viktigt instrument för att åstadkomma och upprätthålla en önskvärd differentiering mellan institutionerna.

Utredningen föreslår (avsnitten 3.7.3 och 4.2) att rätten att fatta intagningsbeslut skall tillfalla huvudmannen. Huvudmannen bör,

enligt utredningens bestämda uppfattning, givetvis samråda med institutionen, klienten och andra berörda inför placering.

5 Bättre förutsättningar för utslussning

Utredningen bedömer att det finns det ett stort behov av åtgärder som kan underlätta en successiv utslussning av ungdomar från § 12-hemmen i individuellt avpassade former.

Nu försvåras detta av bestämmelsen att ingen ungdom får vistas utanför hemmet längre tid än fyra veckor utan en formell utskrivning.

Utredningen föreslår därför i avsnitt 3.7.4, en ny bestämmelse i lagstiftningen som gör det möjligt för socialnämnder, som så önskar, att avtala med hemmet om förlängd vistelse utanför hemmet i samband med utslussning. Under denna tid kvarstår behandlingsansvaret hos § 12-hemmet.

6 Huvudmannen svarar för samordning av utbildning, forskning och utveckling

Utredningen har noterat att det finns flera angelägna utbildnings- och utvecklingsbehov inom tvångsvården. Det gäller bl a en gemensam grundutbildning för vård- och behandlingspersonal samt olika påbyggnadsutbildningar för den mer erfarna personalen. Dessutom finns, vilket ytterligare accentueras av de samlade förslagen i detta betänkande, behov av en kvalificerad chefs- och ledarutbildning som tar fasta på de speciella krav som ställs på ledare inom denna verksamhet. Forskningsinsatserna vad gäller bl a utvärdering av tvångsvårdens metoder behöver också samordnas och förstärkas.

Utredningen föreslår i avsnitten 3.7.7, 3.7.8 och 4.4.3 att huvudmannen ges ansvaret för utbildning, utveckling och FOU och att särskilda enheter inrättas för rikstäckande samordning av dessa frågor.

7 Staten blir huvudman för såväl § 12- som LVM-hemmen

Utredningen föreslår i avsnitt 5.1.2 att även LVM-hemmen överförs från kommuner och landsting till statligt huvudmannaskap. Förslaget motiveras med de uppenbara likheterna vad gäller främst målgrupperna samt tvångsbefogenheterna med åtföljande lagstiftning och krav på myndighetsutövning. Likheterna – och därmed samord-

ningsfördelarna – är stora även beträffande en rad andra förutsättningar som t ex vård- och behandlingsinnehåll, lokalfrågor, finansiering, utbildning och forskning, förhållandet till öppna socialtjänsten och till andra vårdmyndigheter ex vis sjukvården och psykiatrin.

8 En ny statlig myndighet inrättas

Utredningen föreslår i avsnitt 3.8 att en ny statlig myndighet, Statens institutionsstyrelse, inrättas för ledning och övervakning av tvångshemmen. Viktiga uppgifter för myndigheten är bl a

- planering, ledning och drift
- intagning av klienter på hemmen
- ekonomisk styrning, resultatuppföljning och kontroll
- personaladministration och personalutveckling
- fastighetsförvaltning
- metodutveckling och forskning

9 Kommuner och landsting kan driva institutioner på entreprenad

I motioner till riksdagen, liksom i direktiven till utredningen anförs att som ett alternativ till huvudförslaget, en helstatlig organisation, skall också ett förslag till organisation med entreprenadavtal utvecklas. De nuvarande huvudmännen på primär- och landstingskommunal nivå skulle således kunna fortsätta att svara för den löpande driftledningen av institutionerna. Några kommuner och landsting har till utredningen framfört sådana önskemål.

Utredningen föreslår som ett alternativ till den helstatliga organisationen i avsnitt 6.4 att nuvarande huvudmän, inom ramen för det statliga huvudmannaskapet, ska kunna driva hem på entreprenad. Som grundprincip gäller att den centrala myndigheten avtalar med varje entreprenör för sig om vårdprofil och differentiering av den/de institutioner som denne svarar för. Centralmyndigheten har även i detta alternativ ansvaret för samordning av behov och resurser, beslut om differentiering och utbyggnad, intagning samt den samlade uppföljningen av verksamheten. Entreprenaden innebär således främst ett administrativt driftansvar (arbetsgivar-/personal-, ekonomi- och lokalansvar). Villkoren för entreprenaden regleras i detalj i avtal mellan huvudmannen och entreprenören.

Utredningen har emellertid noterat, att ett inte obetydligt antal institutioner under alla förhållande kan förväntas övergå till helstatlig driftledning och bl a diskuterat centralmyndighetens funktioner och dimensionering med denna utgångspunkt.

10 Oförändrad modell för finansiering – enhetliga vårdavgifter

I kommittédirektiven preciseras förutsättningarna för verksamhetens finansiering. Så skall t ex statens samlade stöd till ungdoms- och missbrukarvården om 950 Mkr inte öka till följd av ny organisation. Direkt stöd till § 12- och LVM-hemmen skall utgå i förhållande till platsantal och kommunerna förutsätts även framdeles betala vårdavgifter i förhållande till platsutnyttnade.

Utredningen föreslår i avsnitt 6.5 mot denna bakgrund att nuvarande principer för kostnadsfördelning mellan staten och kommunerna bibehålls. Vidare förutsätts att de medel inom statens ekonomiska totalram, som inte åtgår för att täcka tvångsvårdens kostnader, liksom hittills fördelas mellan kommunerna som s k allmänt kommunbidrag.

Utredningen noterar samtidigt att staten som huvudman för tvångsvården också övertar det yttersta finansieringsansvaret för verksamheten.

Utredningen föreslår vidare att vårdavgifterna för § 12-hemmen differentieras så att en högre avgift tas ut för akut- och utredningsinsatser, som i regel sker på slutna enheter, än för mer långsiktiga behandlingsinsatser. Avgiftsnivåerna blir enhetliga för alla § 12- respektive LVM-hem i landet, således även för hem som drivs på entreprenad.

Författningsförslag

Förslag till

Lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Härigenom föreskrivs att 23 § socialtjänstlagen (1980:620) skall ha följande lydelse:

Alternativ 1. Med helstatlig organisation av § 12- och LVM-vården

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
23 §	
Behovet av hem för vård eller boende inom varje landstingskommun skall tillgodose av landstingskommunerna i området.	Behovet av hem för vård eller boende *enligt denna lag* inom varje landstingskommun skall tillgodoses av landstingskommunen och kommunerna i området.

Landstingskommunen och kommunerna upprättar gemensamt en plan över behovet av sådana hem och fördelningen av ansvaret för deras inrättande och drift

Behov av hem enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och hem enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall skall tillgodoses av staten.

Statens institutionsstyrelse är centralmyndighet för dessa hem. Styrelsen leder och övervakar verksamheten vid hemmen.

- - - - - - -

Alternativ 2: Statlig organisation med entreprenad.

1:a, 2:a och 3:e stycket har samma lydelse som i alternativ 1. Därtill läggs ett 4:e stycke

Staten kan genom avtal uppdraga åt landsting eller kommun att inrätta och driva sådant hem.

Förslag till

Lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Härigenom föreskrivs att 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga skall ha följande lydelse:

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
För vård av unga som på någon grund som anges i 3 § behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas särskilda ungdomshem.	
Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, *socialstyrelsen* beslutar vilka hem som skall vara sådana hem.	Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, *statens institutionsstyrelse* beslutar vilka hem som skall vara sådana hem. *I erforderlig omfattning skall det finnas särskilda enheter som är inrättade för att tillgodose behovet av hög bevakningsgrad.*

Förslag till

Lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Härigenom förskrivs i fråga om lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

dels att 23 § tas bort,

dels att 22 och 34 §§ skall ha följande lydelse

Alternativ 1. Helstatlig organisation

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
22 §	
Tvångsvård lämnas genom hem *som drivs av landstingskommuner eller kommuner och som är särskilt avsedda att lämna vård enligt denna lag* (LVM-hem).	Tvångsvård lämnas genom hem *för vilka staten är huvudman.* (LVM-hem).
Ett sådant hem skall ledas av en styrelse.	Ett sådant hem skall ledas av en styrelse *som utses av regeringen.*

Styrelsen förestår vården vid hemmet i den mån uppgiften inte har överlåtits på en särskild föreståndare.

Alternativ 2: Statlig organisation med entreprenad

	Tvångsvård lämnas genom hem *för vilka staten är huvudman och själv driver eller som drivs av landstingskommun och kommuner med vilka staten upprättat avtal därom* (LVM-hem).
	Ett sådant hem skall ledas av en styrelse, *som utses av regeringen.*

Styrelsen förestår vården vid hemmet i den mån uppgiften inte har överlåtits på en särskild föreståndare.

34 §	
Den som vårdas enligt denna lag i ett LVM-hem *för särskilt noggrann tillsyn* får hindras att lämna hemmet och i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för för att vården skall kunna genomföras. Hans rörelsefrihet får också inskränkas	Den som vårdas enligt denna lag i ett LVM-hem får hindras att lämna hemmet och i övrigt .... personalens säkerhet.

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

när det behövs av hänsyn till andra intagnas eller personalens säkerhet.

Förslag till ändring i socialtjänstförordningen(1981:750)

Härigenom föreslås följande ändringar i socialtjänstförordningen (1981:750):

dels att 24 § tas bort,

dels att 7, 10, 18, 26, och 28 §§ skall ha följande lydelse

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

7 §

Den plan över hem ..... dessa behov. Av planen ..... i privat regi.

Av planen skall vidare framgå vilka hem som är avsedda för vård enligt 22 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall samt för särskild tillsyn enligt 23 § samma lag och 12 § lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Planen, som ..... till socialstyrelsen.

10 §

Vid hem för vård ..... verksamhet.

Om kompetenskrav för föreståndare vid sådana hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) och i 22 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall meddelar socialstyrelsen närmare föreskrifter sedan Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har beretts tillfälle till samråd. Detsamma gäller i fråga om personal med vård- och behandlingsuppgifter vid sådana hem, i den mån det anses påkallat.

18 §

Om inskrivning beslutar föreståndaren, om inte huvudmannen har bestämt annorlunda. Har huvudmannen bestämt en annan ordning för inskrivningen skall huvudmannen meddela socialnämnderna samt länsstyrelsen i länet om vad som gäller.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	Om inskrivning i hem enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall beslutar statens institutionsstyrelse.
	Statens institutionsstyrelse bestämmer vilken ordning som ska gälla i akuta ärenden där styrelsen inte kan nås för beslut och där beslutet inte kan avvaktas.

Vid beslut om inskrivning skall särskilt beaktas att hemmet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt.

26 §

Den *intagne får beredas vård vid en enhet som är låsbar eller på annat sätt inrättad för särskilt noggrann tillsyn* om det är nödvändigt med hänsyn till den intagnes, övriga intagnas eller personalens säkerhet, eller för att i övrigt genomföra vården.	Den *intagnes rörelsefrihet får begränsas genom att den enhet där han skall vistas hålls låst för honom* om det är nödvändigt med hänsyn till den intagnes, övriga intagnas eller personalens säkerhet, *eller om det är nödvändigt för att förhindra att den intagne avviker* eller för att i övrigt genomföra vården.
Den intagne vår vistas inom en sådan enhet under högst två månader i följd. *Om särskilda behandlingsskäl föranleder det, får dock vistelsen pågå längre tid förutsatt att någon av de omständigheter som anges i första stycket föreligger och den intagne samtidigt ges möjligheter till vistelse i öppnare former eller utanför hemmet.*	*Begränsning av rörelsefriheten enligt första stycket får pågå* under högst två månader i följd. *För intagna vars tillsynsbehov kräver särskilt hög bevakningsgrad får dock tiden för rörelsebegränsning förlängas.*
	Sådan förlängning beslutas av Statens institutionsstyrelse efter särskild framställan från föreståndaren. Styrelsen skall ompröva beslut om förlängning varannan månad.
	Begränsning av rörelsefriheten skall inte pågå längre tid än nödvändigt och skall avslutas så snart det kan ske med hänsyn till de omständigheter som anges i första stycket.

28 §

Nuvarande lydelse

28 § Den intagne har rätt att i lämplig utsträckning ta emot besök och telefonsamtal samt att vistas utanför hemmet. En vistelse utanför hemmet skall i fråga om den som bereds vård med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga avse en på förhand bestämd tid, dock högst fyra veckor. Om vistelse.....socialnämnden. (Förordning 1990:185).

Föreslagen lydelse

28 § a): För den som är intagen med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga får beslut om vistelse utanför hemmet avse längre tid än fyra veckor, dock högst ett år, om vistelsen har till syfte att underlätta den unges anpassning i samhället.

Den som förestår vården får besluta om förlängd vistelse utanför hemmet så snart det kan ske med hänsyn till den unges utveckling och behov. Vården under förlängd vistelse utanför hemmet skall vara anordnad så att den kan antas främja den unges utveckling och skall beslutas efter överenskommelse med socialnämnden.

När förutsättningar för förlängd vistelse inte längre föreligger, får den som förestår vården besluta att den unge skall återföras till hemmet.

1 Bakgrund

1.1 Kortfattad historik

1.1.1 Ungdomsvården

Omhändertagande och vård av barn och unga som brutit mot samhällets normer har i någon form förekommit i vårt land sedan århundraden. Äldre omhändertagandeformer var oftast knutna till straffinrättningar som främst var avsedda för vuxna. På 1600-talet reglerades en del av denna verksamhet genom Gustav II Adolfs tukthusförordningar. Under 1700-talet inrättades allmänna arbets-, rasp- och spinnhus vid vilka till en början även barn och unga kunde intagas. Ett förbud mot intagning av barn under 7 års ålder på rasp- och spinnhus kom 1741.

De första institutionerna som till form och innehåll påminner om dagens institutioner började inrättas under mitten av 1800-talet, ofta genom filantropisk verksamhet. Dessa institutioner kunde gå under benämningen räddnings- och uppfostringsanstalter och tog emot barn som var övergivna eller "vanartiga och i sedligt avseende försummade".

Den första direkta föregångaren till dagens § 12-hem var stiftelsen Råby räddningsinstitut som inrättades 1838 och fortfarande drivs som § 12-hem under Malmöhus läns landsting med den gamla stiftelsen som delägare.

Under senare delen av 1800-talet och första delen av 1900-talet inrättades flera olika institutioner för unga pojkar och flickor. Begreppet skyddshem börjar uppträda under denna tid och blev kvar fram till 1946, när en ny stadga för "statens skolor tillhörande barna-och ungdomsvården" tillkom.

Skyddshemmen inrättades och drevs av flera olika huvudmän såsom enskilda organisationer eller stiftelser. Vissa försök att förmå landstingen att inrätta och driva skyddshem hade inte lett till några påtagliga resultat. I en skrivelse till Kunglig Maj:t 1918 anförde fattigvårdslagstiftningskommittén att det borde åvila staten att tillse att erforderligt antal skyddshem komme till stånd. Åtminstone menade man att staten borde inrätta särskilda skyddshem för sådana intagna som hade ett fördärvligt inflytande på de medintagna eller inverkade menligt på fostringsarbetet. Även för andligt och kroppsligt sjuka elever borde särskilda skyddshem inrättas.

Kommitténs arbete utmynnade i 1924 års barnavårdslag vari bl a fastställdes att staten skulle ha ansvaret för de särskilda skyddshem som skulle bereda vård åt speciellt svårfostrade, andligt eller kroppsligt sjuka elever samt för de elever som ansågs vara i behov av speciell tillsyn. För de övriga skyddshemmen skulle landstingen bära huvudansvaret.

Den i lagen införda skärpningen av landstingens ansvar för skyddshemmen gav inga nämnvärda resultat. Även från statens sida var de praktiska åtgärderna tämligen sparsamma. Behovet av vårdplatser för specialklientelet tillgodosågs genom att staten träffade avtal med enskilda anstalter, vilka åtog sig de uppgifter som enligt lagen åvilade staten. Sålunda träffade staten avtal för vården av det manliga specialklientelet med stiftelsen Åkerbrukskolonin å Hall, samt för motsvarande kvinnliga klientel med Stockholms Stadsmission som för ändamålet inrättade Skarvikshemmet år 1927.

Det under 1920- och 1930-talen splittrade huvudmannaskapet och frånvaron av en gemensam ledning av verksamheten medverkade till en mycket oenhetlig utveckling av skyddshemmen. De otidsenliga vårdformer som länge bibehölls inom vårdformen och de auktoritära och ibland kränkande behandlingsinslag som förekom, ledde till en kraftig kritik av hemmen under 1930-talet. År 1934 tillsattes skyddshemssakkunniga som fick i uppgift att göra en översyn av verksamheten vid skyddshemmen. De sakkunniga riktade allvarlig kritik mot verksamheten och kunde bl a konstatera att statens skyddshem för specialklientelet inte kommit till stånd. Man påtalade också missförhållanden på Hall som drevs på statens uppdrag.

De sakkunnigas betänkande utmynnade i en rad förslag, varav några av de viktigaste innebar att staten skulle överta ansvaret för hela verksamheten samt att skolorna skulle indelas i yrkesskolor och skolhem. Undervisningen av eleverna skulle effektiviseras och skulle för de icke skolpliktiga inriktas på yrkesutbildning. För de psykiskt abnorma skulle en särskild anstalt inrättas. För detta ändamål startades Lövstaskolan år 1941.

Med dessa beslut startade den process som skulle förvandla skyddshemmen till statliga ungdomsvårdsskolor. Genomförandet kom emellertid att ta hela 1940-talet i anspråk. Den långa genomförandetiden berodde dels på de krångliga ägarförhållandena, dels på att andra världskriget lade broms på utvecklingen. Först år 1950 var hela förstatligandeprocessen klar. Vid denna tidpunkt fanns 25 ungdomsvårdsskolor, varav 10 för kvinnligt klientel.

Under tiden efter beslutet om förstatligande inleddes en utveckling av vårdens innehåll som präglades av en ny syn på vanartens uppkomst och

orsaker. Man introducerade ett nytt betraktelsesätt som gick under beteckningen *läkepedagogik*. Vanartsreaktionerna uppfattades som symtom på en felutveckling, vars orsaker man intresserade sig för. Inställningen var orsakssökande och behandlingen skulle inriktas på att undanröja eller modifiera de svårigheter som orsakat felutvecklingen.

Man lade stor vikt vid behandlingsklimatet och strävade efter att utveckla anstalterna mot öppenhet och att åstadkomma förtroendefulla relationer mellan personal och elever. Yrkesutbildning och eftervård var sådana inslag i verksamheten som gavs en framträdande plats.

Till följd av lagändringar beträffande ansvaret för de unga lagöverträdarna och för att förhindra de alltmer talrika rymningarna tvingades man inrätta slutna avdelningar. De första inrättades 1946 på Lövsta och Långanäs.

Under 1950- och 1960-talen fullföljdes en redan på 1940-talet inledd utveckling mot den lilla gruppens princip samt en utökad personaltäthet och förstärkt eftervård. Även platsantalet utökades fram till mitten av 1960-talet när en avmattning av efterfrågan började bli märkbar. Efterfrågan fortsatte att minska fram till slutet av 1970-talet när en stabilisering inträdde på en betydligt lägre nivå än tidigare.

Socialutredningen (SOU 1974:39) framhöll som en principiell utgångspunkt för institutionsvården att det primärt bör vara kommunens ansvar att anordna och tillhandahålla institutionsresurser. Landstingen bör åläggas ansvaret för att skapa de instututionella resurserna i den mån inte kommun eller annan huvudman drar försorg om detta.

Socialutredningens principiella syn kom delvis att utgöra grund för socialtjänstlagens bestämmelser om resursansvar. Utredningens förslag om kommunalt ansvar ändrades efter remissomgången så att regeringen i sin proposition till riksdagen föreslog ett delat ansvar mellan landsting och kommuner. Detta blev också riksdagens beslut. De statliga institutionerna överfördes från staten till de nya huvudmännen den 1 januari 1983.

1.1.2 Vårdanstalter för alkoholmissbrukare

Sverige fick sin första lagstiftning inom nykterhetsvården 1913 då alkoholistlagen tillkom. Lagen trädde dock inte i kraft förrän den 1 augusti 1916. Under 1920-talet gjordes ett antal utredningar med förslag till ändring av 1913 års lag. Detta resulterade i 1931 års revision av alkoholistlagen, vilken trädde i kraft den 1 juli 1932. Denna lag ersattes med en ny lag om nykterhetsvård den 24 juli 1954. 1954 års lag, gav nykterhetsnämnderna inte endast rätt, utan också skyldighet, att

ingripa mot någon som kunde konstateras vara alkoholmissbrukare. Huvudsakligen skulle nämnderna sträva efter att utforma sina ingripanden i form av hjälpåtgärder där stor hänsyn skulle tas till den enskildes behov och förutsättningar. Tvångsåtgärder var möjliga men skulle i princip endast användas då missbruket var långt framskridet och hemfallenhet åt alkoholmissbruk kunde konstateras.

För vården av alkoholmissbrukare hade det redan före alkoholistlagens tillkomst funnits enskilda anstalter eller vårdhem för alkoholister, vilket var den då gängse benämningen.

Den första statliga alkoholistanstalten, Venngarn, togs i drift 1916 då alkoholistlagen (lagen av den 30 juni 1913) började tillämpas. Senare tillkom flera statliga anstalter men huvuddelen av vårdanstalterna kom att drivas av annan huvudman än staten. Namnet alkoholistanstalter ändrades 1955 till "allmänna vårdanstalter för alkoholmissbrukare" för att understryka den ändrade inriktning mot vård som kommit att prägla anstalternas verksamhet.

Systemet med vårdanstalter för alkoholmissbrukare utvecklades efter två linjer. Staten anordnade och drev dels egna anstalter, dels bidrog staten ekonomiskt till anordnande och drift av institutioner som drevs av enskilda organisationer. Dessa institutioner fick efter godkännande av Kunglig Maj:t benämningen "erkända anstalter". Vid båda dessa typer av anstalter kunde tvångsvård bedrivas med stöd av nykterhetsvårdslagen.

Förutom de allmänna anstalterna fanns det enskilda anstalter för alkoholmissbrukare. Vården vid dessa var helt frivillig och ej beroende av nykterhetsvårdslagens bestämmelser.

Statens ansvar för vården vid anstalterna kom så småningom att i princip omfatta hela kostnaden för vården. Staten svarade genom ett driftsanslag över statsbudgeten för de statliga anstalterna. Statens bidrag till de erkända och enskilda anstalterna utgick dels som ett garantibidrag per dag och vårdplats, dels som ett beläggningsbidrag per dag och vårdad person.

Under statens ansvar låg även att genom socialstyrelsen handha den direkta ledningen av de statliga anstalterna samt att utöva tillsyn över vården. Socialstyrelsen hade också till uppgift att anvisa plats i de allmänna anstalterna samt besluta om överflyttningar mellan dessa.

För vården av vuxna narkotikamissbrukare fanns före den nuvarande lagens (LVM) tillkomst endast frivillig vård att tillgå. Nykterhetsvårdslagen omfattade enbart alkoholmissbrukarna. För att stimulera utbyggnaden av frivilligvården för narkotikamissbrukarna föreslogs i 1968 års statsverksproposition att staten skulle lämna bidrag till vissa vårdformer för sådana missbrukare. Från år 1969 har beteckningen varit

behandlingshem och inackorderingshem för narkotikamissbrukare. Bidrag till driftkostnader skulle kunna utgå med belopp motsvarande högst 75 procent av styrkta nettokostnader, dock högst ett belopp motsvarande ett visst maximibelopp som fastställdes i statsbudgeten för varje budgetår.

Anordnings-och driftbidrag kunde utgå till landstingskommun eller kommun, förening eller stiftelse.

I propositionen 1979/80:1 om socialtjänsten framlades förslag till en ny socialtjänstlagstiftning som skulle ersätta bl a lagen (1954:579) om nykterhetsvård. Förslaget präglades av de principiella utgångspunkterna om individens självbestämmanderätt och delaktighet och att insatserna i enskilda ärenden skulle bygga på frivillighet. Lagförslaget innehöll inga möjligheter till tvångsingripande mot vuxna. I stället föreslogs att indikationerna för ingripande enligt LSPV skulle vidgas till att omfatta även de missbrukare som var i behov av avgiftning och annan psykiatrisk vård. Vården skulle inriktas på att skapa förutsättningar för fortsatt vård i frivilliga former.

Socialutskottet ansåg emellertid att frågan om tvångsvård av missbrukare borde bli föremål för ytterligare utredning. Efter särskild utredning presenterades ett förslag till ny lag om vård av missbrukare i vissa fall (SOU 1981:7), som kunde antagas och träda i kraft den 1 januari 1982.

Lagen innebar en hel del ändringar i förhållande till den gamla nykterhetsvårdslagen från 1954. Tvångsvård kunde med den nya lagen beredas såväl alkohol- som narkotikamissbrukare. Dessutom gavs frivilliga åtgärder en mer framträdande plats. Vidare maximimerades vårdtiden till två månader, dock med möjlighet till förlängning i vissa fall med ytterligare högst två månader. Genom lagändring 1989 utökades vårdtiden med stöd av LVM till maximalt sex månader.

I samband med socialtjänstreformen, då den nya socialtjänstlagen (1980:620) och de särskilda tvångslagarna inom missbrukarvården, LVM (1980:1243), samt inom ungdomsvården, LVU (1980:621) infördes, beslutades också att ansvaret för planering, anordnande och drift av de institutioner som skulle användas för vården av missbrukare liksom för barn och unga skulle delas mellan landstingskommunen och kommunerna i varje län (SoL § 23). Behovet av sådana institutioner skulle redovisas i en särskild plan som förnyas vart tredje år (SoF § 7).

I enlighet med socialtjänstlagens bestämmelser överfördes huvudmannaskapet för missbrukarvårdens institutioner från staten till kommuner och landsting från och med den 1 januari 1983.

1.2 Tidigare behandling av huvudmannaskapet

1.2.1 Allmän bakgrund

Frågan om huvudmannaskapet för den tunga institutionsvården har som framgått av föregående kapitel varit föremål för upprepade överväganden under 1900-talet. Flera modeller att lösa ansvarsfrågorna har också tillämpats. Alla har som ett väsentligt syfte haft att säkerställa tillgången till ändamålsenliga institutionella resurser för de mest utsatta klienternas behov. Den senaste förändringen beträffande huvudmannaskapet genomfördes den 1 januari 1983, när de dåvarande statliga ungdomsvårdsskolorna och vissa nykterhetsvårdsantalter överfördes från staten till landstingskommuner och kommuner. Reformen genomfördes i samband med införandet av socialtjänstlagen (1980:620), vilken trädde i kraft den 1 januari 1982.

Socialtjänstlagen ålägger socialnämnderna ansvar för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett familjehem eller i ett hem för vård eller boende (SoL § 22).

I 23 § anges att behovet av hem för vård eller boende skall tillgodoses av landstingskommunen och kommunerna i varje landstingsområde. Vidare åläggs landtingskommunen och kommunerna att gemensamt upprätta en plan över behovet av sådana resurser och fördelningen av ansvaret för deras inrättande och drift.

I 7 § socialtjänstförordningen (1981:750) preciseras vilket innehåll planen skall ha.

Förändringen av huvudmannaskapet tillkom efter principiella överväganden och analys av problemställningarna i socialutredningen (SOU 1974:39 Socialvården. Mål och medel). Utredningen angav tre principer som borde vara av grundläggande betydelse vid utformning och utnyttjande av de institutionella resurserna, nämligen principerna om kontinuitet, flexibilitet och närhet. Dessa principer borde enligt utredningen ersätta de grunder för differentiering av institutionerna som dittills hade tillämpats.

Närheten till hemorten skulle underlätta en bearbetning av de problem som fanns i klientens familjerelationer och samtidigt möjliggöra en kontinuitet i relationerna till behandlare inom såväl öppenvården som institutionsvården.

Kravet på flexibilitet framfördes för att betona värdet av att stödet till klienten anpassas till klientens aktuella behov, förutsättningar och totala sociala situation. En alltför stel och regelstyrd organisation skulle försvåra detta.

Andra faktorer som hade betydelse för utredningens ställningstagande i valet av huvudman för institutionerna var dels de problem som man funnit inom institutionsvården, dels den principiella diskussion om ansvar som utredningen genomförde.

De problem som anfördes var dels den bristande anpassningen till de nyss nämnda principer som utredningen funnit viktiga, dels de svårigheter som följt av den splittrade vårdstrukturen. Man anförde särskilt problem med samverkan mellan institutionerna och olika andra samhällsorgan såsom den öppna socialtjänsten, hälso- och sjukvården och skolan.

Den analys socialutredningen gjorde beträffande ansvarsfrågorna ledde till slutsatsen att olika typer av ansvar – kostnadsansvar, vårdansvar, behandlingsansvar och resursansvar – inte behövde vara knutna till en och samma huvudman. Analysen utmynnade i slutsatsen att det vore svårt att förena de krav på verksamheten som utredningen hade ställt med ett fortsatt statligt huvudmannaskap för någon del av institutionsvården. I stället borde kommunerna åläggas det totala ansvaret för anordnande och drift av hem för vård eller boende.

Dock fanns enligt utredningen vissa praktiska svårigheter för de mindre kommunerna att ta detta totalansvar. Utredningens förslag blev därför att det skulle vara ett *primärt* ansvar för varje enskild kommun att anordna och tillhandahålla institutioner. Landstinget skulle åläggas ansvaret att skapa de institutionella resurserna i den mån kommun eller annan inte drog försorg om det. Länsstyrelsen skulle enligt förslaget kunna ålägga landstinget, men inte kommunen, att anordna institutionella resurser.

I socialtjänstpropositonen 1979/80:1 delade föredragande minister socialutredningens grundläggande inställning till kraven på närhet, flexibilitet och kontinuitet. Föredraganden gjorde i likhet med utredningen bedömningen att ett ändrat huvudmannskap borde kunna medverka till en anpassning av socialtjänstens institutioner till de krav som utredningen ställt på verksamheten.

Den av socialutredningen föreslagna ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting ändrades dock i propositionen och riksdagen antog en utformning av lagen som gav kommunerna och landstinget i varje landstingsområde att gemensamt ansvar för de institutionella resurserna.

1.2.2 Vissa utredningar och rapporter

Under 1980-talet har frågan om resurser och kvalitet inom missbrukarvården uppmärksammats bl a av socialstyrelsen och JO. I rapporter och

beslut har brister påtalats. De refereras kortfattat i detta avsnitt.

Lagen (1980:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) gav socialtjänsten möjlighet att bereda vård utan den enskildes samtycke under vissa i lagen angivna förutsättningar. En nyhet i lagen jämfört med tidigare nykterhetsvårdslag, var att även narkotikamissbrukare kunde bli föremål för tvångsvård. När huvudmannaskapet överfördes från staten till landsting och kommuner, fanns därför inga institutioner som hade erfarenhet av tvångsvård av narkomaner. De institutioner, som med den nya lagens införande kom att få dessa uppgifter, hade tidigare varit statliga eller i vissa fall erkända anstalter för alkoholmissbrukare. De tidigare statliga anstalterna kom att få de särskilda tvångsbefogenheter som avsågs i § 18 LVM och ställdes därför inför kravet att ta hand om de mest svårbehandlade klienterna. På grund av den omstrukturering som inleddes efter huvudmannaskapsförändringen minskade platsantalet vid dessa institutioner så att platsantalet inte kom att motsvara rådande efterfrågan.

Socialstyrelsen gjorde i en skrivelse 1985-05-31 regeringen uppmärksam på de brister i planeringen som medfört betydande svårigheter att bereda plats för de mest vårdbehövande, bland vilka de tunga narkomanerna var en speciell grupp. Av de 307 platser, som vid hvudmannaskapsskiftet fick § 18-status, hade 148 platser försvunnit genom s k omstrukturering under de två första åren. Socialstyrelsen visade också på att vårdresursplanerna inte uppmärksammat problemen i tillräcklig omfattning.

Justitieombudsmannen har i ett antal rapporter visat att det finns avsevärda brister inom institutionsvården. I en undersökning (1987-03-31, Dnr 447-1986) om de särskilda ungdomshemmen (§ 12-hemmen) konstaterar JO att reglerna om resurs-och planeringsansvar äventyrar socialtjänstlagens målsättning att hemmen skall utgöra en särskilt kvalificerad resurs för de mest utsatta ungdomarna. JO ansåg det inte längre försvarbart att med landstingsområdet som bas hålla den kostnadskrävande resurs som hemmen utgör för att tillgodose behoven hos de relativt sett få ungdomar det är fråga om. Det ifrågasattes om inte landet borde indelas i större regioner för att på så sätt nå ett tillräckligt underlag för att dessa särskilt kvalificerade resurser skulle kunna bibehållas som en resurs inom socialtjänsten. Behovet av ett centralt intagningssystem borde uppmärksammas. JO påtalade också behovet av regler som på ett tydligare sätt klargjorde ansvaret för eftervårdande insatser. Vidare framhöll JO att personalutbildningen eftersattes.

I sitt beslut 1991-04-15 återkommer JO med sin kritik av vården och de ansvarsförhållanden som styr § 12-vården. Med utgångspunkt i ett

antal enskilda ärenden konstaterar JO att problem som påvisats i rapporten från 1987 kvarstår. De ärenden som redovisas visar hur resursbristen inom LVU-vården leder till att de mest vårdbehövande unga i allt större omfattning överlämnas till kriminalvården. Vidare konstateras att bristerna varit kända under lång tid. Krav har gång efter annan framställts om en resursuppbyggnad, som utgår från större upptagningsområden än landstingets. Likaså har fördelarna med ett centralt intagningsförfarande och en fungerande eftervård betonats, men bristerna kvarstår.

JO drar slutsatsen att den nu gällande lagstiftningen är otillräcklig för att säkerställa vården av de mest utsatta ungdomarna.

Bristerna i det nuvarande regelsystemet sammanfattas av JO enligt följande. Planförfarandet ger ett otillräckligt underlag för ställningstagande till de behövliga resurserna. Huvudmannens ansvar är inte tillräckligt entydigt bestämt. Det regionala underlaget för resursplaneringen är otillräckligt. Ett ovillkorligt verkställighetsansvar kan inte förenas med ett på avtal grundat medelbart resursansvar. Tillämpade regler för intagning medger inte ett effektivt resursutnyttjande.

När det gäller behovet av lagändringar anför JO att resursansvaret bör läggas fast direkt i lagen, varvid ansvaret bör omfatta en större region än landstinget. JO anser inte längre att det finns anledning anta att ett i grunden bristfälligt regelsystem genom partiella förändringar kan bringas i funktion. JO är också tveksam till om det finns tid att avvakta resultatet av de på frivillig väg gjorda försöken att genom en regional samverkan täcka resursbristen. Den mest näraliggande lösningen måste enligt JO:s mening vara att huvudmannaskapet för de särskilda ungdomshemmen återgår till staten. Först härigenom skulle basen för verksamheten kunna medge den nödvändiga differentieringen av vården. Vidare skulle förutsättningar ges för ett centralt intagningsförfarande och en bättre anpassning av resurserna till behoven. Även i fråga om eftervård torde sådana förbättringar kunna nås, att de unga kan ges möjlighet till den sociala anpassning som de har rätt till.

Socialstyrelsen har i två rapporter till regeringen berört frågan om de bristande vårdresurserna vid de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen. I socialstyrelsens rapport 1990:4, Vård utom hemmet, redovisades den del av det s k REBUS-projektet som rör barn och ungdomar, som omhändertagits av samhället. Socialstyrelsen föreslog vissa åtgärder för att komma till rätta med problemen vid de särskilda ungdomshemmen. Bl a föreslog styrelsen en utvecklad regional samverkan, en samordnad intagning, ett ändrat utskrivningsförfarande samt ett tydliggörande av behandlingsansvaret.

Den 25 juni 1990 överlämnade socialstyrelsen en rapport över inventering av behov och resurser inom den tunga missbrukar- och ungdomsvården. Styrelsen konstaterade att de särskilda ungdomshemmen har minskat i antal och vad gäller platser under 1980-talet trots en betydande efterfrågeökning. De efterfrågeundersökningar styrelsen gjort visade att endast omkring 20 procent av de ungdomar, för vilka socialnämnderna sökt plats, kunde beredas plats vid ansökningstillfället. Styrelsen bedömde att det fanns ett behov av ca 150 – 200 nya platser vid de särskilda ungdomshemmen, utöver redan planerad utbyggnad. Styrelsen pekade också på behovet av en översyn av hemmens differentiering och regelsystem. Beträffande huvudmannaskapet anfördes att det torde krävas någon form av länsövergripande huvudmannaskap för varje region eller för hela landet. Resursansvar och intagningsansvar måste ligga på samma organ och på hög ansvarsnivå.

Socialstyrelsens rapport visade beträffande missbrukarvården att det totala antalet platser inom den tunga vården minskat. Visserligen har antalet s k § 23-platser (tidigare § 18-platser) ökat, men detta motsvarades av en motsvarande minskning av övriga LVM-platser. Styrelsen beräknade att platserna för särskild tillsyn inom LVM borde öka med totalt omkring 200 platser.

1.2.3 Tidigare riksdagsbehandling

Problem med platsbrist och bristande överensstämmelse mellan socialtjänstens behov av instituionella vårdinsatser och huvudmännens anpassning av institutionerna har påtalats av flera olika instanser. Förutom av JO och socialstyrelsen har bristerna påtalats i olika sammanhang av Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Problemen har även uppmärksammats i riksdagen vid flera tillfällen.

I betänkandena SoU 1987/88:17 och 1988/89:SoU:1 uttalade socialutskottet oro för att dåvarande statsbidragssystem kunde ha negativa effekter, framför allt för vården av de mest utsatta ungdomarna.

I proposition 1989/90:25 hemställde regeringen att riksdagen skulle godkänna en ny bidragskonstruktion för åren 1990 – 1992. Platsbristen påtalades i propositionen. Vidare ansåg föredraganden det angeläget att det utvecklades en betydligt mer differentierad vårdstruktur. Det föreslagna statsbidragssystemet avsåg att särskilt ta hänsyn till bl a de mest utsatta grupperna av ungdomar och missbrukare. En länsövergripande planering av resurser och ökad regional samverkan borde komma till stånd enligt propositionen. En rikstäckande behovsinventering skulle vara genomförd den 1 juli 1990. Riksdagens beslut att godkänna

bidragsöverenskommelsen innebar att det riktade stödet till de särskilda ungdomshemmen och till missbrukarvården ökade inom totalramen. Bl a höjdes det statliga platsbidraget samtidigt som en ökad andel av det totala statsbidraget avsattes för utvecklingsinsatser inom främst den tunga missbrukar- och ungdomsvården.

I samband med riksdagens behandling av propositionen om en ny lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (Prop 1989/90:28 SoU15, rskr 112), behandlades ett stort antal motionsyrkanden om problem och brister när det gällde vården av ungdomar vid de särskilda ungdomshemmen. Socialutskottet underströk vikten av att det fanns ett tillräckligt antal platser och en väl differentierad vård. Vidare fick det enligt utskottet inte förekomma någon tvekan om fördelningen av ansvaret mellan kommuner och landsting. Utskottet ansåg det nödvändigt med en samverkan över hela riket och att det för vissa typer av vård borde övervägas att inrätta hem, som har hela riket som upptagningsområde. När det gäller inskrivning i hem för vård eller boende fann utskottet skäl att överväga en annan ordning än den nuvarande. Utskottet ansåg att statsbidragen borde kunna utnyttjas bättre som styrinstrument när det gäller att stimulera utbyggnaden av en mer differentierad vård. En justering av statsbidragen, när det gäller uppbyggnaden av en differentierad vård i dessa hem, borde enligt utskottet ske direkt genom beslut av regering och riksdag och inte i form av ett godkännande av resultat av förhandlingar mellan stat och kommun. Mot bakgrund av de redan vidtagna förändringarna av statsbidragsystemet och de övriga förändringar som enligt utskottet borde komma till stånd fanns det inte då anledning att ompröva huvudmannaskapet för hemmen, ansåg utskottet. Riksdagen följde utskottet (rskr 112).

I socialutskottets betänkande 1990/91:SoU 7 behandlades hösten 1990 ånyo ett antal motioner om de särskilda ungdomshemmen. Utskottet påpekade att åtgärder behövs för att snabbt ta fram fler och mer differentierade platser vid särskilda ungdomshem för att även de svårt störda ungdomar, som idag lämnas utan vård och behandling, skall få den vård de behöver. Vad utskottet anförde gavs regeringen till känna. Utskottet kunde inte ställa sig bakom förslagen i vissa motioner om ett statligt huvudmannaskap för de särskilda ungdomshemmen.

I regeringens proposition 1990/91:96 föreslogs en tillfällig omläggning av statsbidraget till missbrukarvård och ungdomsvård i syfte att ge förutsättningar för en snabb utbyggnad av institutionsresurserna för de mest utsatta ungdomarna och missbrukarna.

Förslagen innebar att inom ramen för rådande statsbidragssystem en större del av statsbidraget skulle ges i form av platsbidrag. Vidare skulle,

inom givna finansiella ramar, medel avsättas för ett anordningsbidrag avseende åren 1991 och 1992.

Socialutskottet konstaterar i sitt betänkande 1990/91:SoU 14, att de bristfällig institutionella resurserna är väl kända hos ansvariga instanser. Trots detta har den nödvändiga utbyggnaden och differentieringen inte ägt rum. De båda kommunförbunden har gjort klart att nuvarande regelsystem och organisation lägger hinder i vägen för en sådan utbyggnad. Vid en utskottsutfrågning framförde förbunden krav på en huvudmannaskapsförändring.

Utskottet konstaterade att det verkade vara svårt att uppnå flera och mer differentierade platser på de särskilda ungdomshemmen med ett kommunalt huvudmannaskap. Riksperspektivet får inte tillräcklig genomslagskraft. Utskottet ansåg staten mera lämpad som huvudman för vården vid de särskilda ungdomshemmen, varför ett principbeslut med denna innebörd borde fattas och omedelbara åtgärder vidtas för att förbereda en sådan överföring.

Utskottet ansåg att framför allt två krav skulle ställas på en ny organisation. För det första måste alla ungdomar som behöver tvångsvård kunna beredas plats för sådan vård. För det andra måste det finnas ett väl differentierat utbud av olika vårdmöjligheter. För att åstadkomma nödvändiga förbättringar krävdes enligt utskottet en samordning över riket av resurserna.

En central inskrivning och fördelning av vårdbehövande ungdomar på de särskilda ungdomshemmen ansågs nödvändig. Dessutom bör enligt utskottet vissa hem med särskilt hög bevakningsgrad inrättas för att vård även skall kunna ges till de svårast störda ungdomarna.

Utskottet ansåg att en förändring av huvudmannaskapet borde ske snarast och att en förändring borde vara genomförd under 1992. I samråd med berörda myndigheter och organisationer borde regeringen utan dröjsmål utreda och förbereda erforderliga åtgärder. Därvid kan även frågor som rör missbrukarvårdens innehåll och utformning komma att behöva belysas ytterligare.

Riksdagens beslutade i enlighet med utskottets förslag. Beslutet innehöll dels ett godkännande av regeringens förslag om ett tillfälligt anordningsbidrag avseende ungdomsvård och missbrukarvård, dels att huvudmannaskapet för de särskilda ungdomshemmen under år 1992 skall överföras från landsting och kommuner till staten.

1.3 Utredningens direktiv

Sedan riksdagen beslutat om ett statligt övertagande av de särskilda ungdomshemmen har regeringen beslutat tillkalla en särskild utredare för att göra en utredning om institutioner inom ungdomsvården och missbrukarvården (Dir 1991:55). Direktiven bifogas som bilaga. (Bilaga 6)

Direktiven ger utredaren i uppdrag att utreda alternativa lösningar och konsekvenserna av deras genomförande. Ett alternativ är att staten övertar det totala ansvaret för institutionerna, d v s såväl planeringsansvar som driftansvar på det sätt som var fallet före huvudmannaskapsreformen 1983. Ett annat alternativ är att staten ges ett mera övergripande ansvar och att t ex kommuner eller landsting som entreprenörer svarar för driften av verksamheten. Även andra alternativ skall kunna prövas av utredningen.

Utredaren bör överväga för- och nackdelar med olika lösningar för hur den statliga administrationen bör vara uppbyggd. En annan fråga som bör tas upp i detta sammanhang är huruvida någon form av regional organisation är lämplig. Den nu planerade utbyggnaden av resurserna har i hög utsträckning en regional inriktning, varför det även med ett statligt huvudmannaskap kan finnas behov av en regional samverkan.

Utredningen bör innefatta förslag om och en beskrivning av hur ett centralt intagningsförfarande kan utformas. Socialutskottet har betonat riksintresset och bl a framfört att det finns behov av en central inskrivning och fördelning av de vårdbehövande ungdomarna.

Utredningen bör ta ställning till vilka möjligheter till differentiering som bör finnas. Likaså bör utredningen lämna förslag på hur utskottets krav om hem med särskilt hög bevakningsgrad skall kunna genomföras. Utskottet har anfört att det är nödvändigt att inrätta hem med hela landet som upptagningområde.

Utredningen bör belysa vilka konsekvenser av ekonomisk natur som huvudmannaskapsförändringen kommer att medföra. Utgångspunkten skall härvid vara att den finansiella ramen för statens kostnader för missbrukarvård och ungdomsvård är 950 miljoner kronor. Utredningen bör också överväga vilka frågor som behöver tas upp i förhandlingar mellan staten och de nuvarande huvudmännen.

Utredningen bör ta ställning till hur kommunernas betalningsansvar i form av vårdavgifter kan utformas. Socialutskottet har anfört att det finns skäl att överväga ett fortsatt kommunalt betalningsansvar för verksamheten för att motverka en överströmning till den statliga vården av enbart ekonomiska skäl.

Utredningen bör också göra bedömningar av vilka behov av förändringar som finns av innehållsmässig karaktär. Särskilt bör eftervårdens innehåll och utformning uppmärksammas. En annan fråga är om det borde införas möjlighet att göra längre placeringar på slutna avdelningar än vad nuvarande lagstiftning medger.

Andra frågor av central betydelse är personalfrågor av olika slag. Hit hör anställningsfrågor samt frågor rörande utbildning, fortbildning och personalutveckling etc.

Utredaren bör lämna förslag till alternativa lösningar beträffande ett statligt huvudmannaskap för de särskilda ungdomshemmen och lämna förslag till lösningar av legala, ekonomiska, administrativa och innehållsmässiga konsekvenser av de olika alternativen. Även missbrukarvårdens situation bör genomlysas.

Socialutskottet har anfört att frågan om hur det framtida stödet till missbrukarvården skall utformas måste övervägas i sammanhanget. Även frågor som rör missbrukarvårdens innehåll och utformning kan komma att behöva belysas ytterligare. I många kommuner och landsting är institutionsfrågorna vad gäller missbrukarvården och ungdomsvården administrativt sammanförda. Eftersom det finns många såväl fördelar som nackdelar med en samordnad förvaltning bör utredningen belysa dessa frågor och därvid särskilt belysa frågan om huvudmannaskapet för missbrukarvården. Även om man skulle stanna för att ge de särskilda ungdomshemmen och LVM-vården olika huvudmän kvarstår den problematik som beskrivits i propositionen om statsbidrag till missbrukarvård och ungdomsvård.

1.4 Vissa andra utredningar av betydelse vid överväganden angående åtgärder inom ungdomsvården och missbrukarvården

Ställningstagandet till utredningens överväganden och förslag kan, direkt och indirekt, komma att påverkas av förändringar vad gäller dels lagstiftningen samt dels kommunernas och landstingens organisation, ekonomiska förutsättningar och inbördes ansvarsfördelning. Nedan redovisas kortfattat några utredningar som kan få konsekvenser i nämnda avseenden. I den mån så erfordas kommenteras dessa utredningar i sitt sammanhang längre fram i texten.

Regeringen tillkallade i november 1989 den särskilda *Våldskommissionen* (Ju 1989:05). Denna överlämnade i juni 1990 två promemorior till regeringen. I den ena, "Ungdomar och brott", ägnar kommissionen

särskild uppmärksamhet åt att belysa olika åtgärder för att förhindra att de allra mest brottsbelastade ungdomarna får möjligheter att begå nya brott. Kommissionen har i denna PM, och i sitt slutbetänkande "Våld och Brottsoffer" (SOU 1990:92), som alternativ för dessa ungdomar bl a skisserat en ny sorts ungdomshem som har tydliga likheter med fängelser.

Ungdomsbrottskommittén (Ju 1990:07) har regeringens uppdrag att utvärdera nuvarande regelsystem för unga lagöverträdare samt lämna förslag till i vilka former och på vilket sätt det allmänna i framtiden bör ingripa när ungdomar som har fyllt 15 år begår brott.

Den kommunalekonomiska kommittén (Fi 1990:04) har haft regeringens uppdrag att utforma ett nytt system för statens bidrag till kommuner och landsting och att se över de kommunala sektorns övriga finansieringskällor. Kommittén avlämnade sitt förslag i december 1991. Betänkandet remissbehandlas under våren 1992. Kommitténs huvudförslag innebär att i princip allt statligt stöd som nu utges till kommunerna som s k specialdestinerade statsbidrag, istället skall samordnas till ett enhetligt kommunbidrag som fördelas per kommun enligt en schablon i vilken olika relevanta fördelningskriterier sammanvägts. Den andel av statens totala stöd till kommunernas ungdoms- och missbrukarvård, som nu fördelas mellan kommunerna i relation till vårdtyngd och som de fritt får disponera inom vårdområdet, skulle enligt kommunalekonomiska kommittèns förslag ingå i det enhetliga kommunbidraget.

Socialtjänstkommittén (S 1991:07) genomför på regeringens uppdrag en allmän översyn av socialtjänstlagen som bl a innefattar utvärdering av ansvarsfördelningen mellan statsmakterna och kommunerna samt en analys av förutsättningarna för socialtjänstens inriktning och organisation. Kommitténs översyn har inriktats mot ett antal huvudfrågor som t ex regler för rätten till bistånd, det yttersta ansvaret, vistelsebegreppet, överklagande av beslut samt normer för socialbidrag.

Alkoholkommissionen (S 1991:124) har av regeringen fått uppdraget att utvärdera den förda alkholpolitiken och föreslå strategier för framtiden bl a ur ett EG-perspektiv. Kommissionen ska även kartlägga familjesociala konsekvenser av alkoholmissbruk samt göra en översyn av vården för alkoholmissbrukare.

1.5 Utredningsarbetet

Den särskilde utredaren har biträtts av fyra sakkunniga som representerat socialdepartementet, socialstyrelsen, kommunförbundet och landstingsförbundet. Utredningens sekretariat har bestått av två sekreterare och en kanslist. Till sekretariatet har dessutom en konsult varit knuten, vars medverkan särskilt inriktats på analys och utformning av de olika organisationsalternativen.

Utredningen har haft tolv sammanträden.

Utredningens arbete har starkt påverkats av den korta utredningstiden, knappt fem månader, vilket medfört att arbetet har bedrivits koncentrerat och resultatinriktat. Samtidigt har utredningen haft en öppenhet för synpunkter och diskussionsinlägg från olika intressenter.

Utredningens möjligheter att genom studiebesök på institutioner och hos de olika huvudmännen fördjupa sin kunskap om verksamhetens detaljer har sålunda begränsats av tidplanen. Kontakterna med olika företrädare för vården har istället skett genom att organisationer och andra beretts möjlighet att presentera sina synpunkter och önskemål vid utredningens sammanträden eller vid särskilda uppvaktningar. På så sätt har synpunkter inhämtats från Göteborgs institutionsstyrelse, styrelsen för § 12-hemmens rektorsförening, Stockholms socialförvaltning, Lärarförbundet (fackliga ombud för lärarna vid § 12-hemmen) samt en representant för ett forsknings- och utvärderingsprojekt vid Stockholms läns landsting. Regeringen har till utredningen överlämnat skrivelse från professorn i allmänpsykiatri i Lund, Sten Levander, med förslag rörande vården av de mest vård- och tillsynskrävande ungdomarna, samt två andra skrivelser, vilka berör samma förslag, från chefsrådmännen Ulla Ljunggren-Thedéen och Leena Henriksson, samt från fil kand Maths Jesperson. Utredningen har i sina överväganden anvisat lösningar på de problem som framförts i skrivelserna. Dessutom har utredningen mottagit ett antal skrivelser från olika intressenter. Dessa redovisas i särskild bilaga. (Bilaga 1)

Utredningens sekreterare har under det inledande skedet av utredningsarbetet, såväl på inbjudan som på eget initativ, besökt företrädare för olika huvudmän och nyttjare/beställare, gjort studiebesök på ett antal institutioner, medverkat vid utbildningar och konferenser etc.

Utredningen har via ett enkätformulär ställt till samtliga huvudmän samlat in fakta om vårdens omfattning i platser, personal, kostnader, vårddagar, lokaler mm. Sammanställningen av enkätsvaren har utgjort en av bedömningsgrunderna vad gäller utredningens förslag till framtida organisation och finansiering. Sammanställningen i tabellform redovisas i bilaga 5.

Utredningen har även via en enkel enkät infordrat uppgifter om den platsefterfrågan som hemmen registrerat under perioden januari – oktober 1991, antalet intagna under samma tidsperiod samt medelbeläggningen under denna tid.

2 Beskrivning av verksamheten

2.1 §12-vården – omfattning, resurser, utveckling

Lagen (1990:82) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, anger förutsättningarna för beredande av vård utan samtycke när det gäller barn och ungdomar under 20 år. I lagen anges även hur vården skall inrättas och ansvaret för att vård kommer till stånd. I lagens 12 § sägs att det skall finnas särskilda ungdomshem för sådan unga som på grund av sitt eget beteende behöver stå under särskilt noggrann tillsyn. De särskilda ungdomshemmen – i fortsättningen benämnda § 12-hem efter paragrafen i LVU – har sedan 1983 drivits av landstingen eller av vissa kommuner och i något fall av kommunalförbund. Den närmaste motsvarigheten till § 12-hemmen var före 1983 de statliga ungdomsvårdsskolorna.

Ansvaret för inrättande och drift av § 12-hemmen fastställs i den vårdresursplan som enligt socialtjänstlagen, SoL (1980:620) § 23, skall upprättas i varje landstingsområde. I lagen fastslås att behovet av hem för vård eller boende inom varje landstingsområde skall tillgodoses av landstingskommunen och kommunerna i området, samt att dessa i en gemensamt upprättad plan över behovet av hem skall fördela ansvaret för deras inrättande och drift. Planen skall överlämnas till länsstyrelsen.

Platsantalet vid § 12-hemmen, tidigare ungdomsvårdsskolorna, har i stort sett halverats under de senaste tjugo åren. Nedanstående tabell över platsantalet vid slutet av några utvalda år belyser platsutvecklingen.

Tabell 1. Antal hem och platsantal vid ungdomsvårdskolor och § 12-hem vid slutet av åren 1968 - 1991

År	Platsantal	Antal hem
1968	929	23
1978	473	18
1983	573	20
1984	573	21
1985	579	22
1986	589	25
1987	559	24
1988	549	24
1989	511	23
1990 (1 jan)	464	23
1990 (31 dec)	485	26
1991	523	28

Den största minskningen inträffade under första delen av 1970- talet till följd av en vid denna tid minskad efterfrågan. Platstillgång och efterfrågan vägde i stort sett jämnt under tiden fram till 1982 när staten överlämnade huvudmannaskapet till de nuvarande huvudmännen. En viss brist på slutna platser fanns dock även under de senare åren av det statliga huvudmannaskapet. Efterfrågan har därefter ökat ytterligare. Undersökningar som såväl JO som socialstyrelsen gjorde under perioden 1986-1990 visade en starkt ökande efterfrågan. Trots detta fortsatte platsantalet minska fram till år 1990. Därefter har åter en viss ökning av platsantalet skett, främst genom tillkomsten av ett antal hem för akut- och utredningsinsatser.

Verksamheten kännetecknas av relativt hög personaltäthet - i genomsnitt över 2,0 anställda per vårdplats. Den högsta personaltätheten finns i regel på de slutna enheterna. Detta förklaras dels av det större tillsynsbehovet på sådana enheter, dels att såväl boende som fritidssysselsättning och undervisning skall inrymmas i en enda enhet. En stor del av personaltätheten beror på att hemmen har en relativt stor andel personal för undervisning och arbetsträning samt för viss administration och service. Öppnare institutionsformer kan i högre grad använda det omgivande samhällets resurser eller klienternas egna arbetsinsatser.

För närvarande finns 29 st § 12-hem med totalt 523 platser. Storleken på hemmen varierar mellan 6 och 52 platser. Hemmen består av enheter eller avdelningar som har mellan 4 och 10 platser. Några av hemmen är helt öppna medan flertalet har både öppna och slutna avdelningar.

De olika § 12-hemmen är ojämnt fördelade över landet. De flesta finns i de befolkningstäta områdena runt de största städerna. Fördelningen av institutioner och platser framgår av nedanstående tabell där hemmen grupperats regionvis enligt den regionindelning som beskrivs närmare i avsnitt 3.1 om differentiering.

För närvarande finns följande § 12-hem i landet:

Tabell 2. Särskilda ungdomshem enligt par 12 LVU. Regionvis med fördelning på platsantal, Statsbidragsberättigat platsantal 1991-12-31

Region	Hemmets namn	Platsantal Öppna	Slutna
VÄST	Gräskärr	38	14
	Fagared	26	13
	Nereby	16	6
	Björkbacken	12	
	Margretelund	16	8
	Brättegården	15	8
Summa VÄST:		123	49
SYD	Råby	7	15
	Öveds skolhem	6	
	Åbygården	8	
	Tunagården	8	
	Ljungaskog	5	7
	Perstorp	6	
	Hässleholm		7(utredningshem)
	Stigby	13	8
	Långanäs	10	14
Summa SYD:		63	51
MELLAN	Folåsa	15	
	Sundbo	29	7
	Eknäs	12	12
	Stubinen	6	
	Granhult	10	
	Bergsmansg		10(utredningshem)
Summa MELLAN		72	29
ST-HOLM	Bärby	6	17
	Hammargården	6	17
	Lövsta	16	12
	Frossarbo	6	
	Bågen	6	
Summa ST-HOLM		40	46

Region	Hemmets namn	Platsantal Öppna	Slutna
NORR	Vemyra	7	17
	Johannisberg	8	12
	Strömsegården	6	
Summa NORR:		21	29
TOTALT RIKET		319	204

Endast är ett fåtal institutioner är inrättade för enbart pojkar eller enbart flickor. Flera av de institutioner som tar emot ungdomar av båda könen har dock en övervikt av pojkar bland de intagna, varför det inte är ovanligt med renodlade pojkavdelningar på många institutioner som formellt är avsedda för båda könen. Den relativa bristen på platser som är särskilt anpassade för flickor har alltmer kommit att framstå som ett problem.

På grund av sin målgrupp, unga i åldern 13 – 20 år, är verksamheten i stor utsträckning inriktad på utbildning och undervisning. För de skolpliktiga ges undervisning på grundskolans mellan- och högstadienivå, medan de äldre ges tillfälle till kompletterande grundskoleundervisning, yrkesinriktad undervisning och arbetsträning. Såväl utrustning som ambitionsnivå skiftar dock avsevärt mellan de olika hemmen. Skillnaden beror på hemmens storlek och allmänna inriktning. De hem, som endast har akutuppgifter och därmed korta behandlingstider, har givetvis inte behov av särskilt omfattande resurser för undervisning och arbetsträning.

Hemmen leds av en föreståndare som i de flesta fall också har inskrivningsrätt. I andra fall kan inskrivningsrätten ha lagts på en särskild intagningsenhet hos huvudmannen. Enligt socialtjänstförordningens, SoF (1981:750), 18 § kan huvudmannen bestämma hur intagningsförfarandet skall vara utformat. I de fall särskilda intagningsenheter inrättats, har de ofta ansvar för intagning också på huvudmannens övriga institutioner.

Föreståndaren har i lagen ålagts det omedelbara ansvaret för verksamheten vid hemmen. Detta ansvar kan inte delegeras men föreståndaren kan fördela vissa arbetsuppgifter på medarbetare, dock inte sådana uppgifter som avser beslut om tvångsåtgärder. Föreståndaren ensam förfogar över de tvångsbefogenheter som av lagstiftaren lagts på § 12-hemmen. Till dessa befogenheter hör rätten att begränsa klienternas rörelsefrihet, att visitera de intagna och beslagta missbruksmedel och

annat som kan störa ordningen vid hemmen, att besluta om besök och att kontrollera brev och andra försändelser till och från de intagna.

Föreståndaren har rätt att besluta om utskrivning, men endast om socialnämnden begärt eller medgivit det. Den som är intagen i § 12-hem med stöd av LVU kan således inte skrivas ut mot socialnämndens vilja. Föreståndaren kan inte heller underlåta att skriva ut en intagen när socialnämnden begär det, även om föreståndaren skulle anse att det föreligger ett klart behov av fortsatt vård vid hemmet.

Vårdinnehållet och klienterna beskrivs närmare i bilaga 2, *Socialstyrelsens PM om vården vid §12-hemmen.*

Under 1980-talet har § 12-hemmen gradvis förändrats i jämförelse med de tidigare ungdomsvårdsskolorna. Det ökade antalet huvudmän – för närvarande 16 stycken – har medfört en utveckling som präglats av skilda synsätt och ambitioner. Gemensamt kan sägas vara att man på ett tydligt sätt strävat efter anpassning av resurserna till i första hand det egna länets behov och efterfrågan. Olika syn på § 12-vårdens plats i den totala ungdomsvården har också medfört skillnader i utvecklingen mellan de olika hemmen. Skillnaderna kan även delvis ha sin förklaring i olika väl utbyggd öppenvård liksom i utbudet av andra vårdformer i olika delar av landet.

Den utvecklingslinje som varit tydligast efter 1983 är inriktningen mot akutinsatser. Denna utveckling är en direkt följd av lagändringar i samband med socialtjänstreformen då de tidigare möjligheterna för polisen att göra kortvariga omhändertaganden i avvaktan på utredning och placering försvann. § 12-hemmen är nu den enda resurs som socialtjänsten har till sitt förfogande för akuta ingripanden som ställer krav på tvångbefogenheter och kvarhållningsrätt.

I samband med utökningen av antalet akutplatser har behovet av utredningsinsatser ökat. Allt fler av de ungdomar som kommer till akutavdelningarna anses vara bristfälligt utredda, trots att de kanske har flera vårdtillfällen bakom sig. Bristerna uppdagas när vården kört fast och man måste söka nya vägar att hjälpa den unge. De utredningar som dittills gjorts ger ofta inte tillräckligt underlag och vägledning för valet av fortsatt behandling. De nya utredningsavdelningarna börjar utveckla goda kunskaper och rutiner för diagnosticering och kan därför i allt större utsträckning ge råd om vilken typ av behandling som erfordras. Ett kvarstående problem är bristen på vårdalternativ i ärenden där den noggranna utredningen kunnat beskriva hur vården borde vara utformad, men just denna vård inte går att finna. Behovet av en differentierad § 12-vård har på samma sätt blivit alltmer tydlig när ungdomar, som är

i behov av mycket kvalificerad tvångsvård, inte kan tas in i något lämpligt § 12-hem eftersom sådana med den rätta inriktningen saknas.

Genom den länsvisa planeringen av vården vid § 12-hemmen har utvecklingen också inneburit att hemmen till stor del saknar specialisering och därför tar emot en mer heterogen klientgrupp än tidigare. Därmed har man också tvingats anpassa vården efter medelklienten, vilket fått till följd att de mest svårbehandlade ungdomarna eller de med speciella vårdbehov inte kunnat tas in i eller behandlas i hemmen. I de fall någon klient med särskilt svåra problem ändå tagits in, kan denne ha omöjliggjort vården för resten av gruppen på en hel avdelning.

Resurserna vid § 12-hemmen är emellertid inte enbart en fråga om platsantal och differentiering. Resurserna i vid mening utgörs av personalens kompetens, kunskaper och engagemang samt av de lokaler och hjälpmedel som står till förfogande. Under 1980-talet har en viss modernisering av lokalbeståndet skett och antalet slutna enheter har ökad markant samtidigt som de stora institutionerna omstrukturerats.. Rekryteringen av välutbildad personal har tidvis varit svår på grund av skiftande konjunkturer på arbetsmarknaden, men utbildningsnivån har dock generellt höjts under 1980-talet. Flera huvudmän har genom samarbete med de regionala högskolorna genomfört personalutbildning i syfte att höja kompetensnivån hos grupper med bristande grundutbildning.

2.2 LVM-vården – omfattning, resurser, utveckling

I socialtjänstlagens 11 § fastslås att vården av personer med missbruksproblem är en uppgift för socialtjänsten. Socialnämnden skall sträva efter att finna en samlad lösning på sociala svårigheter i den enskildes eller gruppens situation och all vård och behandling inom socialtjänsten skall om möjligt ske frivilligt. Vård utan samtycke skall inte komma ifråga annat än då det är oundgängligen nödvändigt. Man får heller inte använda mer långtgående åtgärder än vad som är nödvändigt för att genomföra vården i varje enskilt fall. En vård utan samtycke skall vara begränsad till vad som fordras för att ge den enskilde viljan och förmågan att fortsätta vården frivilligt. Lagen ska ses som ett komplement till socialtjänstlagen.

Den 1 januari 1989 trädde en ny lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) i kraft. Den nya lagen ersätter den tidigare LVM-lagen som tillämpats sedan den 1 januari 1982.

Syftet med vården är främst att motivera missbrukaren att frivilligt ta emot fortsatt behandling och stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Den frivilliga vården ges enligt socialtjänstlagen. LVM är en kompletterande lag, som reglerar förutsättningarna för att avvika från den grundläggande frivillighetsprincipen i socialtjänstlagen.

Den ändring av lagen som genomfördes 1989 innebar bl a att yngre missbrukare numera kan tas in för tvångsvård innan rent medicinska skador av missbruket hunnit inträda. Enligt den ordning som gällde före den just nämnda lagändringen kom i praktiken tvångsvård som regel i fråga i mycket sena stadier av missbruket och i situationer som kan beskrivas som akuta. Det innebar bl a att missbrukare strax över 20 år sällan kom i fråga för LVM -vård. Detta faktum var en starkt bidragande orsak till den förändring av lagen som genomfördes 1989.

Enligt lagen från den 1 januari 1982 "kan" missbrukaren beredas vård enligt LVM, om förutsättningarna för detta är uppfyllda. Detta "kan" ändrades till "skall". Samhället ansågs ha en skyldighet att ingripa om missbrukaren eller hans närstående befinner sig i allvarlig fara på så sätt som närmare anges i lagen och frivilliga insatser inte hjälper. Genom den beskrivna ändringen markerades detta ansvar.

Den längsta vårdtid som kan förekomma enligt LVM är 6 månader. Efter 3 månaders vistelse på ett LVM-hem skall föreståndaren anmäla till sin styrelse om inte vård i annan form kommit till stånd. Bestämmelsen har tillkommit för att motverka att någon av slentrian kvar hålls i vård med mer restriktiva former än vad som är nödvändigt. Dock har man velat markera att överförandet till annan vård inte får bli ett självändamål, utan måste göras med utgångspunkt från klientens aktuella situation, konstaterade vårdbehov och förutsättningar i övrigt.

Enligt den före 1989 gällande ordningen var vårdtiden 2 månader med möjlighet till förlängning ytterligare 2 månader. Erfarenheten visar att den enskilde ibland såg förlängningen som en bestraffning.

Strävan bör vara att den tvångsvis genomförda vårdperioden skall göras så kort som möjligt och att klienten skall slussas över till någon annan lämplig vårdform utanför LVM- hemmet så snart det finns förutsättningar för det.

LVM -vården skall upphöra så snart syftet med vården har uppnåtts. För de personer som skrevs ut från LVM-vård under år 1990 var den genomsnittliga vårdtiden 150 dagar (5 månader), varav för män 151 dagar och för kvinnor 146 dagar. Under året registrerades 1076 utskrivningar av män och 322 utskrivningar av kvinnor.

En ansökan om vård enligt LVM föregås av en anmälan till länsstyrelsen av socialnämnden, en anhörig, polisen, sjukvården eller annan.

Länsstyrelsen ansvarar i sin tur för utredning och ansökan till länsrätten. Utredningsarbetet, d v s insamlandet av faktaunderlaget, skall göras antingen av socialnämnden eller länsstyrelsen. Länsrätten beslutar om beredande av vård enligt LVM. Beslutet föregås av muntlig förhandling där den enskilde, förutom att han/hon personligen kallas, också skall ha ett offentligt biträde. Regeln om muntlig förhandling har kommit till för att så långt som möjligt tillgodose rättssäkerhetskravet. Man har ansett att det kan vara lättare för missbrukaren att muntligt redovisa sådant som han/hon tycker skall tas med i bedömningen. Beslutet kan sedan överklagas hos kammarrätten. Socialnämnden verkställer beslut om vård enligt LVM.

I akuta situationer får socialnämnden eller polismyndigheten besluta om omedelbart omhändertagande av en missbrukare (§ 13 LVM). Även länsrätten kan efter länstyrelsens ansökan om vård, besluta om ett omedelbart omhändertagande. Detta kan ske när det finns ett omedelbart behov av åtgärder till följd av situationens allvar.

Grunden för vård enligt LVM ges i § 4, som har följande lydelse:

"LVM § 4

Tvångsvård skall beslutas, om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (1980:620) eller på något annat sätt och att han till följd av missbruket

1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara
2. löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
3. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Om någon för en kortare tid ges vård med stöd av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt denna lag."

Första stycket i § 4 utgör den s k generalindikationen för ingripande, medan de tre punkterna i andra stycket anger de s k specialindikationerna. Generalindikationen och minst en av specialindikationerna måste föreligga för att lagen skall kunna tillämpas.

LVM-vård kan endast ges i hem som drivs av landsting eller kommun och som är särskilt avsedda att lämna vård enligt lagen (LVM § 22). Huvudmannen själv bestämmer om hemmet skall ha dessa uppgifter. I den tidigare LVM från 1982 fanns bestämmelsen att hemmet skulle finnas upptaget i den länsvisa vårdresursplanen som ett LVM-hem för att räknas som ett sådant. Denna bestämmelse togs bort i 1989 års lag.

För missbrukare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas LVM-hem som är inrättade för sådan tillsyn (LVM § 23).

Socialstyrelsen beslutar vilka hem som skall vara sådana hem. Dessa hem har tillgång till särskilda tvångsbefogenheter, vilka motsvarar de befogenheter som §12-hemmen har enligt LVU. Man har således rätt att begränsa rörelsefriheten genom placering på sluten avdelning eller genom avskiljande samt att visitera den intagne och beslagta missbruksmedel och annat som kan störa ordningen vid hemmet. Den intagne får kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas. Brev och försändelser får kontrolleras om det behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet.

I dagligt tal betecknas de två typerna av hem "§22-hem" respektive "§ 23-hem". Den beteckningen används också i det följande i denna utredning.

För närvarande finns totalt 41 LVM-hem, varav 17 är § 23-hem och 24 är § 22-hem. Platsantalet varierar mellan 7 och 88. I nedanstående tabell redovisas hemmen regionvis (regionindelning - se avsnitt 3.2) med angivande av platsantal och antal anställda.

Tabell 3. LVM-hemmen 1991-12-31 fördelade regionvis efter typ av hem, platsantal, slutenhet, personalantal.

Region	Typ av hem Antal platser			Antal personal	
	§ 23		§ 22	§ 23	§ 22
Hemmets namn	Öppna	Slutna	Öppna		
SYD					
Hessleby	42	8		61	
Holmahemmet	32	10		52	
Avgiftningsenheten		9		20	
Karlsvik	32	13		43	
Stigbyskolan(projekt)		4		-	
Österängsgården			8		7
Ryds Brunn			40		29
Målilla			14		11
Björkbacken			10		9
Björstorp			39		25
Summa	106	44	111	176	81
VÄST					
Väskusthemmet	63	7		66	
Gudhemsgården	60	8		50	
Romanäs			88		48
Arödshemmet			32		23
Scheelegården			30		23
Summa	123	15	150	116	94

Region	Typ av hem Antal platser § 23		§ 22	Antal personal § 23	§ 22
Hemmets namn	Öppna	Slutna	Öppna		
MELLAN					
Runnagården	30	16		63	
Vårnäs			33		22
Hägerstad			27		22
Händelö			12		8
Västerbyholm			8		10
Solvikshemmet			34		17
Rällsögården			31		27
Sörby			12		8
Summa	30	16	157	63	114
STOCKHOLM					
Hornö	17	12		41	
Håkanstorp	10	15		50	
Rålambshov		13		33	
Salberga		18		42	
Edshemmet			36		16
Ekebylund			25		16
Lidöborg			22		17
Östfora			71		50
Västerbyhemmet			49		43
Summa	27	58	203	166	142
NORR					
Älvgården	36	12		60	
Nordsjöhemmet	25	10		44	
Frösö	13	39		113	
Avd.17 Umedalen		3		-	
Holmforshemmet	24	6		32	
Nolaskog			20		14
Stornäset			25		25
Hemselegården			7		7
Renforsen			20		12
Summa	94	70	72	249	58
Summa:Riket	384	203	693	770	489

$$\text{Personaltäthet} = \frac{\text{antal anställda}}{\text{antal platser}}$$: för § 23-hem = 1,33
för § 22-hem = 0,7

Bland de anställda finns socionomer, psykologer, anstaltspedagoger, fritidspedagoger, mentalskötare, sjuksköterskor samt personal som genomgått den speciella behandlingsassistentutbildning som ges vid bl a Stensunds folkhögskola.

Hemmen leds av en styrelse som kan överlåta uppgiften att föreståverksamheten till en särskild föreståndare. Denne beslutar om intagning i och

utskrivning från hemmet. Genom intagning i ett LVM-hem har det formella vårdansvaret för klienten överflyttats från socialnämnden till LVM-hemmet. Vid överflyttning och utskrivning krävs därför inte som i § 12-vården ett medgivande från socialnämnden utan lagen föreskriver endast att samråd sker innan en sådan åtgärd vidtas.

Föreståndaren fattar beslut i fråga om att tillgripa de särskilda tvångsbefogenheter som följer av att hemmet är ett § 23-hem. Socialtjänstförordningens regler (SoF §§ 24-28) om hem för särskild tillsyn gäller således även § 23-hemmen.

Verksamheten vid LVM-hemmen bedrivs i lokaler som anpassats till den lilla gruppens princip med friliggande avdelningar, vilket innebär att gruppstorlekarna oftast inte överstiger 10. De flesta § 22-hemmen har tidigare fungerat som erkända eller enskilda anstalter (se avsnitt 1.1.2) medan § 23-hemmen antingen är f d statliga nykterhetsvårdsanstalter eller är nyinrättade för sitt nuvarande ändamål.

Den historiska bakgrunden till LVM-hemmen förklarar varför hemmen fortfarande har kapacitet för omfattande arbetsträning i lokaler som ibland har industriell utrustning och inriktning. De nytillkomna hemmen har däremot i regel inte någon utrustning för långtidsbehandling utan är mer inriktade på motivation och utslussning till öppna behandlinghem.

Sedan 1982, när LVM trädde i kraft, har användandet av tvång inom missbrukarvården markant minskat. Detta tillsammans med huvudmannaskapsförändringen, som inträdde 1 januari 1983, har medfört en förändring av institutionsstorleken och en ökning av antalet platser för frivilligvården. Inom tvångsvården har en ökning av platsantalet inom den tyngsta vårdformen – § 23-vården – skett, medan platsantal och antal hem inom § 22-vården minskat. Platsantalet inom övriga institutioner för frivilligvård har ökat markant.

Förändringarna framgår av följande tabell:

Tabell 4. Antal platser på institutioner för vuxna 1987 - 1991

År	Institutionsform		
	§ 23-hem	§ 22-hem	Övriga hem för vuxna
1987	208	1 041	4 701
1988	248	916	5 440
1990	433	820	6 604
1991	576	693	7 050

Den ökade inriktningen på frivilligvård avspeglas också i antalet intagna på grund av missbruk, vilket visas i följande tabell:

Tabell 5. Antal personer som i slutet av respektive år var intagna på grund av missbruk i hem för vård eller boende 1980 - 1990.

År	Tvångsintagna	Frivilligt intagna	Totalt
1980	1 583	1 131	2 714
1981	1 477	923	2 400
1982	251	1 043	1 294
1983	229	3 688	3 914
1984	275	3 839	4 114
1985	273	3 962	4 235
1986	304	3 818	4 122
1987	326	3 839	4 165
1988	337	3 660	3 997
1989	748	4 291	5 039
1990	708	3 794	4 502

Den utveckling som kunnat iakttas sedan början av 1980-talet och framför allt sedan LVM-lagens tillkomst har som tabellerna visar inneburit att tvångsvården minskade mycket kraftigt i förhållande till situationen före lagändringen. Den ökade maximivårdtiden efter 1989 avspeglas i en fördubbling av antalet klienter i vård vid ett givet tillfälle. Den ökade vårdtiden har alltså betytt en ökad platsefterfrågan, vilket kunde förväntas.

För 1991 föreligger ännu inga officiella siffror över platsutnyttjande och efterfrågan, men utredningen har genom socialstyrelsen erfarit att en viss avmattning av efterfrågan har skett.

Den ekonomiska kris som många kommuner nu befinner sig i synes ha lett till en mindre benägenhet att placera klienter på behandlingshem. Detta kan i förlängningen leda till att man avvaktar tills klienterna är i så dålig kondition att omedelbara akutomhändertagningar jml § 13 erfordras. Denna typ av omhändertaganden har nu blivit mycket vanligare. Detta ställer i sin tur krav på LVM-hemmen att ha sådan kapacitet, att man dygnet runt kan ta emot missbrukare i så dåligt skick att förhandlingen i länsrätten inte kan avvaktas. Nuvarande huvudmän kräver minst 80 procent beläggning på LVM-hemmen, vilket gör kraven på akutkapacitet svåruppnåeliga. Dilemmat med akutkapaciteten har f ö JO uppmärksammat i ett uttalande om LVM-vården.

2.3 Behov och efterfrågan

2.3.1 § 12-vården

Den organisation som skall svara för att tillgodose behovet av hem för särskild tillsyn är för sin planering beroende av att få en god och rättvisande

bild av efterfrågeutvecklingen för åtminstone den närmaste framtiden. Resursuppbyggnaden kräver stora insatser i form av kapital och personal och är svår att anpassa till skiftande efterfrågan. Kravet på personalens kompetens och erfarenhet liksom på kontinuitet i behandlingsarbetet medför att det är svårt att driva arbetet med personal som anställts på tidsbegränsade förordnanden. En i och för sig önskvärd flexibilitet i resursutbudet mellan perioder med hög respektive låg efterfrågan är svår att åstadkomma utan ökade kostnader.

Svårigheten att förutse efterfrågans skiftningar och långsiktiga utveckling har medfört att de nuvarande huvudmännen tvekat att satsa på investeringar i nya enheter i lägen där det inte gått att erhålla garantier för en jämn och hög beläggning. Kommunerna har som regel inte kunnat lämna några bindande garantier om en viss utnyttjandegrad varför huvudmännen försiktigtvis hållit sitt institutionsutbud i underkant av efterfrågan i stället för att bygga ut till full efterfrågetäckning. Eftersom efterfrågan av § 12-vård tenderar att variera avsevärt säsongmässigt skulle en full behovstäckning under högsäsong medföra stor överkapacitet under lågsäsong. Även med en god kännedom om efterfrågans storlek och säsongmässiga variationer finns därför avsevärda problem att tillhandahålla ett platsutbud som är anpassat till de skiftande kraven på kapacitet och beredskap. Om det dessutom är svårt att förutse mera trendmässiga förändringar, vilket faktiskt är fallet, blir uppgiften ännu mer komplicerad.

Problemet ligger i att mäta behovet av § 12-vård. En definition av detta behov kan härledas ur 12 § LVU, där det sägs att det för vård av unga som, på någon grund som anges i 3 § (missbruk, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende), *behöver stå under särskilt noggrann tillsyn*, skall finnas särskilda ungdomshem. Av detta följer att ungdomar som kan få sitt vårdbehov tillgodosett i andra vårdformer inte *behöver* vård i § 12-hem, men mycket väl kan och får vårdas i sådana hem.

Definitionen av behov av särskild tillsyn kan uttryckas på följande sätt:

> "*Behov av särskild tillsyn* föreligger när åtgärden eller vården inte kan genomföras utan de särskilda tvångsbefogenheter som § 12-hemmen har".

Med denna definition ligger det nära till hands att i det enskilda fallet först pröva annan vård för att så småningom, genom upprepade misslyckanden, få bekräftelse på att det faktiskt föreligger ett behov av särskilt noggrann tillsyn. Ett alternativt tillvägagångssätt skulle vara att mera systematiskt ta reda på vilka egenskaper som utmärker de ungdomar som inte kan tillgodogöra sig vård i andra vårdformer för att redan i ett tidigt skede kunna placera dem i § 12-hem och bespara dessa ungdomar bördan av upprepade misslyckanden.

Ett försök att arbeta efter en sådan modell skulle troligen också på många håll leda till insikten att det finns ungdomar som i och för sig inte är i behov av § 12-vård men, som till följd av att det inte finns någon annan vårdform som är beredd eller kompetent att ta sig an vården av dem, med fördel skulle kunna ges tillgång till vård i § 12-hem. Detta sagt med utgångspunkt i att det enda som skiljer § 12-vården från annan institutionsvård för unga är de särskilda tvångsbefogenheterna, medan det i realiteten finns många kvaliteter i denna vårdform som kan vara av värde för andra än dem vars problem motiverar tillgripande av sådant tvång.

Det faktiska behovet av tvångsåtgärder måste också betraktas som något relativt i de flesta fall. Eftersom det i all vård och behandling är fråga om relationer och samspel mellan olika människor har attityder och förhållningssätt i vårdarbetet många gånger större betydelse än de formella tvångsbefogenheterna. Att kunna "ta ungdomarna" och sätta gränser är något mer än att betvinga dem i fysisk mening. Det förblir därför viktigt att ständigt försöka utveckla metoder och kunnande, både i det förebyggande arbetet och i det institutionsförlagda arbetet på olika nivåer.

Det finns ungdomar vars beteendestörningar är av sådan art att det inte finns några metoder för att komma tillrätta med deras problem utan att använda de särskilda tvångsbefogenheterna vid § 12-hemmen. Gruppens storlek är okänd, men det kan antas att de flesta av dem finns bland de ungdomar för vilka § 12-vård efterfrågas. Det kan också antas att inte hela den gruppen finns med. Skälen är flera, t ex ideologiska skäl – § 12-vård är inte bra – ,allmänpreventiva skäl – eventuellt begångna brott är grova och fängelse är därför påkallat, eller också är det så att socialsekreteraren vet eller tror att det redan är fullt på § 12-hemmen, och att det därför är lönlöst att söka plats.

Förutom denna kärngrupp av ungdomar som har verkligt behov av § 12-vård innehåller den aktuella efterfrågan en grupp ungdomar, som visserligen är svårbehandlade men som sannolikt skulle kunna vårdas i andra vårdformer om det fanns möjligheter att utveckla sådana med olika nivåer av omhändertagande. Eftersom sådana alternativ inte finns, har tills vidare också denna grupp ett behov av § 12-vård.

Det finns, såsom nu beskrivits, en principiell skillnad mellan behov och efterfrågan av § 12-vård, vilket kan belysas av följande uppställning.

Behov av vård i § 12-hem	*Efterfrågan av § 12-vård*
– de som inte kan vårdas i andra vårdformer	– de som inte kan/har kunnat vårdas i öppnare vårdform
– de som inte kan utredas i öppenvården p g a tillsynsbehovet	– de som inte kan utredas i öppenvården p g a tillsynsbehovet

- de som behöver akut omhändertagande i avvaktan på utredning eller slutlig placering och har behov av särskild tillsyn
- de som inte kan utredas inom öppenvården p g a resursbrist
- de som behöver akut omhändertagande i avvaktan på utredning eller slutlig placering
- de för vilka bra alternativ saknas i andra vårdformer, men egentligen inte är i behov av den särskilda tillsynen

Det är bl a mot denna bakgrund som Socialstyrelsen i tidigare nämnd rapport konstaterar, att man i brist på andra mått tvingas acceptera att den *faktiskt avläsbara efterfrågan* i varje tidsperiod är ett korrekt uttryck för behovet av §12-vård.

Därmed blir det av avgörande betydelse att efterfrågan registreras och mäts på ett enhetligt och tillförlitligt sätt. Under förutsättning av någorlunda stabilitet i politiska och behandlingsmässiga värderingar kommer den på så sätt avlästa och på lämpligt sätt bearbetade efterfrågebilden att kunna utgöra en del av det planeringsunderlag som krävs för att kunna anpassa institutionsutbudet. Det går emellertid inte att undvika att säsongmässiga och även mer slupmässiga variationer av lång- och kortsiktig natur kommer att påverka efterfrågebilden. Det är oundvikligt att detta, givet det grundläggande intresset att var och en i behov av vård i här aktuell form också skall få den, måste få påverka inställningen till kostnaderna för tvångsvården i institutioner.

Det finns också andra faktorer än det rena vårdbehovet, hur än detta mäts, som påverkar efterfrågan och därmed platsbehovet och därför är av betydelse för den vårdresursansvariges beslut om dimensionering av vårdapparaten. Dit hör t ex:

- attityder och politiska ställningstaganden till vården
- metoder i vården och metodutveckling
- vårdtidens längd
- vårdkostnaden
- andra vårdformer
- graden av flexibilitet i förhållande till sådana förändringar

Avsikten med den s k vårdresursplaneringen är att få ett planeringsinstrument för varje län, där faktorer av detta slag kan sammanvägas för att slutligen utmynna i en plan som visar behov och resurser. Det kan emellertid konstateras att planeringen inte fungerat för den tunga tvångsvården. Detta är, med hänsyn till vad som anförts angående de faktorer som påverkar efterfrågan, inte ägnat att förvåna.

Problemen har dels varit nyss nämnda svårigheter att definiera och mäta behoven, dels har länet som planeringsbas varit alltför smalt för att utgöra underlag för en heltäckande § 12-vård. De planer som tagits fram har därför dragits med betydande osäkerheter och i många fall helt felbedömt behov och efterfrågan.

Att det brustit i vårdresursplaneringen under 1980-talet är uppenbart. JO:s undersökningar (1987-03-31 och 1991-04-15) visar den påtagliga resursbrist som råder inom § 12-vården och socialstyrelsens efterfrågeundersökningar visar ett betydande platsunderskott. Socialstyrelsen genomförde under 1990 två efterfrågeundersökningar avseende förhållanden i mars respektive oktober/november. Dessa visade att endast ca 20 procent av ansökningarna till § 12-hem beviljades. Drygt 50 procent av ansökningarna vid båda undersökningstillfällena avsåg behov av akutintagning. Den genomsnittliga beläggningen vid hemmen var samtidigt hög varför skälen till avslag på platsansökan i de flesta fallen torde varit ren platsbrist.

Under 1991 har allmänt rapporterats en avmattning av efterfrågan. I vissa delar av landet, t ex i Stockholmsområdet, ansågs minskningen vara särskilt anmärkningsvärd. För att få en aktuell bild av efterfrågan har utredningen infordrat uppgifter från § 12-hemmen om efterfrågan, antalet nyintagna och beläggningsgraden under perioden januari-oktober 1991. Samtidigt inhämtades uppgifter från hemmen om den genomsnittliga beläggningen under åren 1986-1991.

Eftersom alla hem inte registrerar sin efterfrågan har endast 24 av 28 aktuella hem besvarat enkäten.

Den genomsnittliga beläggningen vid hemmen har varit hög under senare delen av 1980-talet, d v s under den tid som frågan om platsbrist och bristande anpassning av institutionerna varit aktuell. För 1990 har ingen aktuell uppgift om beläggningen funnits tillgänglig, medan beläggningsgraden för 1991 avser perioden januari-oktober för de hem som besvarat enkäten.

Tabell 6. Genomsnittlig beläggningsgrad vid § 12-hemmen 1986-1991

	1986	1987	1988	1989	1991
Genomsnittlig beläggningsgrad i procent	81	82	85	80	76*)

*) Avser endast del av året och endast 24 av 28 §12-hem.

Svaren på utredningens efterfrågeundersökning som avsåg perioden januari – oktober 1991 gav följande resultat:

Genomsnittlig beläggning per hem:	76,44% (24 av 28 hem)
Antal efterfrågade platser:	1 232 (20 av 28 hem)
" nyinskrivna:	645 (24 av 28 hem)

Trots en relativt låg medelbeläggning under året har således endast omkring hälften av efterfrågan kunnat tillgodoses under den undersökta perioden. Detta visar att efterfrågan och platsutbud är i obalans på så sätt att det inte endast är en fråga om otillräckligt platsantal utan att det även finns brister i fråga om anpassning av vårdinnehållet. Enligt uppgift från föreståndare och huvudmän är efterfrågan på akutplatser och slutna platser betydligt större än tillgången. En del av efterfrågan kan också förklaras med att det i totalsumman av efterfrågningar finns sådana som efterfrågat plats på mer än en institution och sålunda blivit dubbelförda. Med den erfarenhet som redovisades från socialstyrelsens efterfrågeundersökningar 1990 kan sådana dubbleringar beräknas till ca 200 av de 1232 fallen. Antalet individer kan således röra sig om ca 1000. En viss reservation måste även här göras för sådana som kan ha varit aktuella för placering flera gånger under året.

2.3.2 LVM-vården

Behovet av LVM-vård kan definieras som det behov av missbrukarvård som inte kan tillgodoses på annat sätt än med stöd av LVM. Till skillnad från LVU-vården kan LVM-vård inte ges på annat sätt än genom en viss i lagen bestämd vårdform, nämligen genom intagning i ett LVM-hem (LVM § 22). En stor del av den osäkerhet som finns i bedömningen av behov inom LVU-vården finns därför inte i samma utsträckning när det gäller LVM-vården. I det enskilda fallet är det slutligen domstolen – länsrätten – som avgör om behov och förutsättningar finns för LVM-vård. När det däremot gäller frågan om vårdapparatens dimensionering och den resursansvariges möjligheter att planera för vårdens omfattning och inriktning finns betydande osäkerheter.

Till bilden av behov inom LVM-vården måste fogas de krav som följer av att lagen är inriktad på skyndsam handläggning och verkställighet av beslutad vård. Dels ger lagen utrymme för akuta ingripanden i situationer där länsrättens beslut inte kan avvaktas, dels innebär lagen att ett beslut om vård upphör att gälla om vården inte påbörjats inom fyra veckor från den dag då beslutet vann laga kraft. Dessa regler ställer höga krav på beredskap att ta emot klienter.

Även LVM-vården är på samma sätt som § 12-vården beroende av andra vårdformers – den öppna socialtjänsten och frivilligvården – förmåga till förebyggande åtgärder och att ta hand om klienter i ett tidigt skede av missbrukskarriären som utan sådan vård skulle komma att hamna inom LVM-vården på grund av att deras tillstånd förvärras. Sådana förhållanden som har att göra med hur olika åtgärdstyper prioriteras inom socialtjänsten har också betydelse och kan ur vårdresursplanerarens synvinkel vara svåra att hålla under kontroll. Benägenheten att anmäla behov av tvångsvård till socialtjänsten och länsstyrelserna kan också variera från tid till annan. Lagens utformning och ändringar i förutsättningarna för vård påverkar behovet av vårdplatser på ett påtagligt sätt.

Rätten att utsträcka tvångsvården till sex månader genom lagändring 1989 medförde en påtaglig ökning av platsbehovet eftersom genomströmningshastigheten vid LVM-hemmen minskade.

Efterfrågan av LVM-vård steg konstant under åren 1985 till 1989. Mellan 1989 och 1990 sjönk antalet vårdade med 200 jämfört med året innan. Andelen kvinnor har ökat. Nedanstående tabell belyser utvecklingen.

Tabell 7. Personer med insatser enligt LVM någon gång under året. 1985 - 1990

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Totalt	1 201	1 219	1 318	1 538	1 803	1 605
Män	998	979	1 030	1 220	1 377	1 235
Kvinnor	203	240	288	318	426	370

Källa: SCB SM S 38

Några slutliga siffror för 1991 finns ännu inte tillgängliga. Enligt socialstyrelsen har efterfrågan under 1991 varierat med en kraftig nedgång under våren och sommaren, medan efterfrågan åter stigit under senare delen av året. Den aktuella efterfrågan är åter hög och viss platsbrist förekommer, trots en utbyggnad av framför allt § 23-hemmen och de slutna enheterna. En konvertering av § 22-hem till § 23-hem har genomförts och planer på sådan konvertering finns beträffande ytterligare några hem.

Fortfarande råder enligt socialstyrelsen brister i utbudet av vårdplatser som är särskilt anpassade för psykiskt störda klienter och klienter med svåra och sammansatta vårdbehov. Det blir också alltmer uppenbart att endast de mest problematiska missbrukarna kommer till LVM-vården. Detta förhållande ställer stora krav på en mer systematiskt differentierad vård. Behovet av vård för de tunga läkemedelsmissbrukarna är också ökande, liksom behovet av vård för de tungt kriminellt belastade missbrukarna.

2.4 Finansiering, bidragssystem och avgiftsformer

2.4.1 Finansiering

Utredningen har via en enkät till huvudmännen samlat in och sammanställt uppgifter angående verksamhetens omfattning, ekonomi etc specificerat per institution. Av sammanställningen, bilaga 5, framgår att bruttokostnaderna 1991 för samtliga § 12- samt LVM §§ 22 och 23-hem budgeterats till cirka 900 Mkr, varav för § 12-hemmen till 423 Mkr, för § 23-hemmen till 292 Mkr och för § 22- hemmen till 186 Mkr. Utgifterna balanseras i princip av två intäktsslag, statsbidrag och vårddygnsavgifter.

Statsbidraget/driftstödet i form av årliga platsbidrag till huvudmännen budgeterades till 230 Mkr för 1991. I slutet av året fanns dock inrättade platser motsvarande ett statsbidrag/ platsbidrag om drygt 240 Mkr, varav 145 Mkr avseende § 12- och 97 Mkr avseende § 23-hemmen. För LVM § 22-hem utgår inget statsbidrag.

Nettokostnaden för verksamheten, dvs vad som återstår sedan statsbidraget räknats av, betalas av placerande kommuner i form av vårddygnsavgifter i direkt relation till utnyttjandet. Vårddygnsavgifterna täcker således drygt 2/3 av bruttokostnaderna för § 12- och § 23-hemmen samt 100 procent av § 22-hemmen.

Som jämförelse kan nämnas att staten för budgetåret 1981/82, sista året som huvudman, avsatte 202 Mkr för driften av ungdomsvårdsskolorna. Ingen vårddygnsavgift utgick. Som framgått kostar motsvarande verksamhet (dock med cirka 50 platser färre) 423 Mkr 1991, dvs kostnaderna i löpande priser har mer än dubblerats under en tioårsperiod. I fasta priser motsvaras 1981 års nivå av 393 Mkr. Kostnaden per plats och år har i fasta priser ökat från cirka 670 Tkr till 810 Tkr eller med cirka 20 procent sedan 1981/82. Den huvudsakliga förklaringen synes vara att antalet platser per avdelning minskats.

2.4.2 Tidigare gällande statsbidragssystem

I samband med tillkomsten av socialtjänstlagen och överföringen av de statliga institutionerna för ungdomar och missbrukare till kommuner och landsting 1983, samt statens åtaganden avseende övriga nykterhetsvårdsanstalter samt behandlingshem och inackorderingshem för alkohol- och narkotikamissbrukare, förändrades konstruktionen av det statliga stödet till ungdoms- och missbrukarvården. För de verksamheter som tidigare drivits av staten eller haft statligt driftstöd avsattes totalt 618 Mkr. Dessutom

avsattes 155 Mkr som särskilt engångsbidrag till de nya huvudmännen för upprustning och utveckling mm av institutionsvården.

Följande typer av hem var statsbidragsberättigade: ungdomsvårdsskolor, tidigare statliga nykterhetsvårdsanstalter, övriga nykterhetsvårdsanstalter, behandlingshem för narkotikamissbrukare samt inackorderingshem för alkoholmissbrukare.

För var och en av dessa institutionstyper avsattes ett belopp som utbetalades *dels* direkt till huvudmännen i form av garantibidrag i förhållande till antalet institutionsplatser, *dels* till kommuner som utnyttjade institutionsplatserna i form av beläggningsbidrag. Garantibidraget utgjorde 75 procent och beläggningsbidraget 25 procent av det totala bidraget till respektive institutionstyp.

Denna statsbidragsmodell tillämpades till 1986, då det stod klart att den fick negativa konsekvenser. Utbudet av kvalificerad öppenvård var inte tillräckligt och statsbidraget ansågs alltför ensidigt gynna institutionsplaceringar. Efter överenskommelse mellan staten och de båda kommunförbunden infördes fr o m 1986 ett nytt statsbidragssystem, som skulle eliminera de oönskade styreffekter som det tidigare systemet ansågs ha haft samt ge de nya huvudmännen större ekonomisk trygghet i sitt åtagande. Statsbidraget delades därför upp i fyra delar:

(1) Platsbidrag till huvudmän som drev ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter,
(2) Omstruktureringsbidrag till huvudmän som avvecklade platser vid någon av dessa institutionstyper,
(3) Utvecklingsbidrag för missbrukar- och ungdomsvården,
(4) Resterande belopp fördelades i form av ett schablonberäknat kommunbidrag som huvudsakligen grundades på kommunernas utnyttjande av institutionsplatser under åren 1983 och 1984.

2.4.3 Statsbidrag för perioden 1990-1992

För perioden 1990-1992 har riksdagen beslutat att den totala ramen skall vara 950 Mkr per år och inom denna är fördelningen mellan det riktade bidraget till § 12 -hemmen och LVM-vården respektive det generella s k kommunbidraget följande.

1 *Platsbidrag* per år (totalt 230 Mkr för 1991) till huvudmännen för:
§ 12-hem
slutna platser = 400 Tkr/plats
öppna platser = 200 Tkr/plats
LVM § 23-hem
slutna platser = 300 Tkr/plats

öppna platser = 100 Tkr/plats

LVM § 22-hem

Inget statsbidrag utgår. Om socialstyrelsen efter ansökan beviljar huvudmannen tillstånd att omvandla/bygga om några platser på ett § 22-hem till slutna platser enligt LVM § 23, definieras hemmet i sin helhet som § 23 - hem och årligt statsbidrag utgår till samtliga platser vid hemmet.

2 *Utvecklingsbidrag* om 30 Mkr per år avseende ungdoms- och missbrukarvården i sin helhet. Bidraget disponeras av socialstyrelsen som prövar förslag från bl a kommuner och landsting till utbildningar, utvecklingsprojekt etc. Ansökningar om bidrag bereds av särskild beredningsgrupp i vilken representanter för de båda kommunförbunden ingår. Under budgetåren 1989/90 och 1990/91 har 14,4 Mkr beviljats projekt inom § 12-hemmen, 10,9 Mkr projekt inom LVM-vården samt 10,7 Mkr projekt inom övrig missbruksvård. Medel som inte förbrukats vid årets slut överförs till underlaget för kommunbidrag enligt punkt 4 nedan.

3 *Anordningsbidrag* om 75 Mkr per år. Bidraget disponeras enligt riksdagens beslut av socialstyrelsen och utbetalas efter prövning av behov mm till huvudmän som inrättar nya § 12 samt LVM § 23-platser med 500 Tkr per sluten respektive 250 Tkr per öppen plats, dock med högst hälften av de faktiska kostnaderna. Ej förbrukade medel tillförs kommunbidraget.

4 *Kommunbidraget* utgår med det belopp som sedan återstår upp till den statliga totalramen för statsbidrag om 950 Mkr (615 Mkr för 1991) till kommunerna huvudsakligen i förhållande till antalet utnyttjade vårddygn på samtliga hem för vård eller boende (hvb) under åren 1986-1987. Kommunerna får fritt disponera detta bidrag som förutsätts användas för insatser inom ungdoms- och missbrukarvården.

2.4.4 Vårddygnsavgifter

Utredningen har samlat in uppgifter från nuvarande huvudmän vad gäller budget och vårddygnsavgifter för 1991.

I princip beräknas *vårddygnsavgiften* genom att huvudmannens alla direkta kostnader för verksamheten samt en uppskattad indirekt administrationskostnad summeras, varefter statsbidrag och eventuella övriga inkomster frånräknas. Därefter fastställs en genomsnittlig förväntad procentuell beläggningsgrad för året dvs hur många av tillgängliga platser på institutionen som bör beläggas med ungdomar/missbrukare. Med hjälp av beläggningsgraden beräknas sedan det antal vårddygn som skall ligga till

grund för finansiering av budgeten. Nettokostnaden divideras sedan med budgeterat antal vårddygn och en preliminär vårddygnsavgift erhålles.

I samband med bokslutet beräknar huvudmannen sedan, med ledning av faktiska kostnader och faktisk beläggning, den slutliga vårddygnsavgiften. Om den avviker från den preliminära reglerar vissa huvudmän differensen med de placerande kommunerna, som antingen efterdebiteras eller får tillbaka pengar. De flesta huvudmän tillämpar dock en fast avgift och reglerar budgetavvikelser i det egna bokslutet.

Vårddygnsavgiften vilar på den kommunala självkostnadsprincipen. Huvudmannen svarar själv för beredning och beslut om vårddygnsavgiften. Lagen ger inte placerande kommuner någon rätt att överklaga avgiftsbeslut.

Skillnader mellan huvudmännen dels vad gäller synsätt på principerna för kostnadsfördelning och dels tillämpningen av det kommunala ekonomisystemet har medfört att vårddygnsavgifterna beräknas på olika sätt.

En principiell skillnad gäller om avgiften skall vara *enhetlig* eller *differentierad*.

I det förra fallet beräknas avgiften med ledning av huvudmannens kostnader för samtliga hem, alternativt avdelningar, av en viss typ. Metoden innebär att kommunerna betalar samma avgift/ genomsnittskostnad för samtliga typer av placeringar på t ex huvudmannens § 12-hem.

I det senare fallet tillämpas olika differentieringsgrunder. En är att hemmens faktiska kostnader tillåts slå igenom. En konsekvent genomförd differentiering kan t ex innebära att två behandlingsavdelningar inom samma institution betingar olika avgifter med hänsyn till faktiska personalkostnader. En annan vanligt förekommande differentieringsgrund gäller "egna" repektive "främmande" placeringar. Kommuner från andra landsting än det, som är huvudman för ett visst hem, får betala en högre avgift än kommuner inom det egna landstinget.

Huvudmänner debiterar *centrala administrationskostnader* för driften av hemmen (s k over-head kostnader) på olika sätt i vårddygnsavgiften. Varje huvudman har central administrativ personal (ledningspersonal, personalassistenter, inköpare, löneräknare, ekonomiassistenter m fl) med uppgift att betjäna hemmen. Tvångsinstitutionerna utgör emellertid oftast en relativt liten del av huvudmannens samlade verksamhet och berörda administratörer ägnar därför i regel endast en mindre del av sin arbetstid åt dessa. Det har visat sig vara svårt för huvudmännen att i antal heltidsanställningar precisera den administration som krävs enkom för tvångshemmen. Samma förhållande gäller redovisningen av övriga s k administrativa over-head kostnader för denna verksamhet. Dessa har räknats fram med hjälp av schablonmetoder som varierar mellan olika huvudmän.

Ofta har man uppskattat kostnaderna för ledningsuppgifter, ekonomi- och personaladministration etc i form av en procentsats som sedan relateras till brutto- eller nettokostnaden i institutionsbudgeten. Det förekommer också att denna kostnad fastställs till en fast summa per anställning och år.

Huvudmännen tillämpar även flera olika sätt att beräkna/debitera *fastighetskostnaderna* beroende bl a på om fastigheten ägs eller förhyrs, hur den förvärvats, dess skick samt på hur huvudmannen organiserat sin fastighetsförvaltning. Vissa huvudmän tar bara upp kostnader för den specifika institutionsfastigheten i avgiften. Andra belastar vårddygnsavgiften med en schablonkostnad som är beräknad på ett större fastighetsbestånd, där såväl institutioner som andra förvaltningsbyggnader ingår.

Speciella problem kan uppstå när – vilket nu är en tydlig trend – landsting och kommuner bolagiserar fastighetsförvaltningen och inför "marknadshyror". Denna åtgärd vidtas bl a för att öka medvetenheten om faktiska kostnader för interna tjänster. Konsekvensen kan bli att huvudmannen "marknadsanpassar" hyran för institutionsfastigheter, som man i många fall kostnadsfritt övertagit från staten 1983 och i vissa fall dessutom fått särskilda statliga upprustningsmedel för. Placerande kommuner tvingas sedan indirekt betala denna "marknadsanpassning" via kraftigt höjda vårddygnsavgifter.

Huvudmännen debiterar som regel vårddygnsavgift från den dag placeringen beslutats t o m den dag då kommunen säger upp platsen. Full avgift utgår således såväl innan ungdomen är på plats, som medan han/hon är *avviken från institutionen/ "på rymmen"*. Huvudmännen motiverar detta bl a med att man har fasta kostnader för platsen oavsett om den intagne är närvarande eller ej. Placerande kommuner har opponerat sig mot detta tillvägagångssätt och hävdar att de betalar för att ungdomarna skall vistas/hållas kvar på hemmen. Några huvudmän har därför ålagt sig själva en slags "självrisk", som innebär att vårddygnsavgiften reduceras när den intagne varit borta en viss tid och institutionen inte kunnat återföra honom/henne.

2.4.5 Avgifter 1991

Utredningen har genom tidigare omnämnda enkät även samlat in uppgifter om vårddygnsavgifterna för 1991 vid samtliga berörda hem.

I redovisningen i det följande ingår tjugosju § *12-hem*. Två hem som Malmö kommun driver enbart för kommuninterna placeringar (och för vilka man inte debiterar någon avgift) har undantagits.

Avgiftsnivån varierade kraftigt mellan olika hem. De hem som drivs av Stockholms läns landsting var dyrast och debiterade mellan cirka 4 000 till 4 300 kronor per dygn för slutna platser och tusen kronor lägre för de

öppna. Därnäst kom hem som debiterade 3 150 kronor för en sluten respektive 3 000 kronor för en öppen plats. Den lägsta avgiften för en öppen plats var 1 325 kronor och för en sluten 1 560 kronor per dygn.

De genomsnittliga avgifterna 1991 för "interna" placeringar var cirka 2 100 kronor för öppna respektive cirka 2 500 kronor per dygn för slutna platser.

Den största prisskillnaden mellan öppen och sluten vård (1 000 kronor) noterades, som framgått, för hemmen i Stockholms län. I genomsnitt var en sluten plats cirka 400 kronor dyrare per dygn än en öppen.

Sammanställningen visar att enhetsavgift tillämpades vid tretton hem och differentierad avgift i någon form vid fjorton. Vid åtta hem tillämpades skilda avgifter för öppen respektive sluten vård. Tio hem debiterade en högre avgift för placeringar från kommuner utanför länet. Påslaget varierade mellan 200 och 600 kronor per dygn.

För de femton *LVM § 23-hem*, som debiterade vårddygnsavgift, var prisbilden mer homogen. Stockholms stads hem tillämpade den högsta avgiften, en enhetsavgift om 2 662 kronor per dygn. Den näst högsta avgiften uppgick till 1 700 kronor per dygn och avsåg såväl öppen som sluten vård. De lägsta avgifterna uppgick till 700 kronor för öppna respektive 900 kronor/dygn för slutna platser. Genomsnittsavgiften vid § 23-hemmen var cirka 1 700 kronor per dygn. Enhetsavgift förekom vid tio hem. Fördyringen för utomstående placeringar var marginell och tillämpades endast vid tre hem.

Det fanns vid uppgiftslämnandet tjugofyra *LVM § 22-hem*. Huvudmännen har dock ansökt om "§ 23-status" för flera av dessa. Vårddygnsavgifterna var relativt jämt fördelade inom intervallet 700 – 1 400 kronor med ett genomsnitt om cirka 1 000 kronor. Vid några enstaka hem tillämpades kostnadspåslag för utomstående placeringar. Avgiften kom därmed som högst upp i 1 700 kronor.

3 Problemområden - § 12-vården

I detta avsnitt tar utredningen upp vissa speciella problemområden avseende § 12-vården. Det gäller de särskilda vård- och behandlingsproblem som finns inom § 12-vården (avsnitt 3.1), differentieringsproblematiken (avsnitt 3.2), intagningssystemet (avsnitt 3.3), utslussning och eftervård (avsnitt 3.4), personalutveckling mm (avsnitt 3.5) och forskning och utveckling (avsnitt 3.6). I dessa avsnitt ges en beskrivning av de aktuella problemen varvid möjliga lösningar endast berörs mer allmänt. I avsnitt 3.7 redovisas därefter ett samlat förslag till ändringar av gällande regler för att bidra till lösningen av de påtalade problemen.

3.1 Särskilda vård-och behandlingsproblem

De särskilda ungdomshemmen, eller § 12-hemmen, har att ta emot en grupp ungdomar som i princip endast har en egenskap gemensam, nämligen den att de inte kan vårdas i öppnare vårdformer. Detta betyder att de i praktiken kan definieras som en restgrupp till andra behandlingsformer.

Att dessa ungdomar kan sägas utgöra en restgrupp, bör inte tas till intäkt för att behandla ungdomarna sämre eller med mindre omsorg. Det bör inte heller föranleda att urvalet till placering vid § 12-hem görs så, att man alltid prövar annan tänkbar vård och, först när detta misslyckats, söker plats inom § 12-vården. Ett sådant urvalsförfarande riskerar nämligen att permanenta den unges uppfattning av sig själv som den som alltid misslyckas. I stället bör placering vid § 12-hem alltid ske så snart det står klart att den unge inte har förutsättningar att tillgodogöra sig vård i öppnare former. Noggranna undersökningar av den unges vårdbehov och förutsättningar bör därför alltid göras innan slutlig ställning tas till placeringsform.

Den formella skillnaden mellan § 12-hemmen och andra institutionella vårdformer är § 12- hemmens rätt att tillgripa vissa tvångsåtgärder för att hålla kvar den unge i vården och för att upprätthålla ordningen vid hemmet. § 12-hemmen har inrättats för att kunna ta hand om klienter som utmärks av sådana störningar i den psykiska utvecklingen och mognaden som leder till bristande förmåga i olika avseenden samt brister i fråga om insikt och motivation.

De *yttre* tecknen på nu nämnda brister är att ungdomarna kan ha svårt att inordna sig i en social samvaro, att de inte orkar härbergera och bearbeta sina problem utan rymmer ifrån dem eller att de reagerar impulsstyrt, aggressivt och oreflekterat på ovana situationer eller frustrationer. Allt detta brukar sammanfattas med att de är svårbehandlade och besvärliga. Det är i detta sammanhang viktigt att påpeka att det kan finnas ungdomar med ett likartat beteende utan att detta behöver vara en följd av djupgående störningar utan snarare kan bero på brister i fostran och bristande socialisation. Det är en viktig uppgift för socialtjänsten och andra vårdansvariga att undersöka bakgrunden till beteendeavvikelserna eftersom vårdbehoven skiljer sig på ett markant sätt.

En liten grupp bland § 12-hemmens klienter anses också ha någon form av sådan djupgående psykisk störning som är, eller ligger nära, psykisk sjukdom. Denna grupp utgör en alldeles speciell problemgrupp eftersom de ofta inte är klart definierade som psykiskt sjuka men av och till uppvisar sjukdomssymtom som kan bero på psykisk sjukdom. Dessutom finns en mindre grupp som har en konstaterad psykisk sjukdom och som därför bör få vård för denna inom den reguljära psykiatriska vården.

Det är således helt klart att redan den "normale" § 12-klienten är en ung människa med svåra problem och störningar. Även om behandlingen av dessa "normala" klienter ställer stora krav på vårdens innehåll och utformning, har §12-hemmen i regel goda möjligheter att redan i dag ge en förhållandevis god vård och behandling av dessa. Hemmen har lång erfarenhet av dessa ungdomar och har också metoder att komma till rätta med problemen. Behandlingens kvalitet skulle dock kunna förbättras om hemmen och vårdinnehållet differentierades med hänsyn till klienternas förutsättningar att tillgodogöra sig behandlingen. Denna fråga behandlas utförligare i avsnittet om differentiering (3.2).

För behandlingen av de intagna krävs, dels vård- och behandlingsmetoder som är anpassade till klienternas problem och resurser, dels juridiska och praktiska förutsättningar att hålla kvar omotiverade klienter och att upprätthålla ordningen vid hemmen. För detta ändamål finns regler om begränsningar i de intagnas rörelsefrihet och rätt att kontrollera och att beslagta missbruksmedel, vapen eller annat som kan utgöra ett hot mot ordningen vid hemmen.

Vården vid § 12-hemmen kan ges dels i öppna avdelningar, dels i slutna avdelningar (egentligen "låsbara enheter" enligt SoF § 26). De öppna avdelningarna är öppna i den meningen att den intagne kan röra sig fritt mellan avdelningen och det ytterområde som hör till institutionen. Han får däremot inte lämna området utan tillåtelse. Om han

försöker göra det och personalen upptäcker saken, har de rätt att hindra honom med fysiskt tvång. Personalen kan också reglera vilka delar av institutionen den intagne får röra sig inom. Det kan exempelvis bli nödvändigt att förbjuda besök i andra öppna avdelningar för att undvika störningar. Dagens regelsystem tillåter däremot inte att föreståndaren eller personalen hindrar de intagna att lämna den öppna avdelningen genom att låsa fönster och dörrar.

Begränsningen av de intagnas rörelsefrihet kan ske på två olika sätt. Under vissa omständigheter kan en intagen avskiljas från gruppen och hållas inlåst i ett särskilt avskiljningsrum eller i sitt eget rum under högst 24 timmar (SoF § 27). För att hindra en intagen från att rymmma eller för att upprätthålla säkerheten vid hemmet kan den intagne tas in på en låsbar enhet, d v s sluten avdelning, under högst två månader (SoF § 26). Efter två månader måste den intagne flyttas till en öppen enhet eller, om särskilda behandlingsskäl föranleder det, fortsätta vistelsen på den låsbara enheten under förutsättning att detta kan förenas med vistelse i öppnare former eller utanför hemmet.

Den sistnämnda bestämmelsen medför genom sin nuvarande utformning ett problem. Ett är bestämmelsens krav att vissa enheter identifieras som instrument för att tillgodose ett av behandlingsbehoven, nämligen den fysiska gränssättningen. Behovet av behandlingskontakt med en begränsad och i tiden stabil grupp av behandlare sätts därvid tillbaka. Den intagnes behov av behandlingskontakt tillgodoses normalt i den avdelning där han skall vistas under hela behandlingstiden. Det är en viktig förutsättning för behandlingsframgång att denna kontakt inte bryts. Detta krav kan inte tilgodoses om det behov av gränssättning, som ibland uppstår, skall fyllas av en annan personalgrupp och i en annan avdelning. Ett annat problem, som följer av den nu diskuterade bestämmelsens utformning, är att den för förlängning av vistelsen på sluten avdelning förutsätter att vistelsen går att förena med vistelse i öppnare former eller utanför hemmet.

Hos en och samma klient kan behovet av mer handfast gränssättning variera under vårdtiden och det inverkar mycket störande på vården att inte kunna anpassa de nödvändiga åtgärderna till de skiftande omständigheterna på ett flexibelt sätt. Det är också en mycket viktig terapeutisk princip att inte utpeka vissa personer i klienternas omgivning som vårdande och vissa som gränssättande när det gäller vård av tidigt störda människor. En möjlighet att knyta beslut om rörelsebegränsning av detta slag enbart till den enskilde individen, och inte som nu till särskild avdelning, har därför uttryckts som ett starkt önskemål från behandlare inom § 12-vården.

Ett problem av annan karaktär, men som för sin lösning också fordrar åtgärder som berör reglerna för hur begränsningen i rörelsefriheten skall utformas, är det att bland de ungdomar som kommer till § 12-hem finns ett antal som bereder särskilda problem i fråga om tillsyn och behandling. Detta problem har uppmärksammats både av JO och av riksdagens socialutskott. Socialutskottet har sålunda pekat på behovet av hem med särskilt hög bevakningsgrad för att kunna garantera att även de mest rymningsbenägna och brottsaktiva ungdomarna skall kunna beredas vård, behandling och tillsyn inom ramen för § 12-vården. De ungdomar, som det här rör sig om, utgörs främst av pojkar, som begår kvalificerade egendoms- och våldsbrott och som inte kunnat inpassas i någon form av behandling. Behandlingsförsöken har misslyckats till följd av fortsatt kriminalitet i form av grova egendomsbrott, våldsbrott och rån samt aggressivitet mot behandlarna. Misslyckade behandlingsförsök har i regel gjorts både i öppen vård och på institution, inklusive § 12-vård. Det har i några uppmärksammade fall gått så långt, att alla tänkbara behandlingsmöjligheter stängts för dessa ungdomar. Man talar i vissa fall om att den unge skulle ha straffat ut sig från behandlingen. Därmed avses de fall när hemmen skrivit ut en klient som man inte ansett sig kunna fortsätta att vårda till följd av dennes alltför störande beteende. Även om begreppet utstraffning inte är formellt adekvat är det allvarligt att samhällets socialtjänst i praktiken kommit att stängas för den grupp ungdomar som är i störst behov av dess insatser. Ett problem i det här aktuella sammanhanget är att denna grupp ungdomar möjligen låter sig identifieras som grupp i statistisk mening, men inte alltid är lätta att identifiera på individnivå. Det är med andra ord inte lätt att vid intagningstillfället avgöra om den unge kan vårdas i öppen avdelning eller om det krävs inlåsning och hög grad av bevakning för att ge de nödvändiga förutsättningarna att hålla honom kvar i vården. Även för den klient som har en rad misslyckade vårdförsök bakom sig, är det viktigt att det görs noggranna undersökningar och observationer innan man tar slutlig ställning till placeringsform och framtida behov av tillsyn.

Konsekvenserna av att vissa ungdomar i praktiken kommit att utestängas från socialtjänsten har i det enskilda fallet blivit antingen att samhället gett upp och låtit den unge gå kvar med "LVU-vård i hemmet", med fortsatt brottslighet som följd, eller att den unge dömts till fängelse.

Antalet dömda till skyddstillsyn och fängelse för åldergruppen 15-17 år under de senaste åren är följande:

År	Dömda till skyddstillsyn	Dömda till fängelse
1989	160	52
1990	169	42

De frihetsstraff, som normalt kommer ifråga i dessa fall är relativt korta, men undantagsvis har längre straff förekommit. Den unge är därför snart ute i samhället med stor risk för fortsatt brottslighet. För de unga under 18 år som dömdes till fängelse under 1990 uppgick strafftidens längd till mellan 1 månad och fem år. Fler än hälften dömdes till strafftider under 6 månader medan endast tre ungdomar ådömdes längre fängelsestraff än 1 år.

De ungdomar som döms och avtjänar straff inom kriminalvården är endast en liten del av dem som kan sägas befinna sig i riskzonen för ett fortsatt liv i kriminalitet och social utslagning. Enbart inom Norrmalms polisdistrikt i Stockholm grips varje månad omkring 150 ungdomar under 18 år för brott av olika slag. Av dessa återkommer ett stort antal i nya brottsutredningar som avser grövre brottslighet. I åldersgruppen mellan 18 och 20 år döms varje år ca 1000 personer till fängelse. Även i denna åldersgrupp dominerar vålds- och egendomsbrott men även trafikbrott, såsom rattfylleri, förekommer. Flertalet av de här ungdomarna är pojkar.

Det kan på goda grunder antas, att det också i gruppen mellan 18 och 20 år finns ungdomar som begår brott till följd av sådana psykiska skador, att vård och behandling inom socialtjänsten vore en bättre åtgärd för att åstadkomma rehabilitering än fängelse. Den vårdform som i första hand kan komma i fråga i sådana fall är § 12-hemmen. Riksdagen har också genom bifall till regeringens proposition 1984/85:171, förtydligat socialtjänstens ansvar för ungdomar med missbruksproblem och de unga lagöverträdarna.

I föreliggande avsnitt har behandlats två olika problem, som bägge berör reglerna för hur begränsningen av den unges rörelsefrihet skall kunna utformas. Generellt behövs en ökad flexibilitet. För en liten grupp behövs striktare förhållanden än vad nu gällande regler ger utrymme för. Förslag till lösning redovisas nedan i avsnitt 3.7.1.

3.2 Differentiering av vårdresurserna och regionindelning

De nuvarande särskilda ungdomshemmen enligt § 12 LVU och LVM-hemmen tillhör en grupp av institutioner, som före 1983 i de flesta

fall tidigare ingått i en riksomfattande institutionsstruktur. De har därför av tradititon varit inriktade på att ta emot och arbeta med en klientgrupp, som av en central intagningsinstans fördelats mellan hemmen efter vissa kriterier. För § 12-hemmens del utgick indelningen ifrån klienternas kön, ålder, begåvningsnivå och grad av psykisk störning. Denna differentiering inleddes för § 12-hemmens del under 1940-talet och fullföljdes under 1950-talet, sedan hemmen förstatligats. Liknande indelningar har tillämpats inom missbrukarvården om än inte i samma kategorier.

Genom de principiella ställningstaganden som gjordes av socialutredningen med begrepp som närhet, flexibilitet, kontinuitet och normalisering, kom de dittillsvarande differentieringsgrunderna att överges när institutionerna 1983 överfördes från staten till de nuvarande huvudmännen.

Den organisatoriska och ansvarsmässiga förändring som genomfördes i samband med huvudmannaskapets förändring 1983, medförde att de flesta institutioner fick helt eller delvis nya målgrupper. I princip blev upptagningsområdet för institutionerna det egna länet. Eftersom endast ett mindre antal län hade underlag för egna institutioner, innebar förändringen att vissa institutioner fick ta emot klienter från flera närliggande län. I stället för att som tidigare ha haft en eller ett par målgrupper med speciella problem och behov, fick dessa institutioner nu ta emot alla förekommande typer av klienter.

Socialutredningen framhöll att differentiering med hänsyn till olika yttre symtom borde överges till förmån för en differentiering med hänsyn till klienternas behov. Man framhöll att de flesta klienter har flera behov som måste kunna tillgodoses samtidigt. Institutionerna måste, enligt utredningen, kunna tillhandahålla behandlingsinsatser som svarar mot alla dessa behov. Utredningen ansåg dock att det fanns behov av väl differentierade behandlingsinsatser som skulle göra det möjligt att välja den lösning som bäst tillgodoser den enskildes aktuella behov.

Socialutredningen identifierade ett antal klientbehov som skulle kunna kräva institutionsinsatser:

1 Rådgivning/kontakt
2 Krisbehandling
3 Utredning/vård (barn)
4 Observation
5 Utredning (unga lagöverträdare)
6 Problemlösning (ungdomar och vuxna)
7 Inackordering
8 Vård i skyddad miljö.

Med utgångspunkt i dessa klientbehov förordade utredningen, att en

framtida institutionsstruktur skulle differentieras så att olika institutioner får sin huvuduppgift inom någon av dessa behovskategorier. Sålunda tänkte man sig en institutionsstruktur bestående av i huvudsak följande fem typinstitutioner:

Typinstitution I

Utredning - vård av spädbarn och yngre barn (företrädesvis i ålderna 1 - 12 år) i behov av omedelbara åtgärder, t ex vid misshandel, vanvård, vårdares sjukdom.

Observation - behandling av barn i samma ålder med allvarlig sociala, intellektuella eller emotionella utvecklingsstörningar. Ofta" gränsfall" mellan olika vårdområden. Ibland svårplacerade i enskilda hem.

Typinstitution II

Krisbehandling av ungdomar och vuxna i akuta krissituationer av destruktiv karaktär. Missbruk av alkohol, narkotika eller thinner. Relationsstörningar och konflikter inom primärgruppen som skapar krisartade situationer.

Utredning beträffande unga lagöverträdare (företrädesvis 15 - 17 år) i en period av tilltagande kriminellt beteende. Aktuella hos polis och åklagare.

Typinstitution III

Problemlösning för ungdomar och vuxna som är motiverade för behandlingsplanering och en tids problemlösning.

Typinstitution IV

Skyddade miljöer. Här rör det sig huvudsakligen om äldre, gravt alkoholskadade och socialt utslagna. Flertalet saknar anknytning till en primärgrupp. De saknar ofta bostad och har betydande arbetshinder.

Typinstitution V

Inackordering för huvudsakligen alkohol- och/eller narkotikaskadade klienter med komplicerade arbets- och bostadsproblem men med gynnsammare rehabiliteringsprognos än de klienter enligt typinstitution IV.

Socialutredningen erinrade om att kraven på närhet, flexibilitet och kontinuitet utgör utredningens utgångspunkter när det gäller att foga in institutionerna i hela socialvårdsverksamheten. Ett nära samspel mellan den öppna socialvården och institutionerna ansågs nödvändig. Institutionerna borde också finnas så nära klientens egen miljö som möjligt.

De typinstitutioner som närmast motsvarar § 12-hemmen är typ II och III, d v s akut-och utredningshemmen samt de § 12-hem som har möjlighet att ge långsiktig behandling.

Någon differentiering inom respektive institutionstyp ansågs inte nödvändig enligt socialutredningen. Undantag kunde tänkas för viss åldersdifferentiering. Följande citat belyser utredningens uppfattning i frågan:

> "Klienter som blir aktuella för institutionsvistelse företer oftast flera symtom på svårigheter. En differentiering efter olika symtomgrupper är bl a av detta skäl inte meningsfull. Hittills gjorda erfarenheter ger inte heller stöd för någon uppdelning på olika missbrukargrupper. Däremot synes det finnas skäl att undvika placering av ungdomar i nedre tonåren tillsammans med äldre och mer etablerade missbrukare. En mindre långtgående differentiering än den nu tillämpade reducerar behovet av olika institutionstyper. Därigenom kan också upptagningsområdenas storlek begränsas"

Socialutredningens ambitioner har av olika skäl inte kunnat realiseras, varför många av de problem som utredningen identifierade återstår.

Aktuella problem

Efter huvudmannaskapsreformen 1983 fick de tidigare statliga institutionerna, liksom de institutioner som tillkommit, ett upptagningsområde som i princip utgjordes av det egna länet. Hemmen har som en följd härav tvingats ta emot en mer heterogen målgrupp än tidigare. Därmed har möjligheterna att specialisera vården närmast försvunnit.

De ungdomar som antingen inte kunnat tas in på § 12- hemmen, eller berett hemmen stora svårigheter p g a sina mycket krävande behandlingsproblem, uppvisar ofta en sammansatt problembild.

Några speciella klientgrupper kan urskiljas. Bland dessa finns ungdomar som brukar beskrivas som kriminellt identifierade, extremt brottsaktiva och aggressivt utagerande. De flesta försök att vårda dem har misslyckats antingen därför att de inte stannat kvar i vården eller att de "straffat ut sig".

De har avbrutit sin vistelse i familjehem eller ungdomsinstitution genom hotfulla utspel eller öppen fysisk aggressivitet. Människor är rädda för

dessa ungdomar. De särskilda vård-och behandlingsproblem som aktualiseras för denna grupp behandlades i sitt sammanhang i föregående avsnitt.

En annan grupp svårbehandlade ungdomar är de, som har sådana psykiska störningar att deras problem kan sägas gränsa mot psykiatrins ansvarsområde. Dessa ungdomar är ofta svåra att hantera i gruppsituationer och är till följd av sina psykiska störningar oberäkneliga och ibland mycket aggressiva. Vården av dessa ungdomar ställer stora krav på personal och miljö samt behov av ett nära samarbete med barn- och ungdomspsykiatrin.

Ytterligare en grupp som kräver särskilt tillrättalagd vård är flickor med tidiga psykiska störningar. Många av dessa flickor har traumatiska upplevelser, bl a i form av sexuella övergrepp, bakom sig. Detta ställer krav på personal med specialkunskaper och hög grad av medvetenhet samt väl genomtänkta behandlingsprogram. Samvård med andra klientgrupper är inte lämplig.

Ovan nämnda klientgrupper har kommunerna haft svårigheter att placera på § 12-hem under 1980-talet. I de fall de ändå tagits in i något § 12-hem, har det erbjudit stora problem att bereda dem en god vård.

En intern differentiering inom de olika § 12-hemmen har inte alltid varit möjlig. Dels av rent praktiska skäl, därför att kompetens och lämpliga lokaler och utrustning saknats, dels därför att hemmens upptagningsområde varit begränsat på ett sådant sätt att den slumpmässiga varationen av klienter varit så stor att det varit omöjligt att förutse behovet av differentiering. Undantag finns dock, t ex Gräskärr i Uddevalla, som utgående från regionens behov gjort en klart definierad differentiering inom institutionen.

En viss grad av differentiering har dock utvecklats. Genom föreståndarens rätt att besluta om intagning har det funnits en möjlighet att välja bort klienter som av någon anledning inte ansetts passa in i den egna institutionens vårdutbud. Bristen på officiell differentiering har på detta sätt kommit att skapa en slags inofficiell differentiering. Denna har fått till följd att klienter med en viss problembild kommit att hamna utanför vårdformen eller varit mycket svåra att hantera inom densamma. Sålunda har det varit svårt att få plats för de ovan beskrivna problemungdomarna.

Behov av differentiering med hänsyn till klienternas förutsättningar att tillgodogöra sig vården

Institutionen som behandlingsresurs inom socialtjänsten kan vara motiverad när klientens vård- och behandlingsbehov inte kan tillgodoses i öppen form eller när det ger uppenbara vinster i vårdhänseende att förlägga insatserna till institutionen.

Institutionen måste i så fall erbjuda förutsättningar för vården som inte går eller är svåra att åstadkomma i öppen form. Detta betyder samtidigt att institutionen inte kan vara en "normal" miljö, om man därmed menar en miljö som liknar det omgivande samhället.

Institutionen måste vara så inrättad, att den så långt som möjligt underlättar för klienten och personalen att tillgodogöra sig respektive ge den avsedda vården. Detta gäller såväl materiella – lokaler, maskiner, hjälpmedel – som icke materiella faktorer - regler, förhållningssätt och behandlingsplaner.

Det är lätt att inse att människor med fysiska handikapp har behov av en tillrättalagd miljö. Lokaler som skall användas av rullstolsburna personer måste ha hissar, ramper, dörröppnare m m. Lika nödvändigt är det att människor med psykiska och sociala handikapp möter en institutionsmiljö i vid mening som tar hänsyn till deras handikapp. Eftersom den senare typen av handikapp inte är lika lätta att identifiera krävs kvalificerad kunskap om problemen hos den ansvariga personalen för att dessa skall kunna anpassa den fysiska och psykiska miljön till klienternas behov och förutsättningar.

Vissa aspekter av institutionsmiljön är särskilt viktiga att anpassa. En viktig del i anpassningen ligger bl a i att avgöra vilka krav och förväntningar som kan ställas på klienterna. Institutionens kravnivå bör därför avvägas i förhållande till klienternas personliga utveckling, mognad och motivation att bearbeta sina problem.

Ett annat viktigt område vid anpassning av institutionsmiljön är graden av struktur. Valet av struktureringsgrad förutsätter kunskap om klienternas mognad och personlighetsutveckling. Vissa klienter behöver en mycket välstrukturerad miljö medan andra behöver motsatsen för att inte hämmas i sin utveckling.

Institutionens inre och yttre miljö har således en stor betydelse för möjligheten att nå behandlingsframgång. En optimal anpassning av institutionsmiljön förutsätter differentiering av institutionerna på ett sådant sätt att klientgrupperna görs så homogena som möjligt när det gäller de egenskaper som har relevans för valet av institutionsmiljö och behandlingsinsatser.

Ett alternativ till differentiering av institutioner kan vara en långtgående individualisering av behandlingsprogrammmen. En sådan individualisering är emellertid endast möjlig intill en viss gräns. Om klienternas behov och förutsättningar är alltför olika kommer det inte att vara möjligt att vårda dem i samma grupp. Av rent praktiska skäl blir det också svårt att ha alltför olika vårdprogram för olika klienter som vistas i samma institution. Det förtjänar dock påpekas att behovet av individualiserade behandlingsprogram inte bortfaller när vården är differentierad. Ingen differentiering kan drivas så långt att det inte kommer att finnas individuella skillnader mellan klienterna, som måste återspeglas i behandlingsplanerna.

Behov av regionindelning

Justitieombudsmannen har i sina i det föregående refererade rapporter 1987-03-31 och 1991-04-15 pekat på problem med att bereda adekvat vård och behandling för de ungdomar som har särskilt vård- och tillsynskrävande behandlingsproblem. JO drar slutsatsen att hemmen måste specialiseras i högre grad för att kunna ta emot även de mest svårbehandlade klienterna. JO konstaterar också att det krävs större upptagningsområden än länet för att få en tillräckligt bred bas för en differentierad institutionsstruktur inom § 12-vården.

Socialstyrelsen har kommit till liknande slutsatser som JO efter att ha studerat efterfrågesituationen inom § 12-vården och LVM-vården. Socialstyrelsen redovisar sina slutsatser i rapport till regeringen 1990-06-25 angående inventering av behov och resurser inom den tunga missbrukar-och ungdomsvården – också den refererad i det föregående.

Socialstyrelsen föreslår i rapporten att landet indelas i fem regioner som kan utgöra upptagningsområden vid en differentiering av § 12-vården. För vart och ett av dessa områden förenas närhet till klientens hemort med tillräcklig bredd på klientunderlaget. Regionindelningen bygger på ett mer eller mindre fast etablerat samarbete mellan huvudmän för den tunga tvångsvården i respektive region.

Socialstyrelsen föreslår följande regionindelning:

Region Syd:

Malmöhus län samt Malmö stad
Kristianstads län
Blekinge län
Kronobergs län
Kalmar Län
Jönköpings län

Region Mellansverige:

Uppsala län
Västmanlands län
Örebro län
Värmlands län
Södermanlands län
Kopparbergs län
Östergötlands län

Region Väst:

Hallands län
Göteborgs och Bohus län
inkl Göteborgs kommun
Älvsborgs län
Skaraborgs län

Region Stockholm:

Stockholm län
Gotlands län

Region Norr:

Gävleborgs län
Jämtlands län
Västernorrlands län
Västerbottens län
Norrbottens län

De problem som här redovisats pekar på behovet av en samlad lösning av differentieringsproblemet. Förslag presenteras i avsnitt 3.7.1. Det innefattar lämpliga differentieringsgrunder och en för ändamålet anpassad regionindelning.

3.3 Intagningssystemet

Den som är omhändertagen, eller genom beslut i länsrätten skall vårdas, med stöd av LVU kan tas in för vård vid ett § 12-hem om socialnämden beslutar det (11 § LVU). När ett sådant beslut är fattat skall nämnden ansöka om plats vid ett § 12-hem och föreståndaren vid hemmet beslutar om inskrivning (18 § SoF). Huvudmannen för hemmet kan också besluta att inskrivningsbeslutet skall fattas i annan ordning, t ex av en särskild inskrivningsfunktion hos huvudmannen. Även andra former för inskrivning kan finnas om huvudmannen bestämmer det.

Vid beslut om intagning skall den som fattar beslutet beakta att hemmet är lämpligt för den unge med hänsyn till hans personliga förutsättningar och behov (18 § SoF).

Intagningsbestämmelserna ger idag inget utrymme för föreståndaren eller huvudmannen att ifrågasätta eller avvisa en ansökan om plats på annan grund än att det enskilda hemmet inte är lämpligt för den aktuelle klienten. Att från hemmets sida avvisa en ansökan med motivering att § 12-vård inte skulle vara nödvändig eller lämplig, har inte stöd i gällande lagstiftning. Bedömningen av vårdbehovet i sig och vårdansvaret vilar helt på den socialnämnd som har befattning med den unge. Detta hindrar givetvis inte att den som har att fatta intagningsbeslutet i en dialog med den sökande kan komma med synpunkter och råd som kan leda till att annan vård söks för klienten.

Huvudmannen för § 12-hemmet eller föreståndaren har endast att avgöra *vilket* hem som kan anses vara den lämpligaste placeringen. Lag och förordning ger härigenom tydligt uttryck för den fördelning av ansvar som infördes i den nya socialstjänstlagen.

Huvudmannen för § 12-vården har också ett i lagen tydligt uttalat ansvar för att tillhandahålla de resurser som behövs för att bereda plats för alla som av socialnämnden ansetts vara i behov av § 12-vård (23 § SoL).

Trots gällande bestämmelser har problem uppstått när socialnämnder försökt placera ungdomar i § 12-hem. Framför allt har man mötts av beskedet att hemmen varit fullbelagda, men i många fall också fått avslag på en ansökan med motiveringen att klienten haft en problematik som varit alltför svår eller inte passat in i den behandlingsmodell som tillämpats på det aktuella § 12-hemmet.

Problemen att få plats i § 12-hem har förvärrats av att en total överblick över platstillgången i landet saknats. Olika praxis i olika delar av landet samt bristande samordning mellan huvudmännen har tvingat socialsekreterarna att lägga ned mycket tid på att söka lediga platser.

Den bristande samordningen och bristen på enhetlig handläggning av intagningsfrågorna har också medfört svårigheter att sammanställa uppgifter om efterfrågesituationen. Endast ett fåtal av huvudmännen har insamlat och sammanställt uppgifter om de klienter som varit aktuella för intagning. Uppgifter som kunnat vara av stort värde för huvudmannen vid vårdresursplaneringen har därför inte tagits tillvara.

Till detta kommer också en brist på kunskap om klienternas vård- och behandlingsproblem, som försvårar valet av placeringsform liksom det försvårar valet av behandlingsinsatser när klienten väl är placerad i § 12-hemmet. Problemet är en följd av att ansökningar om plats oftast

sker per telefon och att det saknas enhetliga rutiner för ansökningsförfarandet. JO har i sitt beslut den 15 april 1991 särskilt pekat på denna brist.

Akutintagningar utgör en stor andel av den totala volymen intagningar i § 12-hem. I socialstyrelsens i det föregående refererade rapport 1990-06-25, anges att drygt 50 procent av ansökningarna om plats i § 12-hem utgörs av akutfall. Det är olyckligt att åtgärder, av så ingripande natur som institutionsplaceringar, inte kan planeras och genomföras med god framförhållning och med den omsorg som krävs för att vården skall kunna utformas på optimalt sätt. Det är emellertid, enligt socialstyrelsens erfarenhet, i de flesta av dessa akutfall fråga om unga människor som under relativt lång tid varit föremål för socialstjänstens åtgärder. Pågående placering har avbrutits till följd av någon allvarlig incident och krav har rests från de behandlingsansvariga på omedelbar omplacering.

På grund av den stora volymen av akutärenden och på grund av bristen på platser för akutintagningar, har det varit stora svårigheter att tillgodose behovet av akutplaceringar.

Svårigheterna att få plats i § 12-hem och problemen med de bristande kunskaperna om klienternas problem och vårdbehov, pekar på behov av förändringar i intagningssystemet. Förslag till sådana förändringar presenteras i avsnitt 3.7.3

3.4 Utslussning; samverkan öppenvård och institution

Utslussning

Institutionerna inom socialtjänsten skall ge vård, behandling, omvårdnad och tillsyn till klienter som är i behov av en intensiv och kvalificerad insats i en kontrollerad miljö. För att klara detta måste institutionerna vara uppbyggda kring en någorlunda fast kärna av lokaler, personal och regler. De särskilda ungdomshemmen (§ 12-hem) har dessutom karaktären av "totala" institutioner, d v s sådana som ger dygnet-runt-insatser med en hög grad av kontroll, omsorg och struktur.

Vården vid här aktuella hem är resurskrävande och dyr. Det är därför önskvärt både av ekonomiska och behandlingsmässiga skäl att vården så snart det är möjligt övergår i former som är mindre ingripande för klienten och därmed billigare. De krav på flexibilitet som vården sålunda

ställer kan vara svåra att tillmötesgå, men måste trots detta eftersträvas och planeras in i verksamheten.

De individuella behandlingsplanerna måste innehålla överväganden och beslut om hur vården skall anpassas efter klientens skiftande behov och förutsättningar. Det är en viktig uppgift för behandlande personal att noga följa klientens utveckling och revidera behandlngsplanerna när det är motiverat. En huvudregel bör vara att klienten skall få ta ansvar och möta krav i den takt han själv utvecklas. Vården bör anordnas så att den stimulerar till ökat växande och ansvarstagande hos klienterna.

Principen om flexibel anpassning av vårdinsatserna är viktig under den tid vården pågår inom institutionen men också när klienten skall lämna densamma. Den situation som möter klienten när det är dags att lämna institutionen, där han fått en tids vård, är svår av flera skäl. Dels innebär utskrivningen ett miljöbyte och ett byte av vårdare, dels innebär den att behandlingsansvaret flyttas från institutionen till någon annan. I många fall kan det innebära ett fullständigt avbrott i de kontakter som växt fram mellan klient och behandlare under institutionstiden.

Socialtjänstförordningen föreskriver att utskrivning skall ske när det behov som föranledde inskrivning i institutionen inte längre föreligger (21 § SoF). För den som vårdas med stöd av LVU får utskrivning inte ske om inte socialnämnden begärt eller medgivit det. Bestämmelserna medger att klienten skrivs ut från hemmet innan hela hans behandlingsbehov är tillgodosett. Detta utgör i sig inget problem. Placeringen i institution har oftast tillgripits i ett skede när behandlingen inte kunnat ges i öppnare form. När sedan behandlingen framskridit under institutionstiden så att fortsatta behandlingsinsatser kan ges i öppen form behövs inte institutionsplaceringen längre. Det kan då vara riktigt att fortsätta vården utanför institutionen.

Enligt principen om flexibel anpassning av vårdinsatserna får steget mellan institutionen och yttervärlden inte bli alltför stort för den klient som skrivs ut från § 12-hemmet. Även om § 12-hemmet har ambitionen att anpassa vården inom institutionen till klientens växande förmåga kan det vara svårt att undvika att steget ut ändå blir alltför stort. Klienten kommer från en mycket välordnad och ombonad miljö med en hög omhändertagandenivå till en situation där han i hög grad får lita på sig själv. Det är känt att denna situation blir många klienter övermäktig med misslyckanden som följd.

Med en mjukare övergång mellan institutionen och öppenvården i form av varsam utslussning får klienten förutsättningar att lättare kunna anpassa sig till de ökade kraven. Utslussningens funktion bör vara att stegvis öka kraven på klienten i takt med att hans egen förmåga

successivt ökar. En sådan utslussning kan åstadkommas på flera olika sätt och kan med fördel påbörjas redan inne på institutionen. Modeller för detta finns på vissa § 12-hem. Man har t ex ordnat särskilda utslussningsenheter på vissa hem där klienterna får ta ett större ansvar för sitt boende och sina timliga behov såsom mat och klädvård. I några fall har detta kombinerats med arbete eller studier utanför § 12-hemmet.

Med nuvarande regelsystem måste klienten skrivas ut när han flyttar ut från hemmet, om inte vistelsen utanför institutionen är tillfällig. Sådan tillfällig vistelse utanför institutionen får pågå under högst fyra veckor (SoF 28§). Bestämmelsen medger det som vanligen benämns "permission", även om detta uttryck inte finns i lag eller förordning.

Det är önskvärt att den utslussning som enligt antydd modell påbörjats under institutionsvistelsen får fortsätta även sedan klienten lämnat institutionen. Om vården varit framgångsrik har personalen och klienten upprättat en behandlingskontakt som är en av de viktigaste förutsättningarna för en framgångsrik fortsatt behandling. Om utskrivningen från institutionen innebär ett avbrott i behandlingskontakten kan en stor del av redan uppnådda behandlingsresultat spolieras.

Det finns klart uttalade önskemål från såväl § 12-hemmen som från kommuner att § 12-hemmens behandlingsansvar skall kunna kvarstå under en utslussningsfas, även sedan klienten lämnat hemmet. En sådan ordning skulle likna det system som tidigare gick under benämningen "vård utom skola".

Någon motsvarighet till den gamla ungdomsvårdsskolestadgans bestämmelser om "vård utom skola" finns inte, men utredningen föreslår att en ny bestämmelse tas in i socialtjänstförordningen för att reglera denna fråga. Förslaget presenteras nedan i avsnitt 3.7.4.

Samverkan mellan öppenvård och institution

Behandling av socialt och emotionellt störda människor ställer krav på en helhetssyn i vården där klientens hela livssituation och nätverk behöver beaktas och engageras i behandlingen. Även den mest specialicerade vårdformen inom ungdomsvården – § 12-hemmen – bör anpassa sin metodik till detta. Institutionerna bör på många olika plan samverka med andra samhällsinstanser och med enskilda.

Samverkan är antingen formaliserad, och i vissa fall tvingande, eller informell och frivillig för de inblandade. I de senare fallen väljer man att samverka därför att en bedömning av klientens situation och behov visar att samverkan är nödvändig för att uppnå ett gott behandlingsresultat.

Socialtjänstlagen föreskriver att socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar (SoL 9 §). När socialnämndens insats utgörs av en placering i institution har denna att på uppdrag av nämnden genomföra vården på det sätt som anges i socialtjänstlagen.

I 24 § SoL stadgas att vård i familjehem och hem för vård eller boende skall bedrivas i samråd med socialnämnden. Detsamma uttrycks i 9 § SoF. Vidare föreskrivs samråd och samverkan i socialtjänstförordningen t ex i fråga om utskrivning och vid beslut om tillfällig vistelse utanför hemmet (SoF §§ 22, 23 och 28).

Socialtjänstlagens utformning bygger på den insikt om det sociala behandlingsarbetets förutsättningar och krav, som tydligt kom till uttryck i socialutredningens betänkanden.

Under 1980-talet har utvecklingen i stort följt de i lagstiftningen uttalade intentionerna. För institutionernas del har detta inneburit en öppnare attityd gentemot uppdragsgivarna – kommunerna – men också ökade krav från dessa på insyn och inflytande.

Huvudmannaskapsreformen 1983 bidrog till att underlätta kontakten och samarbetet mellan kommunens öppna socialtjänst och § 12-hemmen. Ett sådant närmande mellan institutioner och öppenvård hade dock redan påbörjats under senare delen av 1970-talet, då en mera medveten regional intagningspraxis började tillämpas av socialstyrelsen, som då hade ansvaret för intagning i ungdomsvårdskola. Redan under detta försök att anpassa ungdomsvårdsskolorna till socialtjänstutredningens närhetsprincip, kunde man notera en märkbar förbättring av samarbetet mellan institutionerna och socialförvaltningarna. Framför allt underlättades socialarbetarnas medverkan i behandlingsplaneringen, men också i fråga om planering och genomförande av utslussning och eftervård kunde förbättringar märkas.

Svårigheter i samarbetet beror på många faktorer. En är bristande tid hos socialarbetarna samt den relativt höga personalomsättningen i denna yrkesgrupp. Andra svårigheter sammanhänger med de olika personalgruppernas olika erfarenhets- och utbildningsbakgrund. Olika syn på institutionens roll och uppdrag som socialtjänsten och institutionerna kan ha förtjänas också nämnas, liksom oklarhet om målet med verksamheten.

Socialutredningen menade att det skulle vara socialtjänstens uppgift att ställa detaljerade krav på institutionerna i fråga om behandlingsuppdraget. Det har emellertid visat sig att det inte varit möjligt för socialtjänsten att ställa dessa tydliga krav bl a därför att man inte haft tillräcklig kunskap om klientens behandlingsbehov. Dessa problem har på senare tid kunnat

minskas tack vare de särskilda utredningsavdelningarna som inrättats inom § 12-vården. Genom de i många fall mycket kompetenta utredningarna, har den öppna socialtjänsten fått ett bättre beslutsunderlag för att ta ställning till valet av vårdinsats.

Ett annat problem som delvis är av samma art uppstår i de fall där man är överens om klientens problem och behov i stort men har skilda uppfattningar om behandlingsmetoderna. En objektivt sett alltför tidig utskrivning av klienten kan bli följden av sådana motsättningar.

Utredningen återkommer i det följande till frågan om samverkan mellan den öppna vården och institutionerna under avsnitt 3.7.5.

Samverkan § 12-hem – andra vårdformer

Hälso-och sjukvården

De klienter som kommer till § 12-hemmen uppvisar en mycket omfattande variation av problem och skador. De kommer från många olika samhällsskikt och bär på skiftande erfarenheter. Innan de kommer till § 12-hemmet har många erfarenhet av andra vårdformer, alltifrån familjehem till olika typer av institutioner. Tidigare vård inom psykiatri förekommer liksom kriminalvård.

Många av de som kommer till § 12-hemmen för akutvård och/eller utredning har inte behov av att stanna inom § 12-hemmet för fortsatt vård. I dessa fall måste klienten slussas vidare. Denna uppgift är primärt socialtjänstens men det ankommer på § 12-hemmet att underlätta detta arbete. Inte minst bör hemmens utredningskapacitet kunna tas i anspråk för att bättre utröna och beskriva klientens behandlingsbehov så att placering och behandling kan göras bättre.

De klienter som stannar på § 12-hemmet för vård och behandling kan under vårdtiden ha behov av vård-och behandlingsinsatser som inte kan ges på § 12-hemmet. Det kan gälla t ex tandvård, annan somatisk vård eller viss psykiatrisk vård. I sådana fall måste § 12-hemmet tillse att erforderlig vård kommer till stånd och att samverkan med andra vårdgivare fungerar tillfredsställande. Komplikationer kan uppstå till följd av klienternas störande beteende men kan i de flesta fall bemästras. Samarbetet med barn-och ungdomspsykiatrin kompliceras av två faktorer. Dels är tillgången till denna kompetens mycket begränsad, dels har barn-och ungdomspsykiatrin svårigheter att hantera de kraftigt utagerande ungdomarna på sina behandlingsavdelningar som oftast är inriktade på en helt annan klientgrupp.

Socialstyrelsen har undersökt vilka ungdomar som berett § 12-hemmen

de största behandlingsproblemen (ännu inte publicerat arbete). Bland de grupper som särskilt utpekades återfinns, enligt vad utredningen erfarit, en grupp psykiskt störda som genom sitt kraftiga utagerande beteende skrämmer personalen. Försök till samarbete med psykiatrin har i många av dessa fall misslyckats sedan man tvingats konstatera att det inte fanns någon bra lösning inom psykiatrin.

Utredningen återkommer till denna fråga under förslagen i avsnitt 3.7.6.

3.5. Personal- och ledarutveckling

Vården vid § 12-hemmen ställer krav på hög kompetens hos all personal oavsett vilken funktion de har vid hemmet. För många personalgrupper vid dessa hem finns inte någon grundutbildning som är direkt inriktad på arbete vid § 12-hem.

Vid hemmen finns flera olika personalkategorier med olika arbetsuppgifter. I stort kan personalen indelas på följande sätt:

- *Ledningspersonal*
  (Rektor/föreståndare,bitr. föreståndare, avdelningsföreståndare)
- *Vård-och behandlingspersonal*
  (Behandlingsassistenter, behandlingspersonal,läkare, sjuksköterska)
- *Lärare och arbetsledare inom undervisning och arbetsträning*
  (Studierektor,speciallärare, yrkeslärare, arbetsledare, agronom, trädgårdsmästare m fl)
- *Administrativ personal*
  (Kontorister, bokhållare, kamrer m fl)
- *Ekonomipersonal*
  (Vaktmästare, husmödrar, kokerskor m fl)
- *Konsulter och experter*

Det totala antalet anställda inom § 12-vården utgör ca 1200 personer, varav flertalet inom kategorin vård-och behandlingspersonal. Även gruppen lärare och arbetsledare är stor.

Den kategori som saknar särskilt anpassade grundutbildningsmöjligheter är vård- och behandlingspersonalen. För dessa finns grundutbildning på högskolenivå i form av fritidsledarutbildning, socialpedagogutbildning, socionomutbildning eller annan samhälls-eller beteendevetarutbildning. Gemensamt för dessa grundutbildningar är dock att de inte tar sikte på direkt förberedelse för arbete på de tunga tvångsinstitutionerna utan har en mer allmän inriktning.

En annan viktig personalgrupp är ledningspersonalen vid hemmen. Därmed avses förutom institutionschefen de befattningshavare som har andra ledningsuppgifter inom institutionen, t ex avdelningsföreståndare, studierektor, husmor.

Verksamheten vid institutionerna är personalintensiv och beroende av välfungerande samverkan mellan olika personer och grupper. Ledningsfunktionen på olika nivåer är av avgörande betydelse för hemmets totala funktion. Institutionschefen måste behärska såväl personalledning, ekonomi och administration som vård-och behandlingsfrågor. Ofta sker rekrytering av dessa chefer utifrån deras behandlingsmässiga meriter och kunskaper. Deras grundutbildning och erfarenhet har därför sin tyngdpunkt i dessa områden, medan kunskaper och erfarenheter som har med ledarskap och administration att göra är väsentligt svagare.

Det finns flera personalgrupper vid § 12-hemmen som är relativt små och företrädda av endast en eller ett par personer på varje institution, men som kan sägas ha nyckelpositioner. Dit hör bl a psykologer, sjuksköterskor och i viss mån lärare. Trots att de oftast har god grundutbildning ställer arbetet på § 12-hemmen alldeles speciella krav på deras arbetsinsats och de har därför behov av återkommande fortbildningsinsatser. Ett sådant behov finns givetvis för övrig personal, men det brukar oftare förbises när det gäller de små personalgrupperna.

Utredningen har särskilt uppmärksammats på att en stor andel av de lärare som finns vid § 12-hemmen saknar den speciallärarkompetens som bör krävas med hänsyn till undervisningsbehoven. Problemet, som kan ha flera orsaker, bör beaktas, både i samband med personal- och utbildningsplanering.

3.6 Forskning och utvecklingsarbete

Kunskaperna om effekten av vård och behandling i § 12-hemmen är ytterst begränsade. Denna brist gäller också andra behandlingsformer men framstår som desto allvarligare när det gäller den behandlingsform som både är bland de dyraste och som dessutom har de mest långtgående tvångsbefogenheterna inom socialtjänsten. Trots att det finns en hög medvetenhet om bristerna i dessa avseenden har mycket litet gjorts för att avhjälpa dem. De försök att beskriva resultaten med hjälp av statistik som grundas på centrala register såsom straffregistret ger en mycket förenklad och onyanserad bild av klienternas anpassning.

Även om det är av stor vikt att kunna konstatera i vilken omfattning § 12-hemmens klienter återfaller i brottsligt beteende ger en beskrivning

därav inte tillräcklig information om vårdverksamhetens värde. Hemmens klienter uppvisar ofta en sammansatt problembild med flera typer av problem och störningar. I hemmens behandlingsmål ingår därför att åstadkomma förändringar i flera avseenden som inte är avläsbara i de offentliga registren. Som ett komplement till den registerbaserade återfallsstatistiken är det därför nödvändigt att följa upp behandlingsresultat som berör andra sidor av klientens anpassning.

Uppföljning av § 12-vården skall inte endast tjäna syftet att kontrollera behandlingsutfallet även om detta i sig är en viktig uppgift. Uppföljningen skall framför allt ge underlag för utveckling och precisering av mål och metoder inom verksamhetsområdet. Sambandet mellan dessa funktioner är uppenbart.

När det gäller de rena forskningsuppgifterna bör dessa inrikta sig på vissa preciserade frågeställningar som rör vårdens utformning och metodik i förhållande till klienternas behov och förutsättningar. Vårdens resultat är förstås det viktigaste området för forskningen.

I en differentierad institutionsstruktur är det exempelvis av intresse att närmare studera vilka behandlingsmetoder som har positiv effekt på en viss klientkategori liksom det är intressant att ta reda på vilka metoder eller miljöfaktorer på institutionerna som kan ha rent negativa verkningar eller ingen effekt alls. Från annan behandlingsforskning är det känt att de behandlingsformer som arbetat med en mer medveten matchning mellan klient och metod har de bästa behandlingsresultaten. Det är också känt att sådana försök till differentierad behandling är relativt sällsynta.

Det är viktigt att forskningen inriktas på att identifiera vilka hinder och svårigheter som finns för att använda redan kända behandlingsmetoder och att i samband härmed medverka till att utveckla tekniker för att omvandla väl etablerade teorier till praktisk handling, s k implementationsforskning.

Huvudansvaret för att uppmärksamma behovet av forskning, utveckling och uppföljning bör ligga på den statliga myndighet, som har det övergripande statliga ansvaret inom området. Den myndigheten bör vidare i samverkan med högskolorna stimulera till forskningsinsatser på området.

3.7 Utredningens förslag avseende särskilda problem inom § 12-vården

I detta kapitel presenterar utredningen de förslag till lösningar som föranleds av problembeskrivningarna i det föregående i avsnitt 3. För

varje problemområde presenteras förslag under samma rubrik som under problembeskrivningarna.

3.7.1 Särskilda vård-och behandlingsproblem

Utredningen har i avsnitt 3.1 berört särskilda vård-och behandlingsproblem vid § 12-hemmen. Ett behov som påtalas är en ökad flexibilitet i möjligheterna till begränsningar i rörelsefriheten. Bland de problem som påtalas märks särskilt, att det finns en liten grupp ungdomar som hemmen inte kunnat vårda till följd av rymningsbenägenhet, aggressivitet och hög grad av kriminalitet. En stor del av dessa ungdomar har på grund av sitt beteende kommit att hamna utanför vården. Särskilda behandlingsproblem har också vården av de psykiskt störda ungdomarna och de äldre flickorna utgjort.

Krav på § 12-hemmen och förslag till lösningar.

Den nuvarande lagen (LVU) ger uttryck för lagstiftarens vilja att de särskilda ungdomshemmen skall kunna ta emot *alla* ungdomar som är i behov av särskilt noggrann tillsyn. Något undantag för de ungdomar som uppvisar särskilt kraftigt störande beteende ges inte. Ändå kan det konstateras att § 12-hemmen för närvarande inte anser sig kunna ta emot och behandla de mest störda och störande ungdomarna.

Socialstyrelsen har i en enkät till § 12-hemmen undersökt vilka ungdomar som hemmen haft svårast att arbeta med och varför. Det visade sig att de största problemen hade uppstått med de ungdomar som var aggressiva mot personal och andra intagna samtidigt som de var destruktiva i största allmänhet.

Utmärkande för många var också att de hade svårt för att inordna sig i en gruppgemenskap. Detta är givetvis ett stort problem i en vårdform där den "lilla gruppens princip" är helt genomförd. Den lilla gruppens princip innebär i detta sammanhang främst att de intagna skall leva tillsammans i grupp, medan inslaget av renodlade grupptekniker i behandlingsarbetet är relativt sällsynt.

Ett annat problem är de här aktuella klienternas rymningsbenägenhet.

När det gäller denna svårbehandlade grupps psykiska och sociala störningar kan konstateras att de endast skiljer sig från andra § 12-intagna när det gäller graden och mera sällan i fråga om arten av störning.

I kommittédirektiven framförs krav på utredningen att komma med förslag om hur *hem med särskilt hög bevakningsgrad* för de svårast störda ungdomarna skall inrättas.

Det har tidigare konstaterats att även de ungdomar som är i behov av vård och behandling med krav på särskilt hög bevakningsgrad inte nödvändigtvis utgör någon principiellt annorlunda grupp än de mer traditionella § 12-klienterna. Dessa ungdomar kan däremot genom en kombination av medicinska, psykologiska, sociala och kulturella bakgrundsfaktorer, vilka samverkar i negativ riktning, ha utvecklat ett beteende som omöjliggjort behandlingsinsatser i annan form.

Av beskrivningen i avsnitt 3.1 framgår, som just nämnts, att de ungdomar som tas in i § 12-hem inte kan indelas i kategorierna problematiska – icke problematiska. I stället kan det vara riktigt att påstå, att ungdomarna fördelar sig kontinuerligt på en skala från lätt till svårt störda i psykiskt och socialt hänseende. I beteendetermer kan de också beskrivas som mer eller mindre avvikande och störande. De flesta kan vara svåra att komma till rätta med vid något enstaka tillfälle och kan då kräva långtgående insatser av tvångskaraktär, medan ett fåtal kräver ständig tillsyn och tvångsåtgärder. För att klara sin uppgift behöver § 12-hemmen goda förutsättningar i fråga om resurser och lämpligt utformade regler. Även för vården av de "vanliga" § 12-klienterna brister det idag i dessa förutsättningar. Detta förhållande motiverar ändring av gällande regelr så att *en mer flexibel, "situationsanpassad" reaktion blir möjlig.*

För samtliga klienter på § 12-hemmen, oavsett var de befinner sig på problemskalan, krävs följande av vården:

1 individuell och situationsanpassad behandling;
2 möjlighet att hindra undandragande/rymning från vården;
3 möjlighet till klar och entydig gränssättning;
4 kontinuerlig personkontakt mellan klient och behandlare – undvik kontaktbrott och nya behandlarrelationer;

Den första punkten betyder att det för varje intagen på § 12-hem skall utformas ett behandlingsprogram som tar hänsyn till den enskildes behov av insatser med utgångspunkt i dennes aktuella problem, förutsättningar och resurser och som revideras i takt med ändrade behov. Det ställer också krav på den behandlingsansvarige att aktivt ta reda på vilka behov klienten har.

Punkterna två och tre medför krav på att § 12-vården ges lagliga och praktiskt/behandlingsmässigt riktiga förutsättningar att genomföra vården av de klienter som till följd av sitt beteende måste styras med tvångsåtgärder.

Den fjärde punkten betyder att vården bör utformas så, att det är möjligt att bibehålla en terapeutisk kontakt mellan en och samma behandlare och klienten under *hela* vårdtiden. En lösning av behandlings-

problemet som inte medger detta minskar väsentligt möjligheten att uppnå resultat.

För att tillgodose kravet i första punkten måste regelsystemet för tvångsbefogenheterna medge individuellt och situationsanpassat tvång. Därmed kan reglerna tillämpas på alla som vårdas i § 12-hemmen med stöd av LVU. Den lösning som måste sökas för att ta hand om problemet med de svårast störda ungdomarna kommer därför samtidigt att medge en lösning av de problem som idag finns i vården av de övriga § 12-klienterna.

Utredningen tar nu närmast upp behovet av åtgärder för de svårast störda ungdomarna. Därefter återknyts till de behov av ökad flexibilitet som finns för hela § 12-vården.

Vården av de svårast störda ungdomarna, vilka för närvarande i stor utsträckning finns utanför § 12-vården, kommer att behöva utformas som en speciallösning men den bör fortfarande sökas inom ramen för § 12-vården. Det finns flera skäl för detta. Ett viktigt skäl är t ex att de ungdomar som kan behöva vårdas i en sådan speciell del av § 12-vården, inte utan vidare går att identifiera. Behovet av speciella vårdinsatser kan bli tydliga först efter en tid i "vanlig" § 12-vård. Det är i så fall viktigt att se till att överföring till en enhet med särskilda resurser går snabbt och smidigt. En lösning skild ifrån § 12-vården kan skapa svårigheter i detta avseende och ge upphov till onödiga tvister som hur klienter måste "kvalificera sig" för sådan vård. Enhetlig bedömning av vårdbehovet är nödvändig.

Den praktiska lösningen av detta vårdproblem bör inrymma tre huvudkomponenter:

1 säkerhet och tillsyn måste ges hög prioritet;
2 höga krav på behandlingsinnehåll;
3 särskilda enheter för vården inrättas;

Utredningens mening är att problemet med de särskilt tillsynskrävande ungdomarna måste behandlas inom ramen för den differentierade vård som föreslås i avsnittet om differentiering. Detta innebär att det i varje region bör byggas upp särskilda resurser för att ta om hand och behandla dessa ungdomar. Även för dessa mest störda ungdomar är det väsentligt att man i vården kan knyta an till klientens nätverk och att samarbetet med placerande socialnämd kan hållas levande.

Det finns för närvarande inga säkra uppskattningar av hur stor den aktuella gruppen kan vara. Det är dessutom inte helt säkert att det rör sig om en i fråga om bakgrundsproblem och behandlingsbehov homogen grupp. Det är dock rimligt att anta att man i ett inledande skede bör inrätta åtminstone en vårdenhet med 6 - 8 platser i varje region, d v s ca

40 - 50 platser för hela landet. Enheterna bör inrättas inom eller i direkt anslutning till ett hem som har ett brett utbud av vård- och behandlingsresurser så att en hög grad av flexibilitet kan erbjudas i valet av vårdinsatser.

När det gäller vårdens inriktning och utformning är det viktigt att den utformas med utgångspunkt i den aktuella klientgruppens behov. Alla undersökningar och observationer pekar på att den består av ungdomar med grava störningar i jagfunktionerna. Genom att lösa konflikter med utagerande och flykt har dessa ungdomar i regel svårt att klara behandling i öppenvård. Terapeutiska samhällen som fordrar en viss ångesttolerans och bearbetningsförmåga hos den intagne kan förvärra situationen för dem. Det går alltså inte att söka lösningar som utformats för klienter som klarar öppnare vårdformer. Dessa ungdomar fordrar i stället jagstödjande psykoterapi, vilket i vissa avseenden är motsatt insiktsterapi. Det innebär krav på klar gränssättning, kontinuerlig relationsupparbetning, strukturerad sysselsättning, individuellt anpassade krav, kontakter och verklighetsprövning. Det innebär också ett arbetssätt där man hos klienten medvetet skapar ett beroende av behandlaren.

För att klara detta, i synnerhet relationsupparbetningen, krävs för att möjliggöra behandlingen i regel en inledande lång institutionstid. En del av dessa moment finns redan på § 12-hemmen och det borde vara möjligt att åstadkomma en fullständig inriktning på jagstödjande behandling under förutsättning att man målmedvetet verkar för en sådan behandling och att man genom utbildning och medveten rekrytering skaffar sig den diagnostiska och psykoterapeutiska kunskap som är nödvändig.

Problemet med den tydliga gränssättningen är särskilt accentuerat med denna grupp ungdomar. Det kräver en lösning som medger stor flexibilitet samtidigt som den måste kunna hindra rymningar och aggressiva utspel som kan orsaka skada.

Vården måste kunna bedrivas inom låsbara enheter under långa tider för att hindra rymningar. Graden av inlåsning måste dock kunna varieras så att den inte blir onödigt rigorös för klienter som under vårdtiden utvecklas gynnsamt. Det är också viktigt att vården inte medför ständiga byten av behandlare. Relationsupparbetningen och beroendeskapandet, som utgör några av de viktigaste punkterna i behandlingen, kräver att vården måste kunna bedrivas utan omflyttningar av den unge, vilket innebär att graden av rörelsebegränsning måste kunna varieras *inom ramen för en och samma vårdenhet*. Detta är emellertid, som tidigare nämnts, ett krav som bör omfatta all vård vid § 12-hemmen.

De låsbara enheter som idag finns på § 12-hemmen har mycket varierande förutsättningar för att använda ett sådant arbetssätt som nu

beskrivits. För att det skall vara möjligt krävs exempelvis att den intagne skall kunna tillbringa hela dygnet inom enheten (avdelningen) och ändå få sitt behov av såväl sömn, vila och undervisning/arbetsträning som ett varierat utbud av fritidsaktiviteter tillgodosett. Flera av de slutna avdelningar som för närvarande finns på § 12-hemmen saknar lokalmässiga och utrustningmässiga förutsättningar för långvarig vård och behandling i helt sluten form. En anpassning till de krav på särskilt hög bevakningsgrad som erfordras för den mest tillsynskrävande klientgruppen kan därför kräva om- och tillbyggnader samt utökade resurser för undervisning och arbetsträning.

Till kraven på yttre anpassning kommer givetvis krav på anpassning av vårdinnehållet och en förstärkning av kompetensen hos den personalgrupp som skall arbeta i dessa enheter. Rekrytering och utbildning av personalen måste göras med hänsyn till de speciella krav som arbetet kommer att ställa. Tillsynbehovet och behovet av personal för undervisning och arbetsträning kommer att medföra krav på ökad personaltäthet. Till verksamheten måste också knytas psykologisk och psykiatrisk expertis i den mån sådan inte redan finns vid de hem som blir aktuella för den speciella klientgruppen. Den nu föreslagna anpassningen av vårdinnehåll m m för de enheter som skall svara för vård med hög bevakningsgrad kommer sammantaget att medföra ökade kostnader jämfört med dagens § 12-vård.

Det har ifrågasatts om problemet med de mest bevakningskrävande ungdomarna skulle kräva inrättande av riksanstalter. Skälet för att inrätta sådana anstalter skulle kunna vara att problemet är av så pass liten omfattning att det vore oekonomiskt att inrätta speciella enheter eller institutioner för detta behov i regionerna. Ett annat skäl kunde vara att man med en sådan anstalt med hela riket som upptagningsområde finge möjligheter att koncentrera resurserna och på ett samlat sätt utarbeta lämpliga metoder och vetenskapligt följa behandlingen.

Det finns emellertid starka skäl som talar emot en sådan lösning. Dels finns risk att det skulle försvåra samverkan med klienternas sociala nätverk och den vårdansvariga socialnämnden, dels finns en stor risk för att ett inrättande av riksanstalter på ett för rehabiliteringsarbetet olyckligt sätt skulle komma att stämpla de ungdomar som tas in där som permanent problematiska. Den negativa ryktbarhet som på sin tid omgav de gamla anstalterna Bona och Hall inger farhågor som är svåra att bortse ifrån. Under ungdomsvårdsskoletiden fanns också vissa skolor som hade karaktären av riksanstalter, t ex Lövsta skolhem för de yngre eleverna. Den sammandragning av ungdomar med mycket svåra problem från hela landet, som där gjordes var inte lyckosam.

Möjligheterna att tillgodose kravet på långvarig sluten vård begränsas av socialtjänstförordningens bestämmelser om längsta vårdtid vid låsbar enhet. Denna är f n begränsad till två månader. Visserligen ges utrymme för förlängd vårdtid under förutsättning att vården bedrivs i öppnare form, men då vård i öppnare form innebär att klienten måste beredas arbeta eller få sin fritidssysselsättning utanför enheten kan tillsynen inte utformas på ett sätt som effektivt förhindrar rymning i de fall det rör sig om en mycket rymningsbenägen klient.

Det står klart att det för dessa klienter måste finnas möjlighet till förlängning av den nuvarande tvåmånadersperioden för helt sluten vård.

Utredningen föreslår därför att *förlängning av sluten vård* skall kunna tillgripas genom beslut i särskild ordning. Sådan förlängning bör inte medges med mer än två månader åt gången med ny prövning varje gång. De skäl som skall kunna ligga till grund för förlängd sluten vård bör vara att den intagne har avvikit eller planerar avvikning eller att hans beteende i övrigt är sådant att det kan befaras att han inte kan hållas kvar i vård om rörelsefriheten ökas. Förlängning av sluten vård får inte utformas som ett straff, vilket utdelas för oönskat beteende. De som bör kunna komma ifråga för förlängd sluten vård bör vara sådana intagna som genom upprepade rymningar och ett våldsamt och aggressivt beteende i övrigt visat att de inte går att ge behövlig vård i annan form. Utredningen är medveten om risken för att en sådan förlängning, trots allt ofta kan uppfattas som ett straff av den intagne.

Beslut om placering i enhet med hög bevakningsgrad bör fattas av föreståndaren om klienten redan är intagen i detta hem, Om klienten är intagen i § 12-hem, som saknar lämplig enhet får hemmets föreståndare i särskild ordning ansöka om överflyttning till hem med sådan enhet.

Sedan nu de behov som vården av de särskilt störda ungdomarna reserhar behandlats är det anledning att *återknyta till de behov av flexibilitet som finns i all § 12-vård.*

För en stor del av de intagna finns det tillfällen när en temporär skärpning av den yttre gränssättningen är nödvändig. Det är viktigt ur behandlingssynpunkt att detta kan ske i direkt anslutning till den behandlingssituation där behovet uppkommit. Det är också, som tidigare nämnts, viktigt att den behandlare som har ansvaret för den unge får möjlighet att stå för gränssättningen. Detta arbetssätt kräver ett regelsystem som ger utrymme för flexibel användning av tvångsinsatserna och inte begränsar dem till vissa lokaler.

För många intagna skulle det sannolikt vara en tillräcklig gränssättning att kunna meddela ett förbud att lämna den egna avdelningen och att hålla dörrarna låsta för honom under några dagar. För andra åter vore en mera

permanent placering på låsbar enhet mest adekvat. En möjlighet till gränssättning enligt antydd modell kan kräva anpassning av lås och fönster även på de öppna avdelningarna så att de går att hålla låsta för den som inte har tillåtelse att lämna avdelningen. Det kräver också ett arbetssätt som ger utrymme för indiviuell behandling i fråga om rörelsefriheten. På de avdelningar som idag är låsbara utgör den föreslagna bestämmelsen ingen principiellt ny situation då man redan arbetar med vissa intagna som vistas på avdelningen under öppnare former. Skillnaden blir i dessa fall att man inte tvingas flytta den intagne från avdelningen när han inte längre är i behov av den särskilt noggranna tillsynen.

Det är således inte önskvärt att begränsa förlängningsmöjligheterna till de enheter som inrättas för särskilt hög bevakning. Även på andra avdelningar, som idag har möjlighet till sluten vård, kan finnas behov av detta instrument.

Ett system med förlängning av den slutna vården kräver en ändring av nuvarande bestämmelser i socialtjänstförordningens 26 §.

Paragrafen i dess nuvarande lydelse begränsar rätten att inskränka de intagnas rörelsefrihet till vissa s k låsbara enheter. Detta innebär att en intagen som har sin normala placering i en öppen avdelning måste flyttas till en låsbar enhet om det blir nödvändigt för att förhindra rymning. När han inte längre uppfyller de kriterier som anges i 26 § måste han ånyo flyttas tillbaka till sin egen avdelning. Denna ordning tenderar att förstärka den unges uppfattning att han är utsatt för ett straff och inte en behandlingsåtgärd. Även för personalen vid § 12-hemmen har det med detta regelsystem varit svårt att uppfatta skillnaden mellan bestraffning och gränssättning. Med hänsyn härtill, och till behovet att kunna bedriva vården utan att i onödan avbryta behandlingskontakterna vill utredningen föreslå ytterligare en ändring med den innebörden i här aktuella § 26 socialtjänstförordningen.

Den föreslagna ändringen medför att rörelsebegränsning knyts enbart till den enskilde klienten och inte till speciell enhet. Därmed underlättas en flexibel och ur behandlingssynpunkt riktigare användning av detta instrument.

Utredningen föreslår med hänsyn till det anförda att SoF § 26 ändras på följande sätt. Lydelsen i förslaget är utformad med utgångspunkt i att en särskild statlig myndighet, benämnd Statens institutionsstyrelse, enligt utredningens i det följande presenterade förslag får ett centralt ansvar för LVU § 12- och LVM-vården:

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
26 § *Den intagne får beredas vård vid en enhet som är låsbar eller på annat sätt inrättad för särskilt noggrann tillsyn* om det är nödvändigt med hänsyn till den intagnes, övriga intagnas eller personalens säkerhet, eller för att i övrigt genomföra vården. *Den intagne får vistas inom en sådan enhet under högst* två månader i följd. *Om särskilda behandlingsskäl föranleder det, får dock vistelsen pågå längre tid förutsatt att någon av de omständigheter som anges i första stycket föreligger och att den intagne samtidigt ges möjlighet till vistelse i öppnare form utanför hemmet.*	26 § *Den intagnes rörelsefrihet får begränsas genom att den enhet där han skall vistas hålls låst för honom* om det är nödvändigt med hänsyn till den intagnes, övriga intagnas eller personalens säkerhet, *eller om det är nödvändigt för att förhindra att den intagne aviker* eller för att i övrigt genomföra vården. *Begränsning av rörelsefriheten enligt första stycket får pågå under* högst två månader i följd. *För intagna vars tillsynsbehov kräver särskilt hög bevakningsgrad får dock tiden för rörelsebegränsningen förlängas.* *Sådan förlängning beslutas av Statens institutionsstyrelse efter särskild framställan från föreståndaren. Styrelsen skall ompröva beslut om förlängning var annan månad.* *Begränsning av rörelsefriheten skall inte pågå under längre tid än nödvändigt och skall avslutas så snart det kan ske med hänsyn till de omständigheter som anges i första stycket.*

Med den ändrade lydelsen av 26 § försvinner *begreppet* låsbar enhet ur förordningen. Detta betyder emellertid inte att möjligheten att inrätta låsbara eller slutna enheter skall försvinna. Ändringen innebär endast en möjlighet att bestämma vilken grad av slutenhet som erfordras för att kunna tillämpa bestämmelserna i 26 § SoF och med utgångspunkt i behovet av differentiering inom varje institution.

Den hittills tillämpade principen att vården vid § 12-hemmen är öppen, med undantag för de situationer när särskilda kriterier är uppfyllda, kan bibehållas med den föreslagna ändringen. Beslut om rörelsebegränsning kommer på ett tydligare sätt att knytas enbart till den enskilde klienten och inte som hittills till en särskild vårdenhet. Därmed bortfaller ocks det omedelbara å kravet att flytta klienten från en avdelning till en annan när

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

förutsättningarna för fortsatt rörelsebegränsning inte längre föreligger.

De enheter som måste inrättas för att medge särskilt hög bevakningsgrad får en särställning inom § 12-vården genom sin speciella funktion. Dessa enheter skall arbeta med en grupp ungdomar, vars beteende på olika sätt försvårar eller omöjliggör meningsfulla behandlingsåtgärder. En viktig uppgift för dessa enheter blir att förhindra fortsatt kriminalitet hos ungdomarna, på kort sikt genom att hindra dem från att avvika och på längre sikt genom ett vård- och behandlingsprogram som befrämjar mognad och ansvartstagande hos ungdomarna. För att lösa sin uppgift måste enheterna arbeta med en betydligt högre grad av slutenhet än den traditionella § 12-vården. Att samtidigt arbeta med denna målgrupp och andra klienter som har samma behov av slutenhet kommer inte att bli praktiskt möjligt.

Utredningen har mot denna bakrgrund funnit det motiverat att införa en särskild bestämmelse i lagen om vård av unga, LVU, som stöd för inrättande av enheter med särskilt hög bevakningsgrad. Bestämmelsen kan införas som ett tillägg till LVU § 12 enligt följande. Lydelsen i förslaget är på samma sätt som i förslaget ovan beträffande § 26 SoF utformad med utgångspunkt i att en särskild statlig myndighet får ett centralt ansvar för LVU-vården :

Nuvarande lydelse

För vård av unga som på någon grund som anges i 3 § behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas särskilda ungdomshem. Regeringen, eller efter regeringens bemyndigande *socialstyrelsen*, beslutar vilka hem som skall vara sådana hem.

Föreslagen lydelse

För vård av unga som på någon grund som anges i 3 § behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas särskilda ungdomshem. Regeringen, eller efter regeringens bemyndigande, *statens institutionsstyrelse* beslutar vilka hem som skall vara sådana hem.

I erforderlig omfattning skall det finnas särskilda enheter som är inrättade för att tillgodose behovet av hög bevakningsgrad.

Den nu föreslagna ändringen ställer krav på att särskilda enheter med hög bevakningsgrad inrättas. Behovet av platser inom varje region bör bedömas med utgångspunkt i efterfrågesituationen. Dessa enheter måste utrustas för att motsvara höga krav på slutenhet och ett adekvat vårdinnehåll i övrigt.

På samma sätt som för de särskilt bevakningskrävande ungdomarna är det angeläget att snarast inrätta enheter för vård av de psykiskt störda ungdomarna i varje region och att för vården av dessa utarbeta särskilda vårdprogram samt inleda ett nära samarbete med barn- och ungdomspsykiatrin. Någon särskild lagstiftning bedöms ej nödvändig i detta sammanhang. Frågan bör lösas inom ramen för den regionala differentieringen.

Även för de äldre flickorna bör *särskilda vårdenheter* inrättas i varje region. För närvarande finns sådana endast i Västregionen och som en speciallösning i Stockholmsregionen i form av Stall Frossarbo.

3.7.2 Differentiering och regionindelning

Utredningen har i avsnitt 3.2 tagit upp behoven av differentiering av vårdutbudet och av en som underlag därför lämpligt anpassad regionindelning. Förslag i dessa frågor presenteras här.

Socialstyrelsen har i en särskild projektstudie tagit upp behovet av differentiering och kommer inom kort att presentera ett underlag för differentiering av § 12-vården. Socialstyrelsen har tagit fram en modell för differentiering som bygger på en indelning av klienterna i grupper med utgångspunkt framför allt i klienternas personlighetsutveckling, men även med hänsyn till kön, ålder och etnisk tillhörighet i vissa fall. Förslaget skiljer sig från tidigare modeller för differentiering på så sätt att det mera konsekvent försöker ta klienternas förutsättningar att tillgodogöra sig vårdinsatserna som utgångspunkt för differentieringen. Det blir med denna modell viktigt att hos varje enskild klient undersöka och fastställa graden av mognad och utveckling i olika avseenden, liksom att ta hänsyn till sjukdomar och skador av olika slag. Med hänsyn till hur långt klienten kommit i sin utveckling och med hänsyn till andra störningar eller skador som han kan ha blir det möjligt att placera honom i en behandlingsgrupp med likartad utvecklingsgrad. Differentiering efter dessa principer förutsätter tillgång till ett väl utvecklat diagnostiskt kunnande hos den öppna socialtjänsten och på institutionerna.

Utredningen anser att socialstyrelsens förslag är välgrundat och bör genomföras.

En konsekvent genomförd differentiering av § 12-hemmen enligt nu föreslagna principer skulle innebära att varje institution får ansvar för en viss klientgrupp eller, om det är en större institution,några olika klientgrupper. Av praktiska och ekonomiska skäl kan klientgrupperna inte göras alltför små. Detta medför att upptagningsområdena måste vara

större än det enskilda länet i de flesta delar av landet. Undantag kan troligtvis endast göras för Stockholms län.

Upptagningsområdets storlek måste väljas med hänsyn till den totala klientgruppens storlek inom respektive vårdområde. Om närhetsprincipen har relativt liten betydelse för behandlingen kan man bortse från geografiska begränsningar och välja hela landet som upptagningsområde. Om däremot närheten till hemorten, klientens nätverk och vårdansvarig kommun är viktig så bör upptagningsområdet begränsas. För § 12-vården talar det mesta för en begränsning av upptagningsområdet.

Socialstyrelsen har föreslagit en indelning av landet i fem regioner som kunde utgöra upptagningsområden vid en differentiering av § 12-vården. Regionindelningen presenterades i avsnitt 3.2.

Utredningen har noterat att andra regionindelningar förekommer i andra sammnanhang, t ex sjukvårdsregionerna. Det kunde i och för sig finnas anledning pröva om en samordning med annan regionindelning vore möjlig eller önskvärd när det gäller institutionerna inom socialtjänsten. Då den av socialstyreslen föreslagna indelningen trots allt är känd och inarbetad har utredningen inte funnit det angeläget att nu ompröva denna indelning. Utredningen förutsätter dock att en regionindelning i framtiden kan bli föremål för omprövning när erfarenhet vunnits av hur den regionala differentieringen fungerar.

Inom var och en av regionerna bör § 12-vården inrättas så att det finns beredskap att omhänderta och ge god vård och behandling av alla ungdomar som behöver § 12-vård. Detta kommer att medföra att de nuvarande hemmen till viss del får ändrad och mer specialiserad inriktning. Det är ännu alltför tidigt att ha en bestämd uppfattning om vilka hem som efter genomförd differentiering bör ta emot vilka klientgrupper. En sådan mera detaljerad differentieringsplan kan fastställas först efter någon tid när staten som huvudman hunnit få överblick över efterfrågebilden.

Det står emellertid klart, att det blir nödvändigt att redan inledningsvis skapa förutsättningar för vård av de mest utagerande och kriminellt aktiva pojkarna samt för de flickor som inte kan vårdas i blandade grupper. Varje region bör ges förutsättningar att vårda dessa grupper. Det torde vara möjligt att relativt snabbt åstadkomma en sådan anpassning av befintliga institutioner. Problemet med den totala platsbristen, även för dessa mest utsatta grupper, måste emellertid också åtgärdas utöver den här diskuterade anpassningen av vårdinnehållet.

För de mest rymningsbenägna och utagerande ungdomarna krävs, förutom en ändrad och specialiserad vårdinriktning, utökade möjligheter till sluten vård. Detta kan kräva ändringar i lag och förordning. Denna

fråga behandlades närmare i föregående avsnitt under rubriken *Särskilda vård- och behandlingsproblem.*

3.7.3 Intagningssystemet

I avsnitt 3.3 har utredningen lyft fram svårigheterna att få plats för de ungdomar som har behov av § 12-vård samt problem med de bristande kunskaperna om klienternas problem och vårdbehov. Utredningen menar att vissa av dessa problem kan lösas genom att vidta lämpliga förändringar av intagningssystemet.

Intagningssystemet bör utformas så att det svarar mot följande krav:

- det skall vara möjligt att omedelbart och enkelt anvisa plats för de klienter som av ansvarig socialnämnd ansetts vara i behov av § 12-vård.
- varje klient skall placeras på den institution i landet, eller i regionen, där han kan erhålla den för hans behov bäst utformade vården.
- det bör präglas av hög grad av tillgänglighet och enhetlig hantering av intagningsärenden.
- socialtjänstens personal skall ges kompetenta råd i valet av vårdform och vad som är en rimlig förväntan om vårdens resultat och dess lämpliga inriktning. Ofta saknas denna kompetens i kommunerna. Behovet av sådan rådgivning anses vara mycket stor.
- intagningssystemet skall ge underlag för vårdresursplanering genom systematisk insamling och sammanställning av fakta om efterfrågesituationen. Underlaget måste ge svar på frågor om efterfrågan såväl vad gäller kvantitet som kvalitet (d v s klienternas problembild).

Intagningssystemet har två viktiga funktioner förutom att placera klienterna. Dels är det ett viktigt informationssystem beträffande klientelets och efterfrågans förändring över tid, dels är det ett väsentligt instrument för att upprätthålla differentieringen av institutionerna. Genom ett centralt ansvar för intagningsbesluten kan hemmens inriktning styras och en beslutad ordning för differentiering upprätthållas.

Utredningen föreslår att intagningssystemet och efterfrågeregistreringen *samordnas centralt.*

Intagningsförfarandet bör vara skriftligt. Sökande socialnämnd bör därvid, förutom sedvanliga personuppgifter om klienten, redovisa bakgrund och tidigare vidtagna åtgärder samt en beskrivning av den problematik som föranleder ansökan till § 12-hem liksom vilket syfte som socialnämnden har med den sökta placeringen. Ansökan bör också

innehålla sådana uppgifter om den aktuella klienten som kan vara till ledning för valet av institution sedan en mer medveten differentiering av dessa genomförts.

En ansökan om plats bör omgående bli föremål för beslut. Beslutet skall avse vilken institution den unge skall intagas i och tidpunkten när platsen kan tas i anspråk. Innan intagningsbeslutet fattas skall samråd med föreståndaren för det lämpligaste § 12-hemmet ha skett.

När det gäller akutfall bör ansökan i princip tillgå på samma sätt. Akuta ärenden som inträffar under icke kontorstid och som inte kan anstå till dess intagningsfunktionen öppnar bör kunna hänvisas till den närmaste akutenheten i den egna regionen. Föreståndaren vid denna enhet bör ges rätt att fatta interimistiska intagningsbeslut, i första hand till sin egen enhet. Efter överenskommelse med föreståndaren för ett annat § 12-hem i regionen bör akutintagning kunna ske även i detta hem.

Det interimistiska intagningsbeslutet bör kunna kvarstå till dess den centrala intagningsenheten kunnat fatta ett slutligt beslut i frågan. Detta bör ske så snart det föreligger ett beslutsunderlag som uppfyller de fastställda kraven.

Den ändring av intagningsordningen som nu föreslås kräver motsvarande ändring i 18 § socialtjänstförordningen. (Lydelsen i förslaget är utformat med utgångspunkt i att en särskild statlig myndighet får ett centralt ansvar för § 12-vården.)

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

Om inskrivning beslutar föreståndaren, om inte huvudmannen har bestämt annorlunda. Har huvudmannen bestämt en annan ordning för inskrivningen skall huvudmannen meddela socialnämnderna samt länsstyrelsen i länet vad som gäller.

Vid beslut om inskrivning skall särskilt beaktas att hemmet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt.

Om inskrivning i hem enligt lagen (1990:52) med bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall beslutar Statens institutionsstyrelse. Statens institutionsstyrelsen bestämmer vilken ordning som skall gälla i akuta ärenden där styrelsen inte kan nås för beslut och där beslutet inte kan avvaktas.

Vid beslut.....övrigt.

Intagningsfunktionen har behov av fortlöpande information om situationen vid de olika hemmen. Det kan röra sig om antalet lediga platser men också om hemmets aktuella arbetssituation, t ex om verksamheten är störd p g a personalbrist, särskilt vårdkrävande klienter aller av någon annan anledning som kan behöva beaktas vid placering av nya klienter.

För att säkerställa att sådan nödvändig information når intagninsfunktionen bör moderna kommunikationshjälpmedel användas. Möjligheterna att utnyttja dessa hjälpmedel för kontinuerlig resultatuppföljning bör också beaktas. I en rapport om planering av vårdresurser i Syd-regionen som framtagits med stöd av socialstyrelsen (Bilaga 4) lämnas intressant förslag till hur ett sådant kommunikationssystem skulle kunna utformas.

3.7.4 Utslussning och eftervård

I avsnitt 3.4 konstaterar utredningen att det finns ett stort behov av åtgärder som kan underlätta utslussningen av de klienter som tillgodogjort sig vården vid § 12-hemmen så långt att de kan övergå till öppnare vårdformer. Genom att steget ut från institutionen i många fall blir alltför stort riskerar många ungdomar att misslyckas om kraven i samband med utskrivningen stegras alltför kraftigt.

Med de bestämmelser som reglerade vården vid ungdomsvårdsskolorna fanns möjligheten att utsträcka institutionens behandlingsansvar även när den unge lämnat hemmet. Stadgan för ungdomsvårdskolorna skiljde således på *vård inom skolan* och *vård utom skolan*.

Det finns för närvarande ingen motsvarighet till den gamla ungdomsvårdsskolestadgans bestämmelser om "vård utom skola" men utredningen föreslår att en ny bestämmelse tas in i socialtjänstförordningen för att reglera denna fråga.

Den nya regeln föreslås göra det möjligt för den socialnämnd som så önskar att överenskomma med § 12-hemmet om förlängd vistelse utanför hemmet som ett led i utslussningen. Om en sådan överenskommelse nås kan klienten vistas utanför hemmet utan att skrivas ut i upp till ett år. Under detta år kvarstår hemmets behandlingsansvar. Den avgränsning till ett år som föreslås kan givetvis diskuteras. Tiden kunde möjligen utsträckas ytterligare eftersom det inte finns anledning tidsbegränsa en överenskommelse som träffas mellan de vård- respektive behandlingsansvariga parterna. Dock förefaller det lämpligt att på något sätt markera att institutionens ansvar måste ha sin begränsning också i tiden. Före-

ståndaren skall kunna ta tillbaka klienten till hemmet om det skulle visa sig att denne inte klarar de krav som ställs. Klienten kan under vårdtiden utanför hemmet vara placerad i ex.vis familjehem, i eget boende, skolinternat eller i föräldrahemmet samtidigt som han får delta i någon form av strukturerad verksamhet som har till syfte att främja hans anpassning i samhället. För de yngre bör skolgång bli aktuell medan det för de äldre kan röra sig om någon form av arbete eller arbetsträning. Vid behov skall mera specialiserade behandlingsinsatser kunna erbjudas.

Den nu föreslagna ordningen har likhet med bestämmelserna i LVM § 27. Vistelse utanför hemmet enligt förslaget är dock inte avsett att vara en direkt motsvarighet till § 27 i LVM utan skall mera motsvara bestämmelserna i det gamla "vård utom skola"-institutet. Den avgörande skillnaden mot § 27 i LVM är att den förlängda vistelsen inte skall utgöra någon slags "annan vårdform" utan vara ett led i vårdformen "särskilt ungdomshem", d v s ingå i den del av vården som benämns utslussning. Av denna anledning bör därför förlängd vistelse utanför § 12-hemmet *inte* ske i form av institutionsvård. Om det finns behov av institutionsvård i det enskilda fallet som § 12-hemmet inte kan tillgodose, bör den unge skrivas ut från § 12-hemmet.

För att möjliggöra denna ordning föreslås följande tillägg till socialtjänstförordningen:

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
28 § Den intagne har rätt att i lämplig utsträckning ta emot besök och telefonsamtal samt att vistas utanför hemmet. En vistelse utanför hemmet skall i fråga om den som bereds vård med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga avse en på förhand bestämd tid, dock högst fyra veckor. Om vistelse.....socialnämnden. (Förordning 1990:185).	28 § a): *För den som är intagen med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga får beslut om vistelse utanför hemmet avse längre tid än fyra veckor, dock högst ett år, om vistelsen har till syfte att underlätta den unges anpassning i samhället.* *Den som förestår vården får besluta om förlängd vistelse utanför hemmet så snart det kan ske med hänsyn till den unges utveckling och behov. Vården under förlängd*

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

vistelse utanför hemmet skall vara anordnad så att den kan antas främja den unges utveckling och skall beslutas efter överenskommelse med socialnämnden.

När förutsättningar för förlängd vistelse inte längre föreligger, får den som förestår vården besluta att den unge skall återföras till hemmet.

3.7.5 Samverkan mellan öppenvård och institution

Utredningen behandlar i avsnitt 3.4 förutsättningar för och problem i samverkan mellan öppenvård och institutioner.

En utgångsspunkt för diskussionen om samverkan är, att vårdansvaret under institutionsvistelsen odelat vilar på den öppna socialtjänsten medan det omedelbara behandlingsansvaret har lagts på institutionen (LVU 11§ och 13§). Denna ansvarsfördelning ställer ett oavvisligt krav på att samarbetet fungerar mellan socialtjänst och institution. För att institutionen skall kunna planera och genomföra sin behandling behöver man veta att uppdraget är rätt uppfattat och får genomföras. Ingen annan än socialnämnden kan ge de nödvändiga beskeden.

De problem som berördes i avsnitt 3.4 i fråga om samverkan mellan § 12-hemmen och andra vårdformer inom socialtjänsten ställer krav på flera områden. Dels behöver § 12-hemmen anpassas bättre till den aktuella efterfrågan, både vad gäller antalet platser och i fråga om klientbehov, dels måste den vårdansvariga socialtjänsten utveckla metoder och kunnande i fråga om att identifiera klienternas behov. Därigenom kan den enskilde klienten snabbare och säkrare få den vård och behandling han behöver.

Utredningen finner ingen anledning föreslå någon ändring beträffande ansvarsfördelningen. Samverkan och samarbete mellan § 12-hem och öppen socialtjänst bör i stället utvecklas och ges bättre förutsättningar. Detta kan åstadkommas på flera olika sätt.

En förutsättning är att närhetsprincipen kan bibehållas genom den regionindelning av landet som socialstyrelsen har föreslagit i sin rapport till regeringen 1990-06-25. Regionindelningen ger möjlighet till närhetsplaceringar av i stort sett alla klienter.

Vidare bör personalutbildningen samordnas så att socialsekreterare och arbetsledare inom kommunens socialtjänst ges möjlighet att tillsammans

med institutionernas personal delta i utbildning i sådana frågor som rör behandlingsplanering, utvecklingspsykologi, behandlingsmetodik m m. En sådan samordnad utbildning underlättar förståelsen av de gemensamma problemen samtidigt som det ger den personliga kontakt som också är viktig för ett nära och prestigelöst samarbete.

Det är också viktigt att det så långt som möjligt etableras fasta rutiner för samverkan. Viktiga inslag i denna samverkan bör vara gemensam behandlingsplanering och regelbunden uppföljning och rapportering av behandlingsutfallet från institutionernas sida. Målet bör vara att få till stånd en samverkansanda som omfattas av alla inblandade, inklusive de politiska organen. Utredningens förslag om regelbundna regionala samrådskonferenser, vilket behandlas i avsnitt 6.3.3, bör också så småningom leda till förbättrade förutsättningar för samverkan.

3.7.6 Samverkan med hälso-och sjukvården

I avsnittet 3.4 beskrivs problemet med de gravt psykiskt störda ungdomarna inom § 12-vården och de svårigheter som rapporterats när det gällt möjligheten att ge dessa adekvat vård. Utredningen finner det mycket angeläget att det snarast utarbetas modeller för att komma tillrätta med detta vårdproblem.

Problemet är allvarligt och det som framför allt tycks vara nödvändigt är att finna helt nya metoder och förhållningssätt i dessa fall. En väg som kan prövas för att bidra till lösningar för åtminstone en del av de här aktuella ungdomarna är att § 12-hemmen, som har erfarenhet av utagerande ungdomar, ges resurser och möjlighet att, inom ramen för § 12-vården, på ett mera systematiskt sätt utveckla den behandling som krävs. Inom ramen för en regionalt differentierad § 12-vård bör särskilda enheter inrättas med uppgift att ge sådan vård. För detta krävs också metodutveckling i samverkan med barn- och ungdomspsykiatrin. Metodutveckling med detta syfte har redan igångsatts av några huvudmän. Frågan bör prioriteras i ett fortsatt utvecklingsarbete.

3.7.7 Personal-och ledarutveckling

Arbetet på institutioner av § 12-hemmens typ är mycket speciellt och kräver en särskild kompetens. Arbetet kräver dessutom speciella personliga egenskaper som inte alls, eller endast marginellt, kan förvärvas genom utbildning.

För att åtminstone på sikt ge ett bättre rekryteringsunderlag vad gäller den formella kompetensen är det därför önskvärt att en ny och särskilt

tillrättalagd utbildning, gärna som påbyggnad eller särskild gren inom socialpedagog- eller socionomutbildningen skapas för den personal som skall arbeta inom denna vårdform.

Tyngdpunken i en sådan påbyggnadsutbildning bör ligga på två huvudområden. Dels på de teorier och förklaringsmodeller som finns omkring de klientgrupper som behöver den tunga tvångsvården, dels på den metodik, den praktik och det förhållningssätt som bör prägla denna vårdform. Dessutom är det viktigt att i grundutbildningen ta fram och belysa de avgörande skillnaderna mellan tung tvångsvård enligt § 12 LVU och § 23 LVM och den öppna institutionsvården samt den frivilliga vården. Denna särskilda utbildning bör inrymmas i en framtida grundutbildning för behandlingspersonal i § 12-vård och i § 23-vård.

En särskild utbildning med inriktning på ledarskap inom institutionsvården är angelägen att ta fram, lämpligen i anslutning till den särskilt anpassade grundutbildningen för vårdpersonal. För att tillgodose behov av ledarskapsutbildning av redan anställd personal bör lämpliga utbildningspaket tas fram i samarbete med högskolorna eller andra lämpliga utbildningsanordnare.

Det är också önskvärt att det utarbetas en förkortad grundutbildning som skall kunna erbjudas, eller föreskrivas som villkor för fortsatt anställning, till dem som redan arbetar inom detta vårdområde och saknar adekvat grundutbildning. Behovet av kortare kompletteringsutbildning kan förutses kvarstå under lång tid framöver eftersom det kan antas att vårdformen även i framtiden i viss utsträckning kommer att behöva rekrytera formellt outbildad personal. Lämpliga utbildningar av denna typ bör kunna tas fram i samarbete med de regionala vårdhögskolorna. Ett samarbete av detta slag har redan påbörjats mellan vårdhögskolan i Vänersborg och vissa huvudmän i Västregionen.

För vissa personalkategorier finns ofta någon form av grundutbildning inom det specifika yrkesområdet, t ex speciallärare, yrkeslärare, sjuksköterska, bokhållare, maskinist m fl.

Däremot saknas för dessa grupper den utbildning som behövs för att ge insikt och kompetens i behandlingsaspekten av deras arbete.

I det miljöterapeutiska arbetssättet, som är det vanligen förekommande, förutsätts alla i institutionen anställda personer vara delaktiga i behandlingen. Alla människor utgör en viktig del av den totala institutionsmiljön och måste därför omfatta samma mål och förhållningssätt gentemot klienterna. För att tillgodose behovet av sådana kunskaper och kompetens hos de grupper som inte har detta i sin grundutbildning bör särskilda kurser med ett sådant innehåll utarbetas och erbjudas som fortbildning i tjänsten.

Utvecklingen inom vårdområdet ställer krav på förnyelse och omprövning. Nya metoder som är särskilt anpassade för de aktuella klientgrupperna kan förutses och kan komma att ställa krav på personalens kunskaper och förmåga till anpassning. Den erfarenhet som personalen så småningom samlar på sig behöver bearbetas och medvetandegöras. Med jämna mellanrum behöver tekniker och rutiner omprövas eller renodlas och förbättras, inte minst därför att den vardagliga rutinen ofta tenderar att skymma de stora linjerna och konturerna i arbetet.

Allt detta ställer krav på återkommande fortbildning där det skall vara möjligt att utbyta erfarenheter, få nya kunskaper, fräscha upp de gamla kunskaperna och träna in nya rutiner och tekniker. Planer för fortbildningsinsatser av detta slag bör utarbetas för hela vårdområdet.
Det är viktigt att det i ett sådant sammanhang ges möjlighet för personal från olika delar av landet att träffas och utbyta erfarenheter.

Det är också viktigt att fortbildningsinsatserna ges i sitt sammanhang. Det kan således vara befogat att anordna fortbildning i varje region för att utnyttja möjligheter till samverkan med socialarbetare inom den kommunala socialtjänsten eller med samarbetspartners inom hälso- och sjukvården. Även s k teamutbildning bör förekomma på regional eller institutionsnivå i form av fortbildning för arbetslag som behöver samtrimmas i nya tekniker eller på annat sätt behöver ges gemensam utbildning.

En viktig del av personalutvecklingen är att ta tillvara och sprida erfarenheter och kunskaper som vunnits i FOU-verksamheten.

3.7.8 Forskning och utvecklingsarbete

För att avhjälpa de brister som föreligger beträffande forskning och uppföljning inom § 12-vården är det nödvändigt att vidta särskilda åtgärder. Det finns ett stort behov av ett medvetet arbete för att identifiera behov av forskning och metoder för uppföljning.

En viktig uppgift är också att på ett mer allmänt plan verka för att hithörande frågor uppmärksammas inom forskarsamhället utan att detta behöver knytas till viss angiven forskaruppgift.

Vidare behövs gemensamma insatser för metodutveckling och försöksverksamhet samt återförande av resultat i lämplig form till institutionerna och till personalutbildningen.

Det är viktigt att resultatuppföljningen samordnas och utvecklas så att den kan spegla resultat både på kort och lång sikt.

3.8 Uppgifter för en gemensam huvudman

I det föregående har presenterats ett antal förslag som alla förutsätter att en gemensam huvudman inrättas för § 12-vården. Det gäller uppgiften att differentiera § 12-vårdens institutioner regionvis så att alla klientbehov inom respektive region skall kunna tillgodoses, uppgiften att svara för intagningsfunktionen, ansvaret att besluta vilka hem och enheter som skall ha den särskilda uppgiften att ta hand om vården av de mest svårbehandlade ungdomarna, beslut i fråga om förlängning av tiden för rörelsebegränsning liksom ansvar för samordning och ledning av personalutbildningen och för forsknings- och utvecklingsarbetet.

4 Missbrukarvården av vuxna

4.1. Differentieringen och regionindelning

LVM-vården är till skillnad från § 12-vården primärt inriktad på att ge akut och livräddande hjälp åt klienter som till följd av sitt missbruk inte kan ta ansvar för sin egen situation. Genom lagens utformning har LVM-vården också en mer begränsad målsättning än § 12-vården. I korthet kan LVM-vårdens målsättning sägas vara begränsad till att ge klienterna den inledande vård och behandling som kan hjälpa dem att utveckla tillräcklig motivation för att söka vård i frivillig form. LVM-vården är tidsbegränsad till 6 månader och lagen föreskriver dessutom att vården så snart det är möjligt skall förläggas till vård i öppnare och helst frivillig form. För klienter som inte lämpligen kan överföras till frivillig vård utanför LVM-hemmet skall hemmen också kunna erbjuda långsiktig behandling som syftar till någon grad av rehabilitering.

En annan skillnad gentemot § 12-vården är att målgruppen är mer entydigt definierad. Till LVM-vården kommer endast klienter som dömts till LVM-vård av länsrätten. Det åligger socialnämnden att verkställa domen genom placering i ett LVM-hem. En dom i länsrätten i ett LVU-mål däremot ger endast socialnämnden *rätt* att anordna lämplig vård av den unge mot dennes vilja men föreskriver inte vilken vårdform som skall väljas.

Förutsättningarna för vård enligt LVM är att klienterna till följd av ett fortgående missbruk är i behov av vård och att vårdbehovet inte kan tillgodoses i frivillig form, medan vård enligt LVU kan anordnas på grund av flera olika indikationer såsom brottslighet, missbruk och andra beteendestörningar samt kombinationer av dessa orsaker.

Dessa skillnader mellan LVM-vård och vård vid § 12-hem medför att kraven på differentiering inom LVM-vården måste ställas utifrån andra utgångspunkter.

Av tradition har tvångsvården inom missbrukarvården dels varit symtominriktad och differentieringen har följt symtomgränserna, dels varit inriktad på klienternas behov av tillsyn och viss omvårdnad. Detta har i stort sett inneburit att alkoholmissbrukare vårdats i en typ av institution medan narkomaner vårdats inom andra institutioner. Tvångsvård av narkotikamissbrukare blev för övrigt möjlig först med den nya

lagens tillkomst 1982. Det har också länge funnits ett missnöje med denna typ av differentiering men varit svårt att finna alternativ.

Den differentiering som tillämpades före huvudmannaskapsreformen 1983 innebar i stort sett att de statliga institutionerna hade ansvaret för de mer svårskötta klienterna med fysiska eller psykiska komplikationer. Dessa institutioner hade också tillgång till slutna avdelningar för vård av de rymningbenägna klienterna. Förutom denna differentiering med hänsyn till olika former av komplikationer förekom viss ålders- och könsdifferentiering.

Socialutredningens tidigare relaterade förslag om differentiering efter vissa behandlingsbehov var ett försök att komma tillrätta med den ensidiga symtominriktningen. Socialutredningens modell har dock av olika skäl inte kunnat genomföras fullt ut – möjligen därför att den inte tog hänsyn till behovet att differentiera med utgångspunkt i *klienternas förmåga och förutsättningar* att tillgodogöra sig behandlingen.

Att en sådan differentiering är både möjlig och nödvändig visas dock i Socialstyrelsens rapport 1989:33 "De glömda narkotikamissbrukarna". Forskningsresultat som refereras i rapporten visar, dels att vissa behandlingsmetoder som visat sig utmärkta för "genomsnittsnarkomanen" kan vara direkt skadliga för den psykiskt sjuke eller djupt störde narkotikamissbrukaren, dels att modifiering av en institutionsmiljö avsevärt förbättrade behandlingsresultatet för de psykiskt störda klienterna.

I takt med utbyggnaden av LVM-vården och framför allt § 23-vården har det blivit mer och mer uppenbart att LVM-klienternas heterogenitet med avseende på problem, vårdbehov och förutsättningar ställer krav på anpassning av LVM-hemmens utformning och behandlingsutbud.

Behovet av differentiering med avseende på olika klientbehov har också uppmärksammats av JO som i sin granskning av LVM-vården i Stockholms län pekade på några fall där den bristande differentieringen medfört att klienter inte fick sina vårdbehov tillgodosedda.

Vid de olika LVM-hemmen börjar man också urskilja vissa klientgrupper som antingen är störande för verksamheten eller inte kan tillgodogöra sig den vård som hemmen under nuvarande förhållanden kan erbjuda.

Vissa problem har varit framträdande och har krävt särskild uppmärksamhet vid valet av differentieringsgrunder. Dit hör de problem som uppmärksammats vid de slutna § 23-hemmen. Till dessa hem kommer en grupp svårt störda missbrukare med mycket sammansatt problembild. Aggressioner med hot om våld och våld mot personal tillhör problem

bilden. Ett ökande blandmissbruk och läkemedelsmissbruk, framför allt av preparat av benzodiazepintyp, har ökat.

De problem som LVM-vården ställs inför aktualiserar en differentiering av institutionerna med utgångspunkt i klienternas förutsättningar och behov, liksom behovet av en regionindelning till grund för differentieringen. Utredningen lämnar förslag till sådana åtgärder i avnsitt 4.4.1.

4.2 Intagningssystemet

Genom den lagändring som trädde i kraft 1 jan 1989 skärptes LVM på så vis att socialnämnden ålades skyldighet att bereda vård till missbrukare om förutsättningarna enligt lagen var uppfyllda. Dessutom vidgades möjligheterna att ingripa i ett tidigare skede av missbruket än enligt den tidigare lagen. Vårdtidens längd utökades samtidigt från två till maximalt sex månader.

Tvångsvård enligt LVM kan endast ges i hem enligt 22 eller 23 §§ LVM. Med stöd av 27 § LVM kan också vård i öppnare former ges i andra hem. Dessa hem har dock inte några tvångsbefogenheter gentemot den intagne LVM-klienten. Om denne inte uppfyller de krav på medverkan i behandlingsprogrammet, som ställs på honom i det öppna hemmet, kan föreståndaren för LVM-hemmet besluta att han skall återföras till LVM-hemmet.

Utan hinder av lagen kan vård i frivillig form ges i LVM-hem, dock inte i låsbara enheter.

Intagning för tvångsvård av nya klienter i LVM-hem sker i två steg. Innan ett LVM-beslut kan tas i länsrätten måste socialnämnden enligt lagen ha ansökt om plats på ett LVM-hem och erhållit ett beslut om inskrivning. Detta beslut,som har karaktären av platsanvisning, kan erhållas antingen av en centralt placerad intagningsfunktion eller av hemmets föreståndare.Beslutet i fråga utgör en garanti för att hemmet håller en plats i beredskap för den aktuelle klienten. När länsrättens dom föreligger och har vunnit laga kraft skall socialnämnden verkställa domen genom att placera klienten i LVM-hemmet.När detta sker fattas ett intagningsbeslut av hemmets föreståndare som bekräftelse på att hemmet övertagit ansvaret för klienten. I samband med intagningsbeslutet skall alltid övervägas i vad mån klienten behöver inledande sjukhusvård. Om så är fallet skall han placeras i lämpligt sjukhus. Genom en sådan placering anses LVM-vården inledd. När klienten inte längre är i behov av sjukhusvård skall läkaren meddela LVM-hemmet detta så att klienten kan tas in för vård där.

Intagning kan också ske med stöd av ett omedelbart omhändertagande (LVM 13 §) när rättens beslut inte kan avvaktas på grund av att missbrukarens hälsotillstånd kan antas bli allvarligt försämrat om vård inte kommer till stånd. I dessa fall skall socialnämnden utan dröjsmål se till att den omhändertagne tas in i ett LVM-hem.

På grund av tidsutdräkten mellan socialnämndens begäran om plats och länsrättens beslut om vård kan antalet platser i beredskap tidvis bli ganska stort. Med kännedom om omsättningshastigheten bland klienterna är det dock möjligt för föreståndaren att hålla ett begränsat antal platser i beredskap.

Som en följd av detta system finns ofta en kö av klienter till LVM-hemmen. Kön består antingen av klienter som har skrivits in men ännu ej erhållit dom,och således inte går att placera, eller av klienter som erhållit dom men ännu inte kunnat tas in i hemmet på grund av platsbrist.

I denna intagningsprocess kan bristen på platser och bristen på anpassning av vårdresurserna – bristande differentiering – få skiftande konsekvenser beroende på hur huvudmannen bestämt i fråga om intagningsbesluten.

Om huvudmannen inrättat en central inskrivningsfunktion kan denna besluta om vilken institution som klienten skall tas in i när lagakraftvunnen dom föreligger. Föreståndaren däremot kan välja att ge förtur till någon annan i kön om han anser att den förste klienten skulle komma att inverka menligt på vården.

Om föreståndaren har både inskrivnings- och intagningsrätten kan han på ett ännu mera tydligt sätt sortera bort klienter som han inte vill ta emot.

Föreståndarens åtgärder i dessa fall kan egentligen inte klandras. Socialtjänstförordningen (SoF § 18) säger att föreståndaren vid intagningsbeslut särskilt skall beakta att hemmet är lämpligt med hänsyn till klientens behov och förutsättningar. Om detta inte är fallet skall han givetvis inte ta in klienten.

Däremot kan det hävdas att det alltid åligger huvudmannen att tillse att de hem denne ansvarar för är utformade så att föreståndarna kan ta emot de klienter som respektive hem är avsedda för. Det åligger också huvudmannen att tillse att antalet platser inom LVM-vården svarar mot den efterfrågan som finns. Ett visst antal platser måste alltid finnas i beredskap för att kunna tillgodose behovet av akuta placeringar i samband med omedelbara omhändertaganden. Detta har tidvis varit mycket svårt i vissa delar av landet. Som JO påvisat har det också varit

svårt att få platser för klienter med speciella behandlingbehov. Utredningen återkommer med förslag till lösningar på hur intagningssystemet skall utformas i avsnitt 4.4.2.

4.3 Personal-och ledarutveckling samt forskning och utvecklingsarbete

De förhållanden och problem som utredningen pekat på under avsnittet om problemområden inom § 12-vården när det gäller personalutbildning och forskning, uppföljning och utveckling gäller i princip också beträffande LVM-vården.Inom missbrukarvården finns visserligen en hel del aktuell forskning men denna rör andra områden än den tunga tvångsvården. Särskilt saknas sådan behandlingsforskning som kunde belysa de problem som är mer specifika för LVM-vården.

Denna fråga har behandlats av delegationen för social forskning, DSF,som 1988 beslutade att tillkalla en arbetsgrupp för att utarbeta ett förslag till forskningsprogram beträffande tvångsvård av vuxna missbrukare. Arbetsgruppen som kallade sig LVM-gruppen, överlämnade en rapport till DSF i november 1989, "Forskning om missbrukare och vården, särskilt tvångsvården". Gruppen konstaterar att den svenska missbruksforskningen är relativt blygsam och att endast en handfull projekt inriktats på tvångsvård av vuxna missbrukare. Gruppen redovisar som sin bestämda uppfattning att det finns ett utomordentligt stort behov av att ny forskning initieras på missbruksområdet, särskilt på forskning om missbrukare och vården.

LVM-gruppen pekar på brister i den offentliga statistiken och bristen på uppföljningsdata inom missbrukarvården. För förloppsstudier och forskning som är inriktad på att analysera och värdera effekterna av vårdinsatser är det nödvändigt med uppföljdsdata om missbrukaren och den vård som han erhållit. LVM-gruppen poängterade därför betydelsen av att man tar tillvara de ansatser till databaser som finns på missbruksområdet och att möjligheter skapas för att hålla dessa databaser vid liv samt knyta forskning till dem.

Bland angelägna forskningsuppgifter nämner gruppen sådant som rör vårdens faktiska innehåll och under vilka omständigheter denna utformas vid LVM-hemmen. Av särskilt intresse anses vara att få kunskap om effekterna av differentiering av institutionerna med avseende på klientkategorier. Det vore också av intresse att få veta om institutionernas storlek spelar någon roll för vårdens effektivitet. Man pekar också på behovet av forskning om tvångets roll i behandlingen och på vilka

faktorer som åstadkommer mycket eller litet tvång av informell/formell art på en institution. En huvuduppgift för behandlingsforskningen är enligt gruppen att studera effekterna av olika vårdinsatser.

När det gäller personalens utbildning vid LVM-hemmen kan konstateras att för de grupper som har vård-och behandlingsuppgifter saknas i stort sett lämpliga och för vårdformen anpassade grundutbildningar. Samma förhållande gäller för ledningspersonalen. Behovet av fortbildningsinsatser är på samma sätt som för § 12-hemmen stort och bör samordnas för hela vårdområdet.

Ett särskilt institut, IKM, för utbildnings- och evalueringsfrågor inom missbrukarvården har inrättats efter förslag från socialstyrelsen i samråd med kommun- och landstingsförbunden samt kriminalvårdsstyrelsen. Institutet skall på konsultbasis bistå vårdhuvudmännen med planering och genomförande av bl a personalutbildningar.

De brister som här berörts är allvarliga och kräver åtgärder av olika slag. Utredningen återkommer med förslag till åtgärder i avsnitt 4.4.3.

4.4 Utredningens förslag; LVM-vården

4.4.1 Differentiering av LVM-vården. Regionindelning

De problem som finns inom LVM-vården att bereda goda och ändamålsenliga vårdinsatser till alla klienter i förhållande till bheov och förutsättningar, har delvis sin orsak i bristande differentiering. Utredningen har i det föregående presenterat hithörande problem under avsnitt 4.1.

Behovet av anpassning i någon form av vården till olika klientgruppers speciella behov har vid de olika hemmen börjat framträda allt starkare. Vid vissa institutioner har en sådan anpassning inletts. Till följd av de olika hemmens begränsade upptagningsområde, i regel det egna länet, har man inte i någon större omfattning kunnat differentiera vården. Klientunderlaget har inte varit stort nog för en konsekvent genomförd och heltäckande differentiering.

Endast på hem med större upptagningsområden och med tillgång till flera olika typer av enheter (avdelningar) har det varit möjligt att genomföra intern differentiering.

Med hänsyn till målsättningen vid LVM-vård kan differentieringen göras utifrån delvis annorlunda kriterier än inom § 12-vården. Differentieringen bör ändå göras främst med ut gångspunkt i klienternas behov av vård-och behandlingsinsatser och deras förutsättningar att tillgodogöra sig vården. Det står också klart att det inom LVM-vården liksom inom

§ 12-vården finns ett behov av att kunna differentiera med hänsyn till behovet av bevakning och tillsyn. Vissa av de yngre narkotikamissbrukarna uppvisar ett gravt störande beteende med våld och rymningsbenägenhet inte sällan kombinerat med kriminalitet som främst är relaterad till missbruket. Det förhållande att många av dessa klienter är HIV-infekterade ställer speciella krav på tillsynen.

Följande differentieringsgrunder kan användas:

- ålder
- kön
- psykisk störning/psykisk sjukdom
- fysiska handikapp
- grad av aggressivitet och rymningsbenägenhet
- benzodiazepinmissbruk, med hänsyn bl a till den långa abstinensen

De nu uppräknade kategorierna, som inte befinner sig på samma skala, kan kombineras i matrisform varvid klienterna kan indelas i grupper som är någorlunda homogena i vissa avseenden.

Eftersom antalet möjliga kombinationer av kriterier enligt ovan är mycket stort är det inte vare sig realistiskt eller ens önskvärt att genomföra en differentiering efter alla. Antalet grupperingar måste begränsas utifrån bedömningar om vilka klientkategorier som är möjliga att samvårda utan att äventyra säkerhet och kvalitet i vården.

Med denna begränsning av differentieringen blir det också nödvändigt att arbeta med individualiserade behandlingsprogram som kan ta hänsyn till individuella behov och skillnader mellan klienterna.

När det gäller möjligheterna att använda sig av noggrann tillsyn och slutenhet inom LVM- vården gäller för närvarande samma regler i socialtjänstförordningens 26 och 27 §§, som för § 12-hemmen. Utredningens förslag till ändringar i 26 § SoF, som även bör tillämpas inom LVM-vården, ger ökade möjligheter att anpassa tillsynen till de faktiska behoven.

Precis som i fråga om § 12-vården är det uppenbart att det inte är praktiskt möjligt att genomföra en konsekvent differentiering av LVM-vården inom de begränsade upptagningsområden som länen utgör. Även för LVM-vårdens del vore därför en regional differentiering önskvärd. Regionindelningen bör, enligt utredningens mening, sammanfalla med den regionindelning som väljs för § 12-vårdens del.

De förutsättningar som behöver vara uppfyllda för att genomföra en differentierad LVM-vård enligt denna modell är antingen att huvudmannaskapet samordnas eller att huvudmännen kan komma överens sinsemellan om ansvarsfördelningen för att de olika klientgrupperna får adekvat vård. Den senare lösningen förutsätter samordnad regional

planering och bindande överenskommelser rörande verkställigheten av en sådan plan. Till denna fråga återkommer utredningen i avsnitt 5.1.

Till frågan om differentiering av LVM-hemmen hör också frågan om behovet av hem med olika grad av tvångsbefogenheter. Utredningen finner inga bärande skäl att bibehålla de skillnader i tvångsbefogenheter som för närvarande finns mellan § 22-hem och § 23-hem. I stället bör endast en typ av LVM-hem finnas , vilka bör ha de tvångsbefogenheter som för närvarande tillkommer § 23-hemmen. Flera § 22-hem har till socialstyrelsen påpekat de svårigheter som finns med att ta hand om LVM-dömda klienter när man bl a saknar rätten att hindra avvikningar. Flera huvudmän har därför med socialstyrelsens medverkan vidtagit de förändringar som är nödvändiga för att ändra § 22-hemmets status i detta avseende.Med ett bibehållande av två typer av LVM-hem kommer många av de tidigare beskrivna problemen att kvarstå och överflyttningar från § 22-hem till § 23-hem, som ibland blir nödvändiga för att tillgodose tillsynsbehovet och för att genomföra vården kommer att behöva göras även framdeles. Sådana överflyttningar är ofta skadliga sett utifrån andra utgångspunkter och bör därför om möjligt undvikas. En ändring av lagen med innebörd att endast en typ av LVM-hem skall finnas kan lösa hithörande problem. Förslag till lagändring med anledning av detta förslag presenteras i avsnitt 7.2.4.

Om staten övertar ansvaret för LVM-vården bör det ankomma på den statlige huvudmannen att bestämmma hur hemmen skall vara differentierade. Huvudmannen bör därvid också bestämma om fördelningen av slutna och öppna platser med utgångspunkt i de aktuella behoven.

4.4.2 Inskrivning och intagning i LVM-hem

Reglerna om inskrivning och intagning för LVM-vård har tillkommit för att säkerställa att det alltid finns plats för en klient som är i oundgängligt behov av vård. Erfarenheten visar emellertid att denna garanti inte kunnat infrias på grund av de oklara ansvarsförhållanden som hittills styrt resurstillgången. Platsbrist eller bristande anpassning av de platser som funnits har medverkat till att föreståndarna vid LVM-hemmen inte kunnat ta emot och vårda de klienter som bäst behövt vård. Utredningen har tagit upp denna fråga i det föregående i avsnitt 4.2.

Förutsättningarna för att få ett väl fungerande intagningssystem är att beslut om intagning och ansvar för resurserna samordnas. Med ett bibehållet splittrat huvudmannaskap inom länsvisa upptagningsområden

finns emellertid stor risk för att problemen kvarstår. Ett enhetligt huvudmannaskap är alltså från denna utgångspunkt motiverat för LVM-vården.

På samma sätt som i fråga om § 12-hemmen måste en central intagningsfunktion ges hög kompetens att råda kommunernas handläggare i placeringsfrågor. Intagningsfunktionen skall även ansvara för att uppgifter om efterfrågesituationen fortlöpande insamlas och analyseras så att beslut om anpassningar av vården kan göras så snart det är nödvändigt. Akutintagningar vid omedelbara omhändertaganden bör på samma sätt som i fråga om § 12-vården kunna ske genom hänvändelse till närmaste LVM-enhet som kan fatta interimistiskt beslut om intagning.

En starkare central styrning av intagningarna fråntar inte föreståndarna rätten och ansvaret för att i samråd med socialnämnder och läkare besluta om lämpligaste tidpunkt för själva intagningen. Den avgörande skillnaden gentemot dagens situation är ett centralt ansvar för att inskrivningsbeslutet går att verkställa genom att differentiera institutionerna och ge dem behövliga resurser. I detta sammanhang framstår behovet av tillräckliga resurser för verkställande av omedelbara omhändertaganden som särskilt viktigt att tillgodose eftersom dessa ingripanden har akutkaraktär.

4.4.3 Personalutveckling och FoU-frågor

LVM-vården uppvisar i princip likartade problem som § 12-vården inom både personalutvecklingsområdet och vad gäller forsknings- och utvecklingsbehoven. Utredningen introducerar dessa frågor i det föregående i avsnitt 4.3. Motsvarande lösningar som beträffande § 12-vården bör sökas inom LVM-området. Sålunda bör grund-och fortbildningsinsatser för personalen ges en enhetlig utformning över hela vårdområdet och samordnas i samarbete med högskoleväsendet.

Forskning, uppföljning och utveckling av vårdmetoder bör också samordnas och ges en riksövergripande omfattning. Forskningen inom området bör stimuleras så att den får erforderlig bredd och inriktning. Själva forskningsarbetet bör utföras av universitet och högskolor. Samarbete bör etableras i dessa frågor med sociala forskningsrådet, SFR. Den löpande resultatuppföljningen bör genomföras på så sätt att det integreras i det dagliga vårdarbetet.

4.5 Uppgifter för en gemensam huvudman

I detta kapitel har liksom i kapitel 3 föreslagits åtgärder som förutsätter att en gemensam huvudman inrättas för LVM-vården. Det gäller en regionalt differentierad LVM-vård, central styrning av intagning i LVM-hem samt en central samordning av personalutveckling och FoU-frågor.

5 Utgångspunkter för förslag till organisation m m

I föreliggande kapitel behandlas några av de principer och förutsättningar på vilka utredningen har grundat valet av organisatoriska lösningar. Sålunda ges en kort översikt av de förutsättningar som gäller beträffande tvångsvården i § 12-hem och LVM-hem. Vidare berörs några likheter och skillnader mellan de två vårdformerna och erinras om de uppgifter för en gemensam huvudman som föreslagits i det föregående och sammanfattats i avsnitten 3.8. och 4.5. Den slutsatsen dras, att såväl LVU § 12- som LVM-vården bör överföras till statligt huvudmannaskap. I kapitlet behandlas även vissa organisatoriska principer och förutsättningar för ekonomisk styrning samt ges en översikt över aktörerna i vårdsystemet.

5.1 Förutsättningar för tvångsvården

Förutsättningarna för tvångsvården regleras dels i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, dels i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Innehållet i vården skall präglas av de övergripande värderingar och synsätt som kommit till uttryck i socialtjänstlagen. Socialnämnden har ansvaret för att behovet av vård tillgodoses och att insatserna utformas och genomförs tillsammans med den enskilde så långt detta är möjligt. Detta gäller även den tvångsvård som med stöd av LVM eller LVU ges i hem med särskilda tvångsbefogenheter.

I detta avsnitt görs en kortfattad genomgång av vissa förutsättningar för tvångsvården samt av de likheter och skillnader som finns mellan de två vårdområden som har att tillgodose behovet av tvångsvård och vård med särskild tillsyn för vuxna missbrukare och unga.

5.1.1 Förutsättningar

Gällande regler beträffande:

Vårdansvar

Socialtjänslagens 22 § fastslår att kommunen har ett ansvar för att den som behöver vårdas i ett annat hem än det egna skall beredas vård i familjehem eller hem för vård eller boende. Kommunen har också enligt LVU 11 § ansvar för att besluta var den som bereds vård med stöd av lagen skall vårdas. Vårdansvaret för vård enligt socialtjänstlagen och LVU vilar odelat på kommunen. Detta innebär att kommunen har ett fortlöpande ansvar för klienten oavsett var vården faktiskt bedrivs. För vård av vuxna missbrukare har kommunen ett motsvarande ansvar som för unga. Socialtjänslagens allmänna bestämmelser ger kommunen skyldighet att tillsammans med missbrukaren utforma vårdinsatserna på ett sätt som den enskilde kan finna meningsfullt. Vård utan den enskildes samtycke kan ges med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, under vissa i lagen angivna förutsättningar. Vården beslutas av länsrätten efter ansökan av länsstyrelsen och får pågå i högst sex månader.

Vård enligt LVM får endast ges i hem som är särskilt avsedda för sådan vård. Hemmen kan enligt LVM § 22 endast drivas av landstingskommun eller kommun. Beslut om inskrivning och utskrivning från LVM-hem fattas av den som föreståt hemmet. Beslut om utskrivning skall alltid föregås av samråd med socialnämnden.

Till skillnad från LVU-vården övergår vårdansvaret från kommunen till LVM-hemmets styrelse eller till den av styrelsen enligt 22 § LVM utsedda föreståndaren, när klienten genom dom överlämnats till LVM hemmet.

Vårdansvaret överförs ånyo till kommunen när klienten skrivs ut från hemmet enligt 25 § LVM.

Vård utanför LVM-hemmet kan beslutas av föreståndaren i samråd med socialnämnden. Socialnämnden skall verkställa sådan vård, men vårdansvaret vilar fortlöpande på LVM-hemmets företståndare som när det anses nödvändigt kan avbryta vården utanför LVM-hemmet och återta klienten.

Behandlingsavsvar

Med behandlingsansvar avses det ansvar för de direkta behandlingsinsatser som ges klienten inom hem för vård eller boende eller familjehem. Detta ansvar vilar på företståndaren för institutionen eller den/de personer som är uppdragstagare i familjehemsvården. När det gäller medicinska vårdinsatser som ges i hem för vård eller boende vilar behandlingsansvaret på dem som genom legitimation har rätt att utöva medicinsk vård och behandling.

Vårdplan

Socialnämnden upprättar en plan över den vård och behandling man avser att ge klienten. Planen är övergripande och skall i allmänna termer beskriva klientens behov och resurser samt behövlig vård. I planen skall också göras en bedömning av kostnader och ungefärlig tidsåtgång för att uppnå behandlingsmålet. Vårdplanen kan ange institutionsplacering som en behövlig åtgärd för att uppnå ett visst behandlingsmål.

Behandlingsplan

En behandlingsplan upprättas av den behandlingsansvarige. Behandlingsplanen är mer detaljerat än vårdplanen och arbetar med mål och delmål såväl på kort som lång sikt. Behandlingsplanen utgår från en grundlig kännedom om klientens person och förutsätter en noggrann utredning av klienten (se "Behandlingsplanering inom socialtjänsten", Socialstyrelsen redovisar 1988:16). Vid vård enligt LVM krävs en nära samverkan med ansvarig socialnämnd och institution i form av fortlöpande information om hur vården framskrider samt samråd i alla frågor av vikt (26 § LVM). Innan vård utanför hemmet beslutas skall en särskild plan för den fortsatta vården upprättas i samråd mellan socialnämnden, klienten och LVM-hemmets föreståndare.

Intagningansvar och beslut

I SoF 18 § anges att föreståndaren för ett hem för vård eller boende beslutar om intagning såvida huvudmannen inte har bestämt något annat. Vidare anges att beslutet skall tas med hänsyn till klientens personliga förutsättningar och hemmets förmåga att tillgodose klientens behov.

Bestämmelserna i SoF 18 § medger således att huvudmannen gör särskilda regler för intagningar så att t ex behovet av hänsyn till särskilda differentieringsregler kan tillgodoses.

Intagning i LVM-hem beslutas enligt 25 § LVM av den som föreståt hemmet.

Utskrivningar

SoF 21-23 §§ reglerar utskrivningar från alla hem för vård eller boende. Huvudregeln i 21 § anger att utskrivning skall ske när det behov som föranledde inskrivningen inte längre föreligger. För klienter som vårdas med stöd av LVU 3 § ("beteendefallen") gäller dessutom att utskrivning endast får ske om socialnämnden begärt eller medgivit det. Föreståndaren, dvs den behandlingsansvarige, beslutar om utskrivning. För LVM-hem gäller att den som föreståt hemmet ensam beslutar enligt 20 och 25 §§ LVM.

5.1.2 Likheter och skillnader mellan §12-vård och LVM-vård

Båda vårdområdena regleras av särskilda lagar som till sitt innehåll betecknar avsteg från socialtjänstlagens huvudprincip – frivilligheten. Vården kan i båda lagarna anordnas utan den enskildes samtycke och, när det gäller § 12- och § 23-vården, med särskilda tvångsbefogenheter, som medger långtgående inskränkningar och ingrepp i den intagnes rörelsefrihet och integritet.

De beslut i fråga om tvångsåtgärder, vårdinnehåll och vårdtider som kan fattas av föreståndaren eller huvudmannen har karaktären av myndighetsbeslut. Hem med sådana uppgifter kan därför endast drivas av myndighet. De två vårdformerna intar därmed en särställning inom socialtjänstens institutionsvård.

Båda vårdformerna vänder sig till klientgrupper som definitionsmässigt inte kan få sina vårdbehov tillgodosedda i andra vårdformer. Genom denna avgränsning kommer klientgrupperna att bli relativt små rent antalsmässigt men trots detta mycket heterogena med avseende på problem och vårdbehov. Detta förhållande reser krav på befolkningsmässigt stort rekryteringsunderlag för den institutionsstruktur som skall tillgodose de skilda vårdbehoven.

För båda vårdformerna krävs därför en differentierad institutionsstruktur med åtminstone 4 – 5 län som rekryteringsunderlag.

Klienterna i både § 12-vården och LVM-vården tillhör grupper som uppvisar tidiga störningar, vilka åtminstone delvis kan förklara problemens uppkomst. Ingripandekriterierna hos LVM-klientelet är endast relaterade till missbruket, medan det för § 12-hemmens klienter kan

finnas flera olika anledningar till ingripande. I fråga om vårdbehovet är skillnaderna dels relaterade till ålders- och mognadsskillnader, dels till behovet av medicinsk vård och omvårdnad. De tunga missbrukarna har ofta ett behov av inledande sjukhusvård med inriktning i första hand på avgiftning, men också på att bota eller lindra de skador som är en direkt eller indirekt följd av ett långvarigt och tungt missbruk. Behovet av ett väl fungerande samarbete med hälso-och sjukvården är därför klart uttalat.

Åldersspridningen bland klienterna är betydande inom LVM-vården. Detta ställer speciella krav på LVM-vården som inte utan olägenheter kan blanda gamla och unga missbrukare i behandlingsarbetet. Såväl behandlingsmål som behandlingsmetoder måste anpassas till dessa förutsättningar.

Ett framgångsrikt försök att vårda yngre LVM-klienter i en avdelning på Stigbyskolan, som är ett § 12-hem, visar att man genom att ta hänsyn till ålder och mognad kan använda de metoder som utarbetats för §12-hemmets ungdomar på LVM-dömda i åldern 20 - 25 år.

De problem som redovisats under 1980-talet i fråga om de två vårdformerna uppvisar stora likheter, vilka också kan antas ha likartade orsaker. Inom båda vårdområdena har det varit bristande överenstämmelse mellan tillgång och efterfrågan på platser. De begränsade upptagningsområdena har medfört problem med bristande anpassning av befintliga institutioner till de skiftande krav på vårdinnehåll som kunnat ställas, d v s bristande differentiering.

Personal- och metodutveckling har inte kunnat samordnas över landet med följd att kompetensen i dessa avseenden är ojämnt fördelad.

De skillnader som föreligger mellan § 12-vården och LVM-vården ligger dels i de olika lagarnas skilda utgångspunkter och konstruktion, dels i de skillnader i arbetssätt som följer av lagarnas olikheter. Dessutom finns skillnader i tradition hos de olika institutionsformerna.

LVM-vården är, till skillnad från § 12-vården, uppdelad i två olika typer av institutioner, dels § 22-hemmen, som saknar särskilda tvångsbefogenheter, dels § 23-hemmen som har samma slag av tvångsbefogenheter som § 12-hemmen.

Syftet med LVM-vården är att motivera missbrukaren och ge honom erforderligt stöd för att han frivilligt skall medverka till den fortsatta behandling som krävs för att komma ifrån sitt missbruk. § 12-vården däremot skall ge den vård och behandling som behövs för att komma till rätta med de problem som föranledde inskrivning. Vårdtiderna vid

§ 12-hemmen kan därför bli avsevärt längre än vid LVM-hemmen. De LVM-hem som utvecklat vårdprogram för mer långsiktig behandling kan ha långa vårdtider men denna vård bedrivs i så fall i frivillig form.

Trots skillnader i målgrupper och inriktning finns gemensamma problem som skulle kunna lösas samordnat. Hit hör behovet av personalutveckling där en stor del av behövlig grundutbildning skulle kunna ske gemensamt för de både vårdområdenas personal. Inte minst behovet av chefsutbildning hör hit. Behovet av behandlingsforskning, resultatuppföljning och metodutveckling är gemensamt och uppvisar likartade problemställningar som skulle kunna bearbetas och lösas i ett sammanhang.

Behandlingsarbetet bedrivs i små klientgrupper, d v s ca 6 - 8 intagna i varje avdelning/enhet i båda vårdformerna.Lokalernas utformning uppvisar därför inga större skillnader.Med smärre modifieringar kan gemensamma "typavdelninger" användas. Behovet av utrustning skiljer sig åt med hänsyn till de skillnader i inriktning som är en följd av de skilda målen med vården. LVM-vården präglas av en inriktning mot fysisk och psykisk rehabilitering medan § 12-vården är inriktad på mognadsutveckling och pedagogisk verksamhet.

Utredningen har sammanfattningsvis funnit stora likheter mellan § 12-vården och LVM-vården i fråga om vårdformernas betydelse, uppgifter i socialtjänsten och de problem som uppstått under 1980-talet sedan huvudmannaskapet lades över på de nuvarande huvudmännen.

De två vårdområdena utgör en speciell och till omfattningen väl avgränsad del av socialtjänsten som har till uppgift att tillgodose behov för vilka krävs en länsövergripande organisation. Utredningen har därför kommit till slutsatsen att ett sammanförande av § 12-vården och LVM-vården under statligt huvudmannaskap skulle skapa förutsättningar att lösa de problem vilka riksdagen utpekat som särskilt angelägna att lösa. Det är också troligt att ett sammanförande av de två vårdområdena under samme huvudman skulle skapa förutsättningar för synergieffekter och samordningsvinster av olika slag. De förslag till lösningar på vissa problem som utredningen lägger fram i kapitlen 3 och 4 förutsätter också i flera fall ett enhetligt huvudmannaskap på sätt som sammanfattas i avsnitten 3.8. och 4.5.

5.2 Aktörer i vårdsystemet

Rent allmänt gäller för den sociala omsorgen att, såsom anges i SoL § 3, det är "kommunen som har det yttersta ansvaret för att de som vistas inom kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver". Det är sålunda kommunen som har det primära vårdansvaret .

Om sålunda kommunen har det primära vårdansvaret gäller, för tvångsvårdens del, enligt det nyligen tagna riksdagsbeslutet att det är staten såsom huvudman som skall ha det övergripande resurs- och planerings-ansvaret. Detta ansvar måste utövas av en central statlig myndighet. Med hänvisning till Socialstyrelsens förändrade roll har det ej ansetts lämpligt att denna myndighet går in i detta huvudmannaskap. En ny myndighet måste inrättas.

Den verksamhet som skall utföras kan, som utgångspunkt för en principiell diskussion, delas upp på ett antal olika funktioner. På ett övergripande plan kan vi urskilja tre olika huvudfunktioner:

- planering och samordning (resurs- och ledningsansvar)
- behov och beställning (vård- och beställningsansvar)
- utförande och utveckling (drifts- och utvecklingsansvar).

Inom ramen för det totala "aktörsspelet" inom detta vårdområde kan man också återfinna ett antal "aktörer"- huvudman, beställare och utförare.

Huvudmannen i den tilltänkta nya organisationen är staten, representerad av den centrala myndigheten, som därmed också har det övergripande ansvaret för planering och samordning. Kommunerna är beställare och är de som i första hand skall avgöra vårdbehovet, för den enskilde vårdtagaren. De enskilda institutionerna har som utförare ansvaret för de löpande drifts- och utvecklingsfrågorna.

I avsnittet om organisationslösningar beskrivs ett alternativ, där tvångsvården utformas som entreprenad med kommuner/landsting som upplåtare av institutionerna. Denna senare funktion kommer alternativt att benämnas entreprenör.

Vid bedömningen av kommunernas agerande inom detta aktörsmönster bör det i detta sammanhang observeras att den verksamhet som avser § 12- och LVM-vården, i perspektiv av den totala kommunala verksamheten, utgör en liten – och i vissa avseende artfrämmande – del av denna. Samtidigt är denna verksamhet mycket viktig både ur den enskildes och ur samhällets synvinkel. Omvänt gäller att, sett ur den centrala organisationens synvinkel, "kontrollspannet", liksom planeringsunderlaget, är relativt begränsat – mindre än ett 70-tal institutioner inom landet.

Handläggningen och bedömningarna av § 12- och LVM-ärendena skiljer sig i viktiga avseenden från dem som när det gäller samhällelig service i stort ligger inom ramen för kommunens verksamhet. Inte minst betydelsfullt härvidlag är att planeringen och genomförandet av denna vård har baserats på – och även framgent kommer att styras av – skilda grundläggande värderings- och handlingsmönster, vad gäller syftena med verksamheten och de åtgärder som man anser bör vidtas mot bakgrunden av dessa.

Problembilden kompliceras också av att vårdkostnaden "per styck" (dag, klient) är hög i förhållande till övriga verksamheter inom det kommunala området, vilket kan komma att snedvrida beställarens bedömningar.

5.3 Organisationsprinciper

Som behandlas i andra delar av rapporten är några grundläggande syften som skall tillgodoses av den nya organisationen kraven på differentiering, kontinuitet och närhet. Till dessa krav – och som en konsekvens av dem – kan läggas kraven på flexibilitet och styrbarhet, såväl vad gäller verksamhetsinriktning som i fråga i om ekonomi. Som för all offentlig verksamhet gäller att upppdraget skall utföras inom ramen för knappa resurser.

Nedan görs en kort genomgång av några organisationsprinciper och synsätt på organisationers verksamhet, som visat sig ha särskild relevans för förnyelsen inom offentlig sektor och som genomsyrar en stor del av förändringsarbetet inom denna samhällsdel och som också – i tillämpliga delar – torde äga tillämpning på tvångsvården. Speciell uppmärksamhet kommer att ägnas åt föutsättningarna och de grundläggande principerna för att tillämpa målstyrning inom detta samhällsområde.

5.3.1 Organisationsformen

Det finns ett nära samband mellan den valda organisationslösningen och utformningen av styrformer och beslutsmönster. Organisationen i sig kan aldrig ses som isolerad från dessa övriga aspekter på verksamheten.

Organisationen och styrningen skall vara enkel och tydlig. Det odelade ansvaret är viktigt. Lösningar baserade på formell och informell samordning mellan olika organisationer blir ofta besvärliga att få till

stånd och kompromissbetonade. En "platt" organisationsstruktur bör eftersträvas. Mellanled mellan den centrala ledningen och fältenheterna skall om möjligt undvikas.

Den valda organisationslösningen behöver ej vara "standardiserad" och uniform för alla de olika delarna av verksamheten. Valet av organisationsform för en viss del av denna hänger bl a ihop med hur omgivningen för den berörda delen av verksamheten ser ut samt vilka egenskaperna är hos de individer som arbetar inom denna, gällande traditioner och den "kultur" - de attityder och värderingar, som utvecklats. Situationsanpassade lösningar bör väljas.

Organisationen skall byggas upp nedifrån, och de utförande enheterna på "fältet" - för tvångsvårdens del institutionerna - skall stå i fokus för uppmärksamheten. Organisationen och dess arbetsinriktning skall utformas så att den i första hand tillgodoser dessa enheters behov och beaktar deras förutsättningar.

Organisationen bör utformas så att den ger möjligheter till flexibilitet över tiden, så att den härigenom kan utnyttja de erfarenheter som dras av hur verksamheten fungerar och bygga på den inlärning som fortlöpande måste ske. På så sätt blir det också möjligt att lättare kunna anpassa verksamheten till ändrade förutsättningar.

Långtgående decentralisering och delegering av ansvar och beslutsfattande bör eftersträvas. Ekonomiadministrativa uppgifter bör i görligaste mån handläggas av de operativa enheterna på fältet. Vid behov kan mer kvalificerade tjänster av detta slag "köpas" från den centrala förvaltningen.

Men samtidigt är det viktigt att man centralt har en - kvantitativt begränsad men kompetensmässigt stark - samlad organisation för fastläggande av målinriktningen i stort, de grundläggande strategierna samt för uppföljning samt övergripande och långsiktig utveckling och dimensionering av resurserna. Centralisering och decentralisering måste komplettera varandra.

5.3.2 Målstyrning

Utvecklingen i stort

Den offentliga sektorn har under 1980-talet präglats av debatten om målstyrning. LVU § 12- och- LVM-institutionerna har genom sina nuvarande huvudmän omfattats av denna ledningsfilosofi, som bl a innebär förändringsarbete i riktning mot att:

* operationella mål/åtaganden sätts upp för verksamheterna

* frihet för arbetsgrupper och enheter att agera ökar
* verksamhetens utveckling och måluppfyllelse löpande diskuteras
* resultatet snarare än metoderna för genomförande kontrolleras och utvärderas.

För tillämpningen av målstyrning inom offentlig sektor har följande grundläggande principer utkristalliserat sig:

Verksamheten såväl centralt som ute på fältet i de "operativa" enheterna skall så mycket som möjligt baseras på målangivelser och resultatmätning, samtidigt som man i görligaste mån, inom ramen för det gällande regelverket, söker begränsa styrningen "uppifrån" genom centralt fastställda direktiv och långsiktiga, fasta planer. Detta ställer stora krav på konkret målformulering samt på utvecklingen och tillämpningen av bedömningskriterier (indikatorer) för att mäta måluppfyllelsen. De styrsystem och de metoder för redovisning av kostnader och prestationer som skall tillämpas måste anpassas till dessa förändrade förutsättningar för styrningen. Belöningssystemen samt metoderna för och tillämpningen av uppföljning och utvärdering av verksamhetens resultat är också mycket viktiga i detta sammanhang.

Vid tillämpningen av målstyrningen fäster man också stor vikt vid att förändringsarbetet inte bara ges formen av framtagande av planer och "siffermaterial". Själva förändringsprocessen och den därmed förknippade kommunikationen och dialogen har en avgörande betydelse för effekterna av de vidtagna åtgärderna.

På liknande sätt gäller att de på sikt kanske viktigaste effekterna av införande av målstyrning har att göra med den förändring av attityder och värderingar som sker och som kommer till utryck i ett större kostnadsmedvetande och en klarare fokusering på effekterna av den givna vården

En konsekvens av tillämpningen av målstyrningen är också att planeringen ändrar karaktär, liksom systemet för resultatredovisningen. Det tidigare omfattande budget- och planeringsarbetet "omdirigeras", så att det mer tar sin utgångspunkt i möjligheterna till flexibel anpassning av verksamheten, både i tid och rum.

En situationsanpassning av den lokala verksamheten och en fortlöpande återföring av resultatet, både i fråga om kostnader och när det gäller effekterna av de utförda tjänsterna, tillmäts en ökad betydelse. Systemet för resultatredovisning måste också utformas så att det tydligare ger signaler om vilka effekter vården ger och vilken den motsvarande resursåtgången blir. Inte minst för den offentliga sektorns del blir givetvis kvalitetskontroll och kvalitetssäkring viktiga inslag i denna process.

En speciell form av målstyrning, som under den senaste tiden kommit att tilldra sig stor uppmärksamhet och som nu är under införande inom många delar av offentlig sektor är tillämpningen av "beställare-/utförare-modellen".

Grundtanken med denna förändringsstrategi, som nu, på det primärkommunala området, bl a börjar tillämpas inom barnomsorg och hemtjänst och som för landstingens del gör sitt intåg inom hälso- och sjukvården, betonar renodlingen mellan olika delar av den berörda organisationen i en beställarroll och en utförarroll.

De "beställande" enheterna köper vid tillämpningen av denna styrform tjänster av de delar av verksamheten, som har att svara för utförandet, och dessa senare enheters mål är att på så sätt - med uppfyllande av givna kvantitativa och kvalitativa krav - få kostnadstäckning för sin verksamhet. Valfrihet i fråga om valet mellan olika tjänsteutövare, och som en följd därav (en begränsad) konkurrens är viktiga inslag i tillämpningen av denna organisationsmodell. Även här måste givetvis uppföljningen, inte minst vad gäller kvalitetsaspekten tillmätas en stor betydelse.

Det bör framhållas att i praktiken, i synnerhet vad gäller offentlig sektor, finner man sällan exempel på en sådan renodlad konkurrens. Liksom i fråga om tvångsvården är beställarens valmöjligheter reellt begränsade till ett par eller ett fåtal olika alternativ. Men själva vetskapen inom en utförande enhet om att man är föremål för jämförelse med andra potentiella tjänstegivare och att det är viktigt för verksamhetens resultat att visa tillfredsställande behandlingseffekter och att få täckning för sina kostnader har, som i fråga om t ex AMU, visat sig få betydelsefulla konsekvenser i fråga om kostnadsmedvetandet och kvaliteten hos de erbjudna tjänsterna.

Tillämpningsmöjligheter inom tvångsvården

Utredningen har diskuterat målstyrningen som ett medel för tillämpning i de olika organisationsförslagen. Utredningens allmänna uppfattning är att det är angeläget att stimulera till hög beläggning och ett effektivt utnyttjande av personal och övriga resurser, samtidigt som de kvalitativa aspekterna på vården beaktas.

Samtidigt kan utredningen konstatera att det jämfört med annan kommunal verksamhet finns flera begränsningar i förutsättningarna för en sådan "marknadsanpassning" av § 12- och LVM-vården.

I stället för konkurrens råder monopol på två sätt. För det första kan bara offentliga myndigheter driva institutioner med denna typ av

frihetsinskränkningar, för det andra finns i lagens mening inga behandlingsalternativ för ungdomar/missbrukare för vilka kommunerna söker plats på § 12- och LVM-institutionerna. Möjligheten för tvångsinstitutionerna att konkurrera inbördes finns givetvis, men den kommer att mer eller mindre begränsas av strävan att differentiera institutionerna efter olika målgrupper.

Av bl a ovan framförda skäl, men också med beaktande av tvångsvårdens speciella karaktär av myndighetsutövning är det inte möjligt att i renodlad form genomföra principerna för mål- och resultatstyrnng inom denna vårdform.

Men däremot bör organisationen byggas upp utifrån denna styrforms grundläggande syften och syn på hur verksamheten skall styras, motiveras och följas upp.

Särskilt viktigt anser utredningen det vara att betona möjligheterna för de enskilda institutionerna till handlingsfrihet inom givna ramar och att genom en fokusering på målen och måluppfyllelsen framhäva vikten av och i attityder och beteende inprägla kostnadsmedvetande och en prestationsorienterad fokusering av insatserna.Uppföljning och utvärdering blir viktiga inslag i tillämpningen av denna styrform. Men det måste betonas att effektivitetsbedömningen inte ensidigt får koncentreras till enbart kostnadssidan – resursåtgången. Minst lika viktigt är det att härvid beakta de kvantitativa och kvalitativa aspektena på effekterna av den givna vården.

Rollfördelningen

Det ovan angivna synsättet på styrningsfrågorna inom tvångsvården, med betoning av tillämpningen av målstyrningens principer, innebär följande grundläggande "rollfördelning" mellan aktörerna inom detta vårdområde:

Inom ramen för den centrala myndighetens samlade ansvar och det givna regelverket har de enskilda institutionerna driftsansvaret för sin löpande verksamhet och för sitt eget utvecklingsarbete, i samråd med och med stöd av den centrala myndigheten.

Det är kommunerna, som har det primära vårdansvaret. De gör, i samråd med den centrala myndigheten, de beställningar av vårdplatser vid de enskilda institutionerna, som de anser sig ha behov av. Dessa beställningar görs utifrån deras uppskattningar av vårdbehovet, tillgången till och kunskapen om olika behandlingsformer och gällande avgifter för olika vårdformer.

Den centrala myndigheten har ansvaret för utveckling, övervakning och uppföljning av systemet i stort. Den svarar också för den långsiktiga

uppbyggnaden av verksamheten samt för initiering och nyttiggörande av forskning och utvecklingsarbete.

En central roll för effektiviteten hos en sådan resultatstyrd organisation spelar givetvis det för detta område gällande finaniserings-, bidrags- och avgiftssystemet. Dessa frågor innefattar bl a den valda konstruktionen för fördelning av medel från staten till kommunerna, liksom också av principerna för hur avgifterna fastställs. Dessa frågor behandlas mer utförligt i det följande.

Resultatbedömningen görs dels i ekonomiska termer, dels i form av uppskattningar av - kvantitativa och kvalitativa - behandlingseffekter. Vid (upprepade) underskott i driften kan initiativ aktualiseras från den centrala myndighetens sida, när det gäller institutionens ledning och organisation, dess verksamhetsinriktning samt, i speciella fall, dess fortvarighet. Vid motsvarande överskott kan institutionen, förutsatt att de kvantitativa och kvalitativa målen i fråga om behandlingsinsatser nåtts, få behålla (delar av) överskottet.

5.4 Förutsättningar för ekonomisk styrning

Enligt kommittédirektiven bör utredningen

- o utvisa vilka *konsekvenser av ekonomisk natur* som huvudmannaskapsförändringen kommer att medföra (olika beroende på vilket organisationsalternativ som väljs)
- o ta ställning till hur *kommunernas betalningsansvar* i form av vårdavgifter bör utformas

Av direktiven kan också utläsas (1) att statens nuvarande bidrag till ungdoms- och missbrukarvård om 950 Mkr fortfarande skall utgöra den yttersta ramen för statens engagemang inom detta område. (2) att kommunerna även fortsättningsvis skall betala för tvångsvården samt (3) att de höga kostnaderna på § 12- och LVM- hemmen motiverar särskilda platsbidrag, speciellt med tanke på att mindre kommuner skall ha råd att utnyttja dem.

Statsbidragen till ungdoms- och missbrukarvården ingår i den allmänna översyn av statsbidragssystemet som den *kommunalekonomiska kommittén* just har genomfört. Dess huvuduppgift var att lämna förslag på hur nuvarande specialdestinerade bidrag från staten till kommunerna kan samordnas till ett generellt statligt bidrag per kommun. I kommitténs betänkande, som remissbehandlas under våren, har det s k kommunbidraget till ungdoms- och missbrukarvård bakats in i underlaget för det generella statliga bidraget.

Om riksdagen skulle fatta ett sådant beslut, som även inbegriper det här aktuella kommunbidraget, förändras givetvis förutsättningarna för finansiering av LVU- och LVM - institionsvården. Det skulle bl a innebära att statens möjligheter att inom en ekonomisk totalram prioritera mellan tvångshemmen och insatser inom öppenvården upphör.

Utredningen har i sina resonemang och förslag dock förutsatt att nu gällande omfattning och form för det statliga stödet kommer att bibehållas tills vidare i avvaktan på beslut med anledning av utredningens förslag.

Enligt kommittédirektiven avser staten inte att skjuta till ytterligare medel för ungdoms- och missbruksvården. Det skulle innebära att utökade statliga medel till driften av § 12- och LVM § 23-hemmen även framdeles kommer att förutsätta minskade schablonbidrag, s k kommunbidrag, och vice versa genom att bidragen fungerar som kommunicerande kärl. Utredningen noterar dock att statens roll och handlingsfrihet i detta sammanhang kommer att förändras. Genom att staten blir huvudman för § 12-hemmen, och eventuellt även för LVM-vården, övertar staten också det yttersta resursansvaret för denna verksamhet från nuvarande huvudmän.

6 Organisationen och dess funktion

6.1 Organisationen i funktionstermer

Verksamheten vid § 12-hemmen och LVM-hemmen styrs av bestämmelser i socialtjänstlagen, LVU respektive LVM och socialtjänstförordningen. Dessa organisationer skall tillhandahålla vård och behandling av klienter som av socialtjänsten i kommunerna eller av länsrätten ansetts vara i behov av tvångsvård. Den är därför att betrakta som en tjänste- och serviceproducerande organisation som är beroende av köparens krav. Genom att verksamheten har myndighetsuppgifter som inte kan utföras av någon annan har organisationen en monopolistisk ställning gentemot köparna. Dessa kan endast köpa ifrågavarande tjänster hos § 12- respektive LVM-organisationen. När det gäller § 12-vård är kommunerna inte tvingade att göra placeringar utan kan avstå från att placera klienterna på § 12-hem och försöka lösa problemen på annat sätt. För § 12-organisationen gäller å andra sidan att denna endast har en kategori köpare av sina tjänster, nämligen kommunerna.

Dessa förhållanden ställer särskilda krav på organisationens utformning. Organisationen befinner sig på en marknad som är strängt avgränsad och där vanliga marknadsmässiga principer inte gäller.

Verksamheten måste anpassa sig till en efterfrågan som är mycket svår att förutse då den är beroende av många olika faktorer.Det är till och med tveksamt om det kan anses existera något rent objektivt mått på behovet av § 12-vård. Även om det skulle finnas ett sådant objektivt mätbart behov av vård påverkas ändå efterfrågebilden av vårdkostnaden, metodutveckling inom andra delar av socialtjänsten, attityder till avvikande beteenden och till institutionsvård m m.

Verksamheten inom § 12- och LVM-vården kan uppdelas på ett antal funktioner, som på olika sätt kan fördelas på de olika nivåerna i organisationen. Dessa funktioner beskrivs nedan.

6.1.1 Planeringsfunktionen

Planeringsfunktionen har en viktig roll i en verksamhet som är beroende av en svårförutsägbar marknad. Funktionen kan delas upp i två huvuddelar. Dels den del som avser verksamhetsplanering och behandlingsplanering på den enskilda institutionen, dels den del som avser planering

av verksamhet och vårdresurser på den regionala och nationella nivån.

Det skall i detta sammanhang framhållas att planeringsarbetet inte enbart avser framtagande av direktiv, planer, budgetar etc utan – i växande omfattning – avser att för ledningen och verksamheten på fältet möjliggöra handlingsberedskap inför de förändringar i behov och andra förhållanden, som är svåra att förutse och i förväg planera för. Planeringen måste sålunda i hög grad bygga på kontinuerlig återföring om hur verksamhet och behov utvecklas. För att möjliggöra en tillämpning av målstyrningens grundläggande principer måste målformulering och fastställande av bedömningskriterier tilllmätas stor betydelse i detta sammanhang, liksom uppföljning av verksamhetens resultat, både vad avser kostnader och behandlingseffekter.

En central planeringsuppgift är också att svara för och inom organisationen sprida kunskap om de långsiktiga mål och strategier som skall gälla och vilka betydelsefulla förändringar i förutsättningar inom och utom verksamheten som kan komma att inträffa. En sådan strategisk planering är en av ledningsorganets viktigaste uppgifter.

Det är också viktigt att påpeka att en effektiv planeringsprocess ej enbart förutsätter framtagande och spridning av planerings- och beräkningsdokument. Som tidigare framförts utgör dialogen mellan olika parter och nivåer i den samlade organisationen, såväl i fråga om budget som när det gäller övriga verksamhetsnära frågor, en viktig förutsättning för att planeringen skall kunna få genomslagskraft.

Behandlingsplanering för den enskilde klienten är visserligen en mycket viktig uppgift, men uppgiften förändras inte vid byte av huvudman. För närvarande ligger ansvaret för behandlingplanering på respektive institution där chefen har ett odelat ansvar för uppgiften. Det finns nu ingen anledning att ändra på detta förhållande, varför denna funktion ej här kommer att närmare beskrivas.

Den del av planeringsfunktionen som avser verksamhetsplanering och vårdresurser omfattar följande:

* att fortlöpande följa och analysera behovet av vårdresurser med utgångspunkt i avläst efterfrågan, utvecklingen inom metodområdet samt kostnadsläge och kostnadsutveckling och andra faktorer som kan påverka behovet.
* att kontinuerligt uppdatera planer för anpassning av vårdresurserna till de behov som konstaterats enligt ovan. Detta innefattar planering av ny-, om- och tillbyggnation, nedläggning av enheter,utökning eller minskning av personal etc.

* att besluta om prioritet i fråga om olika projekt utifrån en nationell synvinkel. Prioriteringar av detta slag bör uttryckas i en fortlöpande uppdaterad långtidsplan för resursförsörjningen.
* att planera för rekrytering och utveckling inom personalområdet. Det innefattar fortbildning, kompletterande grundutbildnig, förändringar av kompetens i form av nyrekryteringar eller ändrade proportioner mellan olika personalkategorier. Särskild uppmärksamhet måste ägnas åt försörjningen med, rörligheten hos och utvecklingen av chefer och ledare inom organisationen, både på central och - kanske i synnerhet på lokal nivå.

6.1.2 Ledningsfunktionen

Ledningsfunktionen skall svara för de lednings- och samordningsinsatser som krävs för att ge verksamheten erforderlig stadga och inriktning samt för att klargöra och i dialog med övriga delar av verksamheten utveckla målen, skapa motivation och engagemang samt att skapa de nödvändiga instrumenten för styrning, decentralisering och kommunikation. Ledningsfunktionen måste präglas av tydlighet på alla områden och en målhävdande inställning. Det är nödvändigt med en rak beslutsordning och klar ansvarsfördelning med ansvar delegerat till lägsta möjliga nivå. Antalet nivåer bör begränsas för att undvika kompetenstvister och oklara ansvarsförhållanden.

En viktig uppgift för ledningen inom organisationens olika delar och nivåer är att leda och utveckla det dagliga arbetet i verksamheten samt att finna vägar att lösa de problem som kan uppträda akut och som kräver snabba och konkreta åtgärder

6.1.3 Vård- och behandlingsfunktionen

Vård- och behandlingsfunktionen omfattar alla åtgärder som har direkt inriktning på § 12-och LVM-institutionernas huvuduppgift - att bereda vård,behandling, tillsyn och omvårdnad för de klienter som intagits i hemmen. Till funktionen hör:

* att ansvara för att vården bedrivs i enlighet med fastställd differentieringsordning och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.
* att utfärda anvisningar och riktlinjer för vårdarbetet inkl den pedagogiska verksamheten.
* att dokumentera vården.

* att samverka med de myndigheter och enskilda som kan underlätta vårdarbetet eller som delar ansvaret för vården med § 12- och LVM-institutionerna.
* att följa upp och utvärdera vården genom samverkan med de resurser som man har till förfogande för FoU-arbetet.

6.1.4 Ekonomifunktionen

Funktionen omfattar alla delar av verksamheten som har med resurshushållning att göra. Den bör återfinnas både centralt och på lokal nivå. I uppgifterna ingår att tillhandahålla och analysera det material, som erfordras för planeringen och budgeteringen samt för medelsfördelning och medelsanvändning. Beroende av statsbidragets utformning kan även ett motsvarande ansvar för finansieringsfrågor ingå i funktionen. Den ekonomiska kontrollen och uppföljningen är en viktig del av ekonomifunktionens arbete.

Bl a följande delfunktioner kan urskiljas inom ramen för ekonomifunktionens arbetsområde:

* att som ett led i budgetarbetet planera för medelsfördelning och medelsförbrukning, inom ramen för givna, gemensamma resurser.
* fördelning och uppföljning av utnyttjandet av statsbidrag.
* fastställande av priser och vårdavgifter.
* löneadministration inkl skatter.
* fakturering av varu- och tjänsteproduktion.
* kassa-och kredithantering.
* bokföring, bokslut och intern revision.
* resultatuppföljning i ekonomiska termer och vad avser behandlingseffekter.
* finansiering.

6.1.5 Personalfunktionen

Denna funktion inrymmer alla frågor som rör personalens löne- och anställningsförhållanden, personalsociala frågor, personalutbildning, arbetsmiljö m m. Delar av funktionen kommer att ligga centralt medan andra delar ligger på lokala organ. Följande delfunktioner kan ingå i personalfunktionen, som i det praktiska arbetet i många fall har nära kopplingar till eller är integrerad i planerings- och ekonomifunktionerna.:

* personalplanering, personalutveckling och personaluppföljning.
* personalutbildning: grund- och introduktionsutbildning, fortbildning.

* nyanställning av personal och konsulter/experter.
* vikariatsanställningar.
* entlediganden.
* beslut om ledigheter av olika slag.
* ansvaret för bevakning av och förslag till åtgärder för arbetsmiljön, med särskild uppmärksamhet på psykosociala frågor.
* personalsociala frågor (stöd till anställda med sociala problem, hjälp med omplaceringar m m).
* anställnings- och avtalsfrågor, avtalsjuridik
* förhandlingar om löner och anställningsförhållanden samt MBL-förhandlingar.
* organisations- och befattningsbeskrivningar.

6.1.6 Intagningsfunktionen

Funktionen har som huvuduppgift att, efter ansökan från kommunernas socialtjänst, och i samråd med denna, fördela klienterna på de olika institutionerna. I uppgiften ligger att tillse att fördelningen av klienter görs i enlighet med den fastställda differentieringsordningen. Även beslut om överflyttning av klienter mellan § 12-hemmen hör till intagningsfunktionen.

Funktionen skall svara för att ansökningarna om plats i § 12-hem utformas på ett standardiserat sätt och att rättssäkerheten upprätthålls, d v s att laglig grund för intagning föreligger och att ingen klient vårdas på § 12-hem utan att beslut enligt SoL eller LVU finns.

Funktionen skall vidare svara för statistik över efterfrågeutvecklingen samt för insamling av de grunddata rörande klienterna som kan behövas för resultatuppföljning och behandlingsplanering.

I arbetsuppgifterna bör även ingå att bistå kommunerna med råd i fråga om val av behandling och lämplig vårdform i tveksamma fall.

Funktionens arbetsuppgifter ställer höga krav på kompetens i behandlingsfrågor samt god kännedom om § 12-hemmen och angränsande vårdformer.

6.1.7 Utskrivningsfunktionen

Funktionen finns i dagens organisation på institutionsnivå där föreståndaren har beslutanderätt i utskrivningsfrågor. Som en konsekvens av kommunernas vårdansvar har föreståndarens utskrivningsrätt inskränkts till att gälla endast under förutsättning av socialnämndens medgivande (SoF 23).

Under förutsättning att lag och förordning bibehålls oförändrade i detta avseende finns ingen anledning att närmare gå in på denna funktion. Utredningen finner heller inga bärande skäl att föreslå förändringar i fråga om utskrivningsrätten.

Frågan kan emellertid komma att få ny aktualitet i en framtid om ungdomsbrottskommittens arbete utmynnar i lagstiftning som ger de allmänna domstolarna rätt att utdöma placering i 12-hem som en påföljd för unga lagöverträdare.

6.1.8 Funktionen för lokalförsörjning och utrustning

Funktionen omfattar allt som har med verksamhetens materiella resurser att göra. En förutsättning för vårdverksamheten är att lokaler och utrustning är ändamålsenliga och anpassade till vårdens krav. Kompetens krävs i fråga om vårdinnehåll, vårdmetoder, tekniska lösningar och ekonomi. Funktionen kan därför inte skiljas ut från vårdverksamheten utan måste vara en integrerad del av densamma. Arbetsuppgifterna omfattar:

* planering och budgetering av byggnation och löpande underhåll.
* projektering av ny-och ombyggnation.
* upphandling av byggnation, reparation och underhåll.
* utvecklingsarbete rörande utformningen av de lokaler som används i vårdverksamheten.
* uppföljning av lokalernas funktionsduglighet.
* ansvar för utrustning och upphandling av sådan (t ex inredning, skolmateriel, maskiner, fordon och förbrukningsmateriel).
* uppföljning av utrustningens funktionsduglighet.

6.1.9 Kontrollfunktion i vård-och behandlingsfrågor

Verksamheten vid § 12- och LVM-hemmen innefattar arbetsuppgifter som har karaktären av myndighetsutövning. Dessa arbetsuppgifter är reglerade i lag och förordning och innebär att institutionen har lagligt stöd för sådana ingrepp i klienternas personliga integritet som annars hindras av grundlagens bestämmelser om medborgerliga fri- och rättigheter. De tvångsåtgärder det är fråga om kan av klienten upplevas som mycket obehagliga och kränkande trots lagstödet och måste därför genomföras på ett korrekt och rättssäkert sätt.

Andra åtgärder genomförs för att tillgodose klientens behov i olika avseenden, d v s den vård, omvårdnad och behandling som skall medverka till en rehabilitering av klienten. Detta är åtgärder som från

klientens och uppdragsgivarens, kommunen, sida kan uppfattas som rättigheter. De måste hålla en viss minimikvalitet och de får inte utan vidare inskränkas eller förnekas klienten. Klienten har också, rent allmänt, rätt till en behandling som står i överensstämmelse med socialtjänstlagens bestämmelser och grundläggande värderingar. Detta innebär bl a att hans rätt att bestämma över vården och dess utformning så långt som möjligt skall respekteras. Det är också en självklarhet att klienten inte får utsättas för bestraffning, hot eller annan kränkande eller nedsättande behandling.

Genom de särskilda befogenheter som lagen ger 12-hemmen, kommer klienterna i ett beroendeförhållande som gör dem särskilt sårbara och i behov av skydd mot övergrepp. En stark tillsynfunktion är därför nödvändig. En sådan funktion måste finnas inbyggd i organisationen för att kunna fungera förebyggande och inte endast träda in i akuta situationer eller när överträdelse av regler redan skett.

Även om verksamheten i sin helhet står under tillsyn av länsstyrelsen och JO är det nödvändigt att huvudmannen noggrant följer och kontrollerar verksamheten – egentillsyn. Den kontrollfunktion som krävs för detta ändamål måste finnas både på lokal (föreståndarens verksamhetsansvar) och central nivå.

En annan del av kontrollfunktionen har med vård- och behandlingsmetodiken att göra. I ett differentierat behandlingssystem är det av avgörande betydelse att differentiering av klienterna kombineras med en behandlingsmodell och en metodik som är anpassad för respektive klientgrupp. Avsteg från modellen innebär risk för sämre vårdresultat. Även små avsteg kan störa och försämra vården.

Kontrollfunktionen skall i detta sammanhang tillse att verksamheten bedrivs med optimala förutsättningar och med de teoretiska och praktiska modeller för behandlingen som utgör grund för differentieringen.

I praktiken kommer uppgiften i detta avseende att bestå i kontroll av att behandlingsplanerna utformas på rätt sätt och att rutiner, regler och arbetsmetodik har en riktig utformning och upprätthålls på en hög och jämn nivå. I detta ligger även att ställa krav på och verka för utvecklingen av personalens teoretiska och praktiska kompetens.

Förutom den rena kontrollfunktionen ligger också en stor del av den löpande resultatuppföljningen, vad avser behandlingseffekter, på denna funktion. Härvid erfordras dialog och samverkan med ekonomifunktionen.

6.1.10 Funktion för forskning, uppföljning och metodutveckling

Funktionen, som för närvarande saknas inom stora delar av § 12-vården, skall ha som huvudsaklig uppgift att på nationell nivå mäta, registrera och följa upp vårdresultatet vid § 12-hemmen samt att föra ut resultaten och tillämpningsmöjligheterna till de enskilda institutionerna. Funktionen skall dessutom på olika sätt medverka till att vårdverksamheten utvecklas. Följande arbetsuppgifter hör till funktionen:

* att ta initiativ till forskning inom området, att hålla löpande kontakt med forskningen och forskarna och att verka för forskningsresultatens spridning och överföring till praktisk tillämpning.
* att genom försöksverksamhet och på annat lämpligt sätt bidra till metodutveckling inom vårdområdet.
* att medverka till enhetliga och ändamålsenliga rutiner för dokumentation av vårdverksamheten och dennas effekter.
* att på ett övergripande plan följa nationell och internationell forskning inom verksamhetsområdet.

6.2 Huvudalternativen - gemensamma drag

6.2.1 Beskrivning av huvudalternativen

I direktiven till utredningen anges att utformningen av och konsekvenserna av två huvudalternativ skall redovisas. Det ena utgår från att "staten övertar det totala ansvaret för institutionerna" (både planeringsansvar och driftsansvar). Det andra bygger på att "staten ges ett mer övergripande ansvar och att t ex kommuner eller landsting som entreprenörer svarar för driften av verksamheten. Även andra alternativ skall kunna prövas av utredningen."

Även förutsättningarna för överföring av missbrukarvården till statligt huvudmannaskap skall utredas.

I direktiven anges vidare att utredaren skall "utreda förutsättningarna för att överföra de särskilda ungdomshemmen till statligt huvudmannaskap". Utgångspunkten är sålunda att institutionerna skall bli statliga. En konsekvens av detta är att det behöver skapas en central statlig myndighet för att ha totalansvaret för denna verksamhet.

Det bör i detta sammanhang påpekas att "ansvar" av detta slag kan aldrig överföras till någon annan - det "totala" ansvaret är slutgiltigt. Däremot kan vissa uppgifter anförtros andra organ, som inom det givna

uppdraget har ett delansvar för sina uppgifter. Men ansvaret som helhet ligger kvar på huvudmannen.

Några grundläggande syften som skall tillgodoses av den nya organisationen är kraven på differentiering, kontinuitet och närhet. Till dessa krav - och som en konsekvens av dem - kan läggas kraven på flexibilitet och styrbarhet, såväl vad gäller verksamhetsinriktning som i fråga om ekonomi. Som för all offentlig verksamhet gäller att uppdraget skall utföras inom ramen för knappa resurser.

I överensstämmelse med direktivens angivelser har ovan presenterats de organisatoriska grunddragen i två huvudalternativ. Det ena bygger på principen om ett "statligt totalansvar". Detta alternativ benämns i det följande *Helstatlig organisation.*

Det andra alternativet tar som sin utgångspunkt att, inom ramen för statens samlade ansvar, verksamheten vid de enskilda institutionerna läggs ut på entreprenad till kommuner eller landsting. Valfrihet förutsätts dock härvid för kommunernas och landstingens del, när det gäller villigheten och beredskapen för att ingå i ett sådant entreprenadförhållande. Detta alternativ benämns i det följande *Statlig organisation med entreprenad.*

Något förenklat innebär åtgärden "att lägga ut på entreprenad" att huvudmannen (uppdragsgivaren) i form av en beställning ger en annan enhet uppdraget att på givna villlkor och mot givna prestationer utföra en viss tjänst. Utföraren ges frihet att inom givna ramar utföra detta uppdrag. Kontroll och uppföljning av utförarens arbete skall givetvis alltid ske och blir av särskilt stor betydelse i entreprenadformen.

Under riksdagens överläggningar har det framförts att, för att underlätta en övergång till ett annat huvudmannaskap än dagens, det skulle kunna vara lämpligt att under en övergångsperiod tillämpa ett system, där kommuner och landsting även fortsättningsvis t v driver verksamheten vid ungdomshemmen på entreprenad. Men det är utredningens uppfattning att en förändring av detta slag bör genomnföras snarast möjligt och på ett enhetligt sätt för hela landet, för att möjliggöra utvecklingen av heltäckande lednings- och styrningsformer och för att skapa en tydlig "förändringsimpuls".

De båda huvudalternativen uppvisar betydande principiella likheter men också i vissa avseenden viktiga skillnader. Dessa kan bl a komma att ge utslag i fråga om graden av samlad styrning och ledning på den nationella nivån samt möjligheterna till flexibilitet, situationsanpassning och differentiering. Likaså kan valet av alternativ också få betydelse för de enskilda institutionernas möjligheter till profilering och tydligt driftsansvar. De olika alternativen, skillnaderna dem emellan samt

konsekvenserna härav för verksamhetens inriktning, utformning och effekter kommer att mer ingående beskrivas i avsnitten 6.3, 6.4 och 6.6

Alternativet *Helstatlig organisation* bygger på ett enhetligt personal- och arbetsgivareansvar. Inom ramen för de principer för målstyrning som tidigare har beskrivits och de generella riktlinjer och direktiv som utfärdats samt i form av en systematisk budgetdialog fördelas medel till institutionerna och en fortlöpande resultatuppföljning sker.

I fråga om alternativet *Statlig organisation med entreprenad* tecknar staten, via sin centrala myndighetet, entreprenadavatal med var och en av de kommuner/landsting, som i form av en "mellanhand" mellan staten och institutionerna agerar i rollen som entreprenör. I detta fall ligger personal- och arbetsgivareanvaret kvar på den kommunala nivån. I ett sådant avtal, baserat på förhandlingar, fastställs i budgetdialogens form de villkor som skall gälla för verksamhetens omfattning och inriktning, de resursramar som ställs till förfogande och de prestationskrav som skall gälla.

För båda alternativen förutsätts en till storleken begränsad men, i fråga om kompetensen och handlingskraften, stark central myndighet. Vidare gäller för båda alternativen att det löpande driftsansvaret skall vara klart förankrat i de lokala institutionernas verksamhet, vilket ställer betydande krav på såväl ledningsförmåga som administrativa stödresurser på denna nivå. Någon form av regional samverkan och samordning förutsätts också i båda alternativen.

Nedan kommer att något mer utförligt beskrivas de gemensamma grunddragen i de båda huvudalternativen. När det gäller utformningen mer i detalj, kommer en redogörelse för denna att att göras i anslutning till den mer ingående beskrivningen av de båda alternativen i avsnitt 6.3 och 6.4. Även om dessa grundläggande förutsättningar för verksamheten är gemensamma för alternativen, kan vissa skillnader dem emellan göra sig gällande, vad avser resursernas dimensionering och fokuseringen av arbetsuppgifter vad avser de centrala, regionala och lokala nivåerna.

6.2.2 Gemensamma drag

De båda huvudalternativen uppvisar betydande likheter i bl a följande avseenden:

Den centrala myndigheten

Den centrala, statliga organisationen byggs upp som en ny, till storleken begränsad myndighet, som har ett totalansvar och är gemensam för

tvångsvårdens olika grenar. Denna myndighet ges, inom ramen för sitt totalansvar, ett specifikt resurs-, planerings- och utvecklingsansvar. Viktiga uppgifter är bl a:

- att fördela de statliga medlen till institutionerna.
- att fatta beslut om och övervaka de principer, som skall gälla för formerna för bidrag till kommunerna samt institutionernas avgiftssystem.
- att utveckla kontraktsformer för, förmedla och utöva tillsyn av de beställningar på institutionsvård och av deras effektuerande, som emanerar från kommunerna.
- att ha ansvaret för intagningar och att finna former för en lämplig dialog i dessa frågor med de enskilda institutionerna i den löpande ärendehanteringen.
- att handha kontakter med, initiera och följa upp forskning, att svara för det långsiktiga utvecklingsarbetet och att (såsom en investering) fördela resurser till institutionerna som stöd i deras utbyggnad, kvalitetsförstärkning och utvecklingsarbete.
- att följa och påverka utformningen av en ändamålsenlig utbildning av personalen vid institutionerna samt att svara för organisation och genomförande av erforderlig kompetens- och ledareutveckling.
- att skapa kanaler för erfarenhetsutbyte och samverkan.
- att svara för verksamhetens långsiktiga strategiska utveckling och att bygga upp, utveckla och tillämpa system för målangivelser, bedömningskriterier samt uppföljning och utvärdering av den institutionsbundna vården.

Regional samverkan

För båda organisationsalternativen gäller att verksamheten inom tvångsvården förutsätts baserad på en regional indelning av landet. En likartad indelningsgrund föreslås för tvångsvårdens båda grenar. En sådan indelning kan dels tjäna som planeringsunderlag för tillgodoseendet av vårdbehoven, dels också bilda grunden för en administrativ indelning av verksamheten.

En sådan indelning betingas primärt av önskemålen att – för den enskilde vårdtagaren – kunna kombinera kraven på närhet med önskemålen om en tillräcklig differentiering av vården. Det förutsätts att de beställande kommunerna i första hand skall tillgodose sina vårdtagares behov av vård inom den egna regionen.

Men en sådan indelning fyller också ett viktigt behov för att på det regionala planet åstadkomma en samordning mellan de berörda kom-

munernas /landstingens verksamhet. Det är också viktigt att den centrala myndigheten för sina planerings-, utvecklings- och resursfördelningsuppgifter kan ha en nära kontakt med verksamheten på fältet. Den "regionala närvaron" måste vara en realitet, bl a manifesterad i gemensamma planeringsprocesser för erfarenhetsutbyte, där både den centrala myndighetens och de berörda kommunernas/landstingens representanter deltar.

En region utgörs av ett landområde, som består av ett eller flera landsting. Till ytan skall regionen vara så stor att närhetsprincipen (närhet till hemort, föräldrar, socialsekreterare etc) får en tillräcklig genomslagskraft. Samtidigt skall regionen dels ha ett tillräckligt befolkningsunderlag för ett antal § 12- och LVM-institutioner, dels ha förutsättningar att inom sig möjliggöra förekomsten av ett antal institutioner, som tillsammans kan erbjuda en heltäckande differentierad vård.

I avsnitt 3.2 och 4.4.1 diskuteras principerna för en sådan regionindelning, med utgångspunkt från de ovan angivna differentieringsmöjligheterna. Hänvisning görs också till den indelning av landet i fem regioner, som föreslagits av Socialstyrelsen. Dessa regioner kunde utgöra upptagningsområden vid en differentiering av § 12- och LVM-vården. För vart och ett av dessa områden förenas närhet till klientens hemort med tillräcklig bredd på klientunderlaget. Regionindelningen bygger för övrigt på det mer eller mindre fast etablerade regionala samarbete som efter hand utvecklats i landet.

Denna regionindelning föreslås att i varje fall i ett utgångsläge ligga till grund för den regionala indelningen i den nya statliga organisationen. Under hand kan förändringar i regionindelningen aktualiseras. Men denna fråga bör lämpligen anförtros den centrala myndigheten, som efter överläggningar med berörda kommuner/landsting bör se över regionindelningen och på grundval av mer ingående utredningar eventuellt göra förändringar i denna. Givetvis bör man inte vidta några sådana i de fall regionindelningen visar sig fungera tillfredsställande.

Institutionerna

Institutionerna har, inom ramen för huvudmannens totalansvar och det givna regelverket, driftsansvaret för sin löpande verksamhet och för sitt eget utvecklingsarbete, i samråd med och med stöd av den centrala myndigheten. Deras uppgift är att i första hand tillgodose de vårdbehov, som utgår från de inom regionen befintliga kommunerna. Gemensamt för båda alternativen är att de betonar de möjligheter till handlingsfrihet som

finns inom den givna ramen samt det däremot svarande ansvaret och de krav som i en sådan decentraliserad organisation måste ställas på institutionernas resurser och kompetens.

Uppbyggnaden av en organisation för tvångsvården bör ta sin utgångspunkt i de arbetsuppgifter som utförs på lokal nivå - vid de enskilda institutionerna, i de förutsättningar som gäller för deras arbete och de krav på verksamheten som detta för med sig.

I en sådan decentraliserad organisation ställs stora krav på konkretion och realism i fråga om kostnadsuppskattning och kostnadsuppföljning, såväl vid de enskilda hemmen som vid den centrala myndigheten. Detsamma gäller uppföljningen av verksamhetens kvantitativa och kvalitativa effekter, baserad på konstruktionen och tillämpningen av olika mått och indikatorer.

Den lokalt baserade planeringen av verksamheten måste ske med beaktande av inträffade och förutsedda förändringar i efterfrågan på de enskilda institutionernas tjänster, vilket kräver nära kontakter med de olika aktuella beställarna (kommunerna). Flexibilitet och förtrogenhet med verksamheten och dess villkor måste finnas, liksom förmåga att kunna finna och rätt utnyttja den särpräglade profil, som ter sig lämplig med hänsyn till den kompetens som institutionen har.

Vid de lokala institutionerna måste finnas administrativa resurser för uppbyggnaden och användningen av de ekonomiadminstrativa system, som möjliggör en fortlöpande uppföljning och avstämning av kostnader och tillhandahållna tjänster. Detta ställer krav på utnyttjandet av datorbaserade styrsystem, idealt också kopplade till den centrala myndighetens ekonomisystem.

Det vidgade ansvar för personalen vid institutionerna som förutses ställer också krav på kraftfulla satsningar på personalutveckling och ledareutveckling. Stora krav måste ställas på ledningskompetensen. Återkommande utbildning för de olika kategorierna av befattningshavare är betydelsefull, liksom tillskapandet och utnyttjandet av arenor för erfarenhetsubyte och samråd såväl mellan olika institutioner som mellan dessa och den centrala myndigheten.

6.3 Helstatlig organisation

I avsnitten nedan ges en mer utförlig redogörelse för de ovan angivna huvudalternativen *Helstatlig organisation* och *Statlig organisation med entreprenad*. Det grundläggande syfte - den "verksamhetside" - som

oberoende av organisatorisk lösning skall tillgodoses genom tvångsvården är att:

Organisationen skall i varje region erbjuda vård, behandling, akutvård och utredningsinsatser för de klienter som av kommunerna i regionen bedömts vara i behov av sådan vård som avses i 12 § LVU eller LVM. Vården skall erbjudas till lägsta möjliga kostnad med bibehållande av hög och jämn kvalitet i hela landet.

6.3.1 Utgångspunkter

Organisationen, baserad på ett statligt huvudmannaskap, med totalt drifts- och ledningsansvar, skall byggas upp på ett sätt som ger förutsättningar för en beslutskapabel och smidigt fungerande verksamhet och som kan garantera tillgången på platser med en god och jämn vårdstandard över hela landet. Ett sammanhållet ansvar skapas, som medger god överblick över behovsutvecklingen och ger stor förmåga att snabbt anpassa verksamheten samt att flexibelt utnyttja de totala resurserna inom verksamhetsområdet. Samlade insatser för personal- och metodutveckling görs som skall kunna öka effektiviteten, samtidigt som ett samlat verksamhetsansvar även på det rent administrativa området bör kunna ge vissa kostnadsfördelar.

Men det är väsentligt att den centrala ledningsfunktionen inte övertar sådana arbetuppgifter, som utan olägenheter kan skötas på den lokala nivån. Organisationen bör därför bygga på följande principer:

- klart uttalad ansvarsfördelning.
- långtgående decentralisering, med tillämpning av principerna för målstyrning, till institutionerna av alla funktioner som inte kräver central placering av planerings-, samordnings- eller kostnadsskäl.
- raka och tydliga beslutslinjer utan onödiga mellanled.

6.3.2 Organisationsstrukturen

Den statliga organisationen för tvångsvården består dels av en central myndighet gemensam för ungdoms- och missbrukarvården, vars uppgifter och allmänna drag har beskrivits i avsnitt 6.2 ovan, dels av institutionerna för dessa vårdformer. Inom ramen för organisationen fungerar också samrådsorgan på regional nivå.

Verksamheten är uppdelad på ett antal regioner vars storlek och avgränsning tidigare har diskuterats. I ett utgångsläge formas regionerna utifrån det förslag till regionindelning, som Socialstyrelsen angivit och som i praktiken redan tillämpas. Regionindelningen kan behöva justeras

i en framtid, när erfarenhet vunnits vad gäller förutsättningarna för differentiering och vårdbehov i olika delar av landet. Detta blir en viktig planeringsuppgift för den nya myndigheten.

Dessa regioner har närmast karaktären av planeringsområden och utgör i varje fall i utgångsläget inte någon grund för en administrativ indelning. Även om – i varje fall till en början – inte några befattningshavare från den centrala myndigheten placeras ute i regionerna, är det viktigt att man från den centrala myndighetens sida på olika sätt visar och förverkligar en påtaglig "regional närvaro" genom kontakter, planeringsprocesser och erfarenhetsutbyte där den centrala myndigheten för en dialog med instututionernas ledning och personal. Regionindelningen har framför allt sin grund i behovet av differentiering men regionerna skall inte betraktas som bas för några administrativa funktioner. Inom varje region differentieras befintliga – och planerade – § 12- och LVM - hem så att alla klientbehov kan tillgodoses inom dess gränser.

6.3.3 Organisationen i detalj

Den centrala myndigheten

Organisationen skall ledas av en central myndighet. Denna skall svara för de funktioner som är nödvändiga för att samordna och leda den samlade verksamheten inom landet.Den centrala myndigheten bör ha funktioner för följande uppgifter:

* planering, ledning och drift
* intagning
* ekonomisk styrning, resultatuppföljning och kontroll
* personaladministration och personalutveckling
* metodutveckling
* forskning och utvecklingsarbete
* fastighetsförvaltning.

Samrådsorgan

För att kunna leda organisationen är det av stort vikt att man fortlöpande kan få god information om hur verksamheten fungerar inom olika delar av landet och vilka krav uppdragsgivarna – kommunerna – ställer på organisationen. Viktiga inflöden av sådan information ger intagningssystemet, som dagligen talar om vilka krav, i form av klientproblem och antal klienter, som ställs på organisationen. Vidare erhålls sådan

information i det direkta samarbetet mellan institutionerna och placerande socialnämnder.

I dessa kontakter ges emellertid inte alltid information om sådant som fattas eller vad som kunde göras bättre och annorlunda. Ett forum för sådan analys och eftertanke kan skapas i varje region i form av ett samrådsorgan. Samrådsorganet bör inte byggas upp som någon formell organisation eller ges någon formell beslutsfunktion. Det bör heller inte ges formen av planeringsinstans utan i stället vara ett forum för alla intressenter i regionen där man återkommande får diskutera och framföra synpunkter om de statliga institutionerna till ansvariga myndigheter.

Samrådsorganet kan bestå av föreståndarna för de institutioner som ingår i regionen, länsstyrelserna i egenskap av tillsynsmyndighet för socialtjänsten, kommunförbundets lokala enheter, landstingen samt representanter för kommunerna i regionen. Representationen bör i första hand ske efter principen att vårdens intressenter och producenter skall vara företrädda. Kommunerna som vårdansvariga måste därför få den representation de själva har behov av.

Samrådsorganet bör träffas ett par gånger per år för att dryfta problem, ge återkoppling och föreslå förbättringar. Den centrala myndigheten och institutionerna får därmed en utgångspunkt för diskussioner sinsemellan om nödvändiga anpassningar till de krav som ställs av intressenterna.

Institutionerna

De lokala organen utgörs av de institutioner som inom varje region tillsammans skall täcka behovet av vård inom regionen. Det bör dock även fortsättningsvis vara möjligt att i någon region förlägga institutioner som tillhör någon annan regions vårdutbud utan att detta rubbar huvudprincipen att regionerna skall vara "självförsörjande". För närvarande är t ex två av Stockholms § 12-hem geografiskt belägna i mellansvenska regionen.

Enligt de ovan uttalade principerna om långtgående decentralisering och minimering av antalet beslutsnivåer, bör alla funktioner, eller delar av funktioner, som inte behöver ligga inom den centrala ledningen förläggas till institutionerna.

Alla frågor som rör den direkta vården av enskilda klienter måste förläggas till institutionens ledning, d v s föreståndaren. Endast en föreståndare med detta verksamhetsansvar skall finnas på varje hem. Någon delegering av föreståndaransvaret kan enligt nuvarande lag och förordning inte ske. Ansvarsfördelningen på alla nivåer i organisationen måste vara klar och entydigt bestämd. Detta behöver inte innebära att det

inte skall vara möjligt att fördela föreståndares arbetsuppgifter på flera personer.

I ledningsansvaret på lokal nivå ligger att samverka med kommunerna och andra samhällsorgan för att främja vårdarbetet. Om det är nödvändigt för att åstadkomma en god vård skall föreståndaren kunna träffa samarbetsavtal med sådana organ inom de ramar som givits av huvudmannen. Så kan exempelvis frågan om den närmare samverkan med hälso- och sjukvården lösas på sådant sätt i förekommande fall.

För den rena driften av institutionen behöver den lokala ledningen resurser i form av personal, lokaler, utrustning och disponibla medel. Med ett statligt huvudmannaskap kommer resursansvaret att ligga på staten som därigenom har ansvaret för att inrätta och driva institutionerna. Driftsresurserna fördelas ut i verksamheten genom den centrala myndighetens försorg. Detta sker genom ett budgeteringsförfarande där budgetramar och investeringsbehov fastställs i dialog mellan respektive institutionschef och centralmyndigheten.

Underlag för fördelning av medel och prioritering mellan institutioner och olika arbetsuppgifter kommer den centrala myndigheten till del på olika sätt. Dels och i första hand genom den budgetdialog som förs med föreståndaren, dels genom den information som insamlas genom intagningssystemet och den information och de synpunkter som kommer fram vid samrådsorganens träffar. Huvudmannens beslutsunderlag för fördelnings- och prioriteringsbeslut kompletteras av information som fortlöpande insamlas av de centrala lednings- och planeringsfunktionerna.

Planeringsfunktionen för den samlade verksamheten bör huvudsakligen ligga centralt, medan däremot motsvarande och för den lokala verksamheten avpassade uppgifter som rör den egna institutionen och dess klienter måste finnas på institutionerna. Även när det gäller större investeringar måste centralmyndigheten ha ansvar för helheten och i sista hand godkänna sådana beslut.

6.3.4 Funktioner på olika nivåer

I föregående kapitel har beskrivits vilka olika funktioner som måste finnas i organisationen. Därvid har endast respektive funktions huvudsakliga innehåll berörts medan frågan om var i organisationen de olika funktionerna skall ligga har utelämnats.

Var och en av de beskrivna funktionerna kan delas in i delfunktioner och förläggas till olika delar av organisationen. Valet av nivå och omfattning av de olika delfunktionerna bör styras av de övergripande

principer om decentralisering och tydlighet som tidigare berörts.

Med utgångspunkt i vad som tidigare föreslagits i fråga om den helstatliga organisationen kan fördelningen av funktioner göras på följande sätt (se beskrivning av de olika funktionerna i avsnitt 6.1).

Planeringsfunktionen

Den centrala myndigheten bör åläggas ansvaret för all planering som inte rör den enskilda institutionens behandlingsarbete och detaljplaneringen för institutionens drift. Dessa uppgifter skall ligga på föreståndaren vid den enskilda institutionen. Centralmyndigheten skall svara för genomförandet av den övergripande verksamhetsplaneringen och för att denna sker i former som inkluderar all personal inom den samlade verksamheten.

I planeringsprocessen måste hela tiden beaktas de krav som följer av den regionvisa indelningen. Dialogen med samrådsorganen blir därför viktig. På lokal nivå utgör föreståndarens verksamhetsplanering och det därtill knutna budgetarbetet för den egna enheten den viktigaste planeringsuppgiften.

Ledningsfunktionen

I den föreslagna organisationsmodellen finns endast två besluts-, och ansvarsnivåer – den centrala myndigheten och institutionen. Den centrala myndigheten leder och övervakar verksamheten vid institutionerna genom att formulera och fastställa de övergripande målen för verksamheten samt genom att ange medelsramarna. Ledningsfunktionen kan vidare utövas genom centrala direktiv och instruktioner. Ett viktigt inslag i ledningsoch styrningsarbetet utgör den löpande och periodiskt återkommande uppföljning av hur verksamheten och dess resultat utvecklas, som tidigare behandlats i samband med diskussionen om tillämpningen av målstyrningens principer.

Huvudmannen delegerar den direkta ledningen för respektive institution genom att förordna föreståndare (jfr 22 § 2 st LVM). Denne har att inom ramen för lag, förordning och centrala direktiv leda vårdverksamheten. Föreståndaren bör ha odelat ansvar för sitt verksamhetsområde och hans beslut skall inte kunna överprövas eller undanröjas av huvudmannen såvida de inte står i direkt strid med givna regler. Inom sitt verksamhetsområde har föreståndaren tjänstemannaansvar enligt lag.

Föreståndarens ansvar kan inte delegeras till annan tjänsteman på institutionen. Detta hindrar inte att föreståndaren kan fördela sina

arbetsuppgifter på flera personer som, under hans ansvar och ledning, kan fullgöra olika arbetsuppgifter.

Vård- och behandlingsfunktionen

Det åligger centralmyndigheten att utfärda de riktlinjer och anvisningar som skall gälla för vård- och behandlingsarbetet samt att följa upp att verksamheten bedrivs i enlighet med dessa riktlinjer. Ansvaret för att verksamheten utformas på ett sätt som står i överensstämmelse med socialtjänstlagens värderingar och bestämmelser ligger på institutionsnivå. Föreståndaren svarar där för verksamhetens innehåll gentemot uppdragsgivarna och för samverkan med andra samhällsorgan som kan främja vårdarbetet.

Ansvaret för dokumentation, uppföljning och utvärdering av vårdverksamheten delas av centralmyndigheten och institutionerna. Centralmyndighetens speciella ansvar för detta ligger i att bestämma formerna för arbetet, att övervaka att dessa processer löper som planerat och att samla och sprida de kunskaper som därigenom utvinns.

Ekonomifunktionen

Centralmyndigheten svarar för medelsfördelning och resursutnyttjande både för den centrala förvaltningen och för institutionerna. Budget för varje enskild institution fastställs i form av en rambudget i dialog med respektive föreståndare. Anslag över statsbudgeten fördelas på institutionerna av centralmyndigheten. Myndigheten kan också få en roll att spela när det gäller att fördela statsbidrag till kommunerna i enlighet med det bidragssystem som kan komma att efterträda nuvarande system när detta upphör vid utgången av år 1992.

Till centralmyndigheten kan också föras ansvar för utbetalning av löner samt fakturering av varu- och tjänsteproduktion inklusive vårdavgifterna.

Det ekonomiska redovisnings- och styrsystemet byggs upp på ett enhetligt och standariserat sätt, som möjliggör en smidig kommunikation mellan den centrala myndigheten och institutionerna. I görligaste mån bör hanteringen av de för en institution aktuella redovisningsrutinerna utföras lokalt för att främja kostnadsmedvetandet och ge den lokalt baserade verksamheten en bättre överblick av hur verksamheten och dess resultat – i fråga om både kostnader och effekter – utvecklas.

Ansvaret för intern revision och den samlade resultatuppföljningen vad gäller det ekonomiska utfallet bör ligga på den centrala nivån, medan

däremot varje institution har ansvaret för att följa och utvärdera sin egen verksamhet.

Den lokala myndigheten – institutionen – ansvarar för att verksamheten håller sig inom de i budgeten angivna ramarna. Direkt ekonomiansvarig är föreståndaren som, med utgångspunkt från synpunkter och riktlinjer framförda i budgetdialogen med huvudmannen, har att fördela budgeten på olika verksamhetsområden inom institutionen och att följa upp medelsförbrukningen. Föreståndaren ansvarar också ekonomiadministrationen på institutionen.

Personalfunktionen

Personalförsörjningen på institutionerna är en av de viktigaste frågorna för en ny huvudman. Huvudmannen bör därför ta en stor del av ansvaret för denna funktion. Men det är viktigt att man inte övertar frågor som utan olägenhet kan hanteras på institutionsnivå. Institutionernas föreståndare tillsätts givetvis av den centrala myndigheten, medan föreståndaren svarar för rekryteringen till sin institution.

Huvudmannen måste ta ansvar för de delar av funktionen som har direkt samband med kompetens och kvalitet i vården och dessutom för de övergripande personalsociala frågorna med sådana områden som anställningsförhållanden och goda utvecklingsmöjligheter som viktiga delar.

Övriga delar av personalfunktionen som bör ligga på centralmyndigheten är:

* personalutbildning
* personalplanering
* nyanställning av ledningspersonal
* personalsociala frågor
* avtal på central nivå samt avtalsjuridik
* centrala förhandlingar

Den lokala myndigheten svarar för alla andra uppgifter inom personalfunktionen.

Intagningsfunktionen

Centralmyndigheten bör ha ett huvudansvar för intagningsfunktionen för att kunna beakta den differentiering av vården som gjorts inom olika delar av landet och för att säkerställa kommunernas berättigade krav på snabb och säker hantering av intagningsfrågorna. Det är också viktigt att dessa frågor behandlas på likartat sätt över hela landet. Den bästa

lösningen är därför att förlägga alla intagningsbeslut till centralmyndigheten.

De skäl som anförts mot en sådan ordning är bl a att det finns risk för att den öppna socialtjänsten fjärmas från § 12- och LVM-hemmen om intagningsdialogen inte längre kan föras direkt mellan föreståndaren och socialarbetaren. Det har också anförts misstro mot en central intagningsenhets förmåga eller ambition att lära känna de alternativ som finns i respektive region och att man därigenom skulle förlora en del av den rådgivnings- och vägledningskompetens som finns i vissa delar av landet. Vidare finns farhågor för att en central intagningsenhet inte skulle ta tillräcklig hänsyn till föreståndarens synpunkter i fall där föreståndaren vill avvakta med en intagning p g a tillfälliga problem vid institutionen eller i de fall institutionen inte har kompetens att hantera ett visst klientproblem.

Dessa problem är emellertid kända och det måste givetvis vara en statlig huvudmans uppgift att inrätta intagningsfunktionen så att den också uppfyller de krav som följer härav, bl a genom en smidig dialog mellan centralmyndigheten och institutionerna.

Institutionen skall svara för att klienten skrivs in så snart detta kan ske med hänsyn till platssitutionen. Huvudmannens intagningsbeslut är således en platsanvisning medan verkställigheten ligger på föreståndaren i samråd med sökande kommun. Föreståndaren skall bevaka lagligheten i beslut om fortsatt vistelse på hemmet för klienter som intagits med stöd av omedelbart omhändertagande.

På institutionen bör också ligga att rapportera till huvudmannen de uppgifter om klienten som inte framgår av ansökningshandlingarna samt sådana uppgifter i övrigt som belyser platssituationen vid hemmet.

Utskrivningsfunktionen

Denna funktion ligger för närvarande organisatoriskt på föreståndarnivå. Någon förändring i detta avseende föreslås inte.

Funktionen för lokalförsörjning och utrustning

En uppdelning av denna funktion på centralmyndigheten och institutionerna bör göras så att planering och investeringsbeslut av större betydelse ligger på centralmyndigheten medan beslut om löpande underhåll samt mindre reparationer och inköp läggs in i budget och upphandlas och administreras lokalt. Centralmyndigheten inkopplas på de projekt som har

större omfattning eller där den enskilde föreståndaren påkallar särskilt stöd.

Frågor som rör uppföljning av funktionsduglighet och kvalitet samt inköp med hjälp av centrala avropsavtal hanteras givetvis av centralmyndigheten.

Kontrollfunktion i vård- och behandlingsfrågor

Centralmyndigheten svarar för den övergripande kontrollfunktionen i vård-och behandlingsfrågor, dels genom centrala direktiv och anvisningar, dels genom aktiv uppföljning och anknytning till aktuell forskning.

Föreståndaren för respektive hem har ett entydigt ansvar för denna kontrollfunktion. Han svarar därvid för att verksamheten följer lagar och av regering och huvudman givna regler i övrigt. Föreståndaren ansvarar också för att de behandlingsmetoder som tillämpas är ändamålsenliga och förenliga med socialtjänstlagens grundsatser och värderingar.

6.4 Statlig organisation med entreprenad

6.4.1 Utgångspunkter

I motioner till riksdagen, liksom i direktiven till utredningen, anförs att som alternativ till huvudförslaget, dvs en helstatlig organisation, också en organisationslösning med entreprenadavtal bör prövas. De nuvarande huvudmännen på primär- och landstingskommunal nivå skulle således, inom ramen för det nya statliga huvudmannaskapet, kunna fortsätta att driva den löpande verksamheten. Från flera kommuner och landsting har uttryckts sådana önskemål, bl a med hänvisning till närhetsprincipen.

Som behandlats i avsnitt 6.2 Gemensamma drag och som kommer att utvecklas nedan visar alternativet Statlig organisation med entreprenad i många avseenden stora likheter med förslaget Helstatlig organisation. I de fall det föreligger stora överensstämmelser mellan alternativen i fråga om förutsättningar, organisation och arbetsformer, kommer hänvisning att ske till diskussionen i avsnitt 6.3 om detta senare organisationsalternativ.

Så gäller t ex för båda alternativen samma grundläggande "verksamhetside", liksom en tillämpning av organisationsprinciperna för en klart uttalad ansvarsfördelning, en långtgående decentralisering, där verksam

heten vid institutionerna sätts i centrum, och raka och tydliga beslutslinjer.

I båda fallen förutsätts skapandet av en central myndighet samt former för reginal samverkan, som möjliggör en "regional närvaro" från den centrala myndighetens sida. Regionindelningen förutsätts likaså vara densamma som den som förslagits av Socialstyrelsen och som föreslås gälla både för alternativet Helstatlig organisation och för entreprenadmodellen.

Som grundprincip för tillämpningen av entreprenadmodellen gäller sålunda att den centrala myndigheten avtalar med varje entreprenör (kommun/landsting etc, se nedan) för sig om profil och differentiering av de(n) institution(er) som denne ansvarar för. Staten svarar för samordning av regionens behov och resurser, genom att bestämma om differentiering och utbyggnad samt genom att svara för intagningsfunktionen och den samlade uppföljningen av verksamheten. Entreprenaden innebär i princip främst ett administrativt driftsansvar (arbetsgivar-/personal-, ekonomi- och lokalansvar) för entreprenören i fråga.

6.4.2 Organisationsstrukturen

Den centrala myndigheten

En central statlig myndighet inrättas gemensamt för § 12- och LVM-vården med begränsad storlek men med kvalificerad kompetens. Dimensionering och arbetsupgifter blir i stort sett likartade jämfört med det andra huvudalternativet.

Institutionerna

I den samlade organisationen för tvångsvården ingår vidare de § 12- och LVM- institutioner, som sålunda, där entreprenadavtal träffats, fortsätter att arbeta under ett kommunalt personal-/arbetsgivareansvar. Dessa institutioner har det löpande drifts- och utvecklingsansvaret för sin verksamhet, och arbetsuppgifter och kompetenskrav överensstämmer med dem som angivits för det helstatliga alternativet.

Vid sidan därav kan det också förekomma statliga institutioner, i de fall berörda kommuner och landsting inte väljer att på de villkor, som formuleras av huvudmannen i dialog med entreprenören, gå in i ett entreprenadförhållande av det slag, som nedan beskrivs mer ingående. Entreprenadöverenskommelsen med kommunerna/landstingen måste sålunda baseras på frivillighetens princip. Det kan antas att vid ett

genomförande av entreprenadalternativet strukturen på nationell nivå kommer att uppvisa en blandad karaktär, med såväl institutioner drivna i kommunal entreprenad som sådana som direkt sorterar under den centrala myndigheten.

Kommunerna

Den centrala myndigheten tecknar entreprenadavtal med varje kommun/ landsting. Entreprenadrelationen skall vara enkel och tydlig. Det är ett offentligt organ på kommunal nivå, som såsom entreprenör har det direkta ansvaret i fråga om ekonomi och vård för berörda institutioner.

Dessa (vanligen) f d huvudmän för tvångsvården, som på detta sätt tar på sig entreprenörsrollen, ges sålunda personal- /arbetsgivareansvaret för de berörda institutionerna, liksom ansvaret för lokaler och utrustning.

Vidare förutsätts, som också bör specificeras i entreprenadavatalet, att former för styrning av de enskilda institutionerna garanteras, som både bygger på tillsyn av att verksamheten bedrivs inom generellt uppdragna riktlinjer och som, i enlighet med målstyrningens grundprinciper, ger de berörda institutionerna tillräckliga möjligheter till differentiering, anpassning och flexibilitet i inriktning och agerande. Den centrala myndigheten bör, som redan nämnts, ha det nationella ansvaret för verksamheten i princip på samma sätt i den helstatliga modellen som i föreliggande entreprenadmodell.

Det bör vara möjligt för centralmyndigheten att inom ramen för entreprenadavtal komma överens med en kommun eller ett landsting om att de tar på sig någon del av ledningsanvaret, t ex ansvaret för personalutvecklingens genomförande, viss planering eller dylikt. Det får dock inte ske i former som undandrar institutioner som drivs på entreprenad från att följa sådana gemensamma riktlinjer som utfärdas för att vården skall kunna ges på ett ändamålsenligt och till de aktuella klientkategorierna avpassat sätt.

Den regionala samordningen

Som tidigare angivits ansluter sig regionindelningen till den som antas gälla för alternativet Helstatlig organisation. Liksom ifråga om detta alternativ förutsätts vidare en av den centrala myndigheten initierad och ledd regional samordning mellan de kommuner/landsting inom varje region, som påtagit sig entreprenörsrollen.

6.4.3 Förutsättningar för entreprenadrelationen

Staten tecknar via sin centrala myndighet avtal med var och en av de kommuner eller landsting, som valt att fungera som entreprenör, om verksamhetens dimensionering, differentiering mm samt överenskommelse om en reglering av de ekonomiska villkor och transaktioner som skall ligga till grund för verksamhetens bedrivande.

I själva entreprenadrelationen ligger, som tidigare nämnts, att uppdragsgivaren tecknar avtal med en entreprenör om att för given ersättning utföra vissa specificerade uppgifter med angivna krav på kvantitet och kvalitet. När det gäller tvångsvården syns det önskvärt att staten, via den centrala myndigheten, noggrant specificerar vilken differentiering och dimensionering av vården som skall gälla och övriga väsentliga förutsättningar för själva vårdens bedrivande.

Vid ingåendet av entreprenadavtal och vid dess uppföljning, är det viktigt att man kommer överens om och fastställer hur kostnaderna skall beräknas för att en rättvisande bild av resursåtgången skall kunna ges, vilka prisrelationer som skall gälla, samt vilka krav som skall ställas på prestationernas kvantitet och kvalitet och hur en uppföljning av åtagandenas fullgörande härvidlag skall kunna ske.

I det entreprenadavtal som tecknas mellan den centrala myndigheten och var och en av entreprenörerna bör, förutom vad som ovan framhållits om principer för kostnadsberäkning, organisation och styrningsprinciper, bl a regleras:

* Statens ekonomiska stöd till var och en av de av entreprenören tillhandahållna institutionerna samt villkoren och formerna för dess givande.
* Principer och nivåer för beräkning av vårdavgifter till institutionerna.
* Planer och åtaganden för omdisponering, avveckling, utbyggnad och komplettering av verksamheten.
* Fördelningen av ansvaret för utbildnings- och utvecklingsinsatser mellan den centrala myndigheten och entreprenören.
* Former, arbetsfördelning och principer för intagning och utskrivning.
* Åtaganden och former för redovisning och rapportering såväl av kostnader som vad avser genomförd vård och dess effekter.

6.4.4 Funktioner på olika nivåer

Diskussionen nedan knyter an till den funktionsbeskrivning, som givits i anvsnitt 6.1. ovan och har i de flesta fallen sin motsvarighet i den redogörelse, som lämnats för alternativet Helstatlig organisation. I dessa fall kommer ej här någon mer utförlig beskrivning av funktionsfördelningen att göras.

Planeringsfunktionen

Samma grundprinciper gäller som i fråga om det tidigare behandlade alternativet.

Ledningsfunktionen

Entreprenören kan, efter överenskommelse med huvudmannen, överta delar av lednings- och utvecklingsansvaret för de institutioner som han svarar för.

Vård- och behandlingsfunktionen

Själva behandlingsansvaret ligger på de enskilda institutionerna, medan den centrala myndigheten har ett övergripande ansvar för vård- och behandlingsfrågorna. Det förutsätts att i vård- och behandlingsfrågor, som gäller det löpande arbetet och utvecklingsarbetet, en nära kontakt och dialog utvecklas mellan den centrala myndigheten och de enskilda institutionerna.

Ekonomifunktionen

Jämfört med det tidigare diskuterade alternativet kan entreprenören ta över en betydande del av den ekonomiska planeringen och uppföljningen samt hanteringen av ekonomiadminstrativa rutiner. Men det är under alla förhållanden viktigt att den centrala myndigheten har ett utbyggt system för att i en "controller-funktion" kunna följa utvecklingen av kostnader, vård och behandlingseffekter hos entreprenören och dennes institutioner. Liksom i det andra alternativet svarar den enskilda instituionen för sin egen budget och för den löpande resultatuppföljningen.

Personalfunktionen

Entreprenären, som har det direkta arbetsgivare-/personalansvaret handlägger dessa frågor, inom ramen för av huvudmannen centralt utfärdade riktlinjer.

Intagnings- och utskrivningsfunktionen

Samma grundprinciper gäller som för alternativet Helstatlig organisation.

Lokalförsörjning och utrustning

Ansvaret ligger här på entreprenören. I avtalet skall regleras de krav som från huvudmannens sida ställs på lokaler och utrustning.

Kontroll av vård- och behandlingsfrågor

Den centrala myndigheten har det övergripande ansvaret för denna uppföljning och de berörda institutionerna svarar för att verksamheten följer lagar och beprövad praxis.

6.5 Konstruktion av bidrags- och avgiftsformer

6.5.1 Statens anslag till institutionerna och övrigt stöd till verksamheten

Nuvarande avtal mellan staten och de båda kommunförbunden om statsbidrag till ungdoms- och missbrukarvården, vars innehåll refererats tidigare i avsnitt 2.4, löper ut i och med utgången av 1992.

Vad gäller beslut om framtida justeringar av statsbidragen har utredningen noterat att riksdagen anslutit sig till socialutskottets uppfattning i betänkande 1989/90:15 att dessa "...bör i princip ske direkt genom beslut av regering och riksdag och inte i form ett godkännande av resultatet av förhandlingar mellan stat och kommun". Vad gäller den ekonomiska regleringen avseende institutionerna noteras vidare, att den vid huvudmannaskapsändringen primärt övergår till att vara en fråga om anslag över statens driftbudget till ett särskilt myndighetsområde.

Utredningen har vid överväganden om statens fortsatta stöd till verksamheten, med ledning bl a av kommittédirektiven, utgått från att vissa förutsättningar är givna: den totala ekonomiska ramen; kommuner-

nas betalningsansvar kvarstår; staten förutsätts beräkna anslaget till institutionerna på ett sätt som motsvarar den nuvarande beräkningen av statsbidrag med s k platsbidrag.

Utredningens allmänna uppfattning är att nuvarande utformning av det statliga verksamhetsstödet/statsbidraget ger staten rimliga och adekvata möjligheter att med ekonomiska medel påverka verksamhetens inriktning. Den synes inte heller på något avgörande sätt försvåra för ett statligt huvudmannaskap för tvångsinstitutionerna i enlighet med utredningens båda huvudalternativ. Enligt utredningens bedömning bör därför strukturen för statens stöd – uppdelningen i dels riktat verksamhetsstöd, huvudsakligen i form av platsbidrag, samt dels schablonberäknat kommunbidrag med friare dispositionsrätt – bibehållas tills vidare. Det faktum att staten som huvudman även övertar resursansvaret för berörda tvångsinstitutioner kan emellertid, som framgått av avsnitt 5.4, innebära begränsningar av möjligheterna att omdisponera statens stöd inom totalramen.

Den uppgift som tidigare överlämnats till parterna att lösa i förhandling har bl a gällt att fastställa och fördela den ekonomiska totalramen på driftbidrag respektive kommunbidrag. Hit hör frågorna angående nivån på platsbidragen, om olika avgifter skall debiteras för slutna respektive öppna platser, om särskilda medel skall reserveras för utbyggnad (anordningsbidrag) och för utbildning/utveckling.

Tar man enbart fasta på den begränsning som den ekonomiska totalramen innebär, skulle statens finansiering av kostnaderna för tvångsinstitutionerna i princip kunna variera inom intervallet 0 - 100 procent av bruttokostnaderna. Ytterligheterna skulle då innebära *antingen* att hela ramen fördelades mellan kommunerna som kommunbidrag att fritt disponeras för insatser inom ungdoms- och missbrukarvården *eller* att hela ramen destinerades att direkt täcka institutionernas kostnader.

I det första fallet blir konsekvensen att verksamheten helt avgiftsfinansieras och att vårddygnsavgifterna måste höjas för att kompensera bortfallet av statsbidraget. För § 12-hemmen skulle, räknat på huvudmännens uppgifter i budget 1991 vad gäller kostnader och förväntad beläggning, den genomsnittliga vårddygnsavgiften öka från cirka 2 000 till 3 000 kronor. Vid § 23-hemmen skulle den genomsnittliga vårddygnsavgiften öka från cirka 1 100 kronor till 1 700 kronor. § 22-hemmen finansieras redan helt med vårdavgifter och skulle inte beröras av denna förändring.

I det andra fallet, med en total statlig finansiering, skulle cirka 715 Mkr av ramen om 950 Mkr, krävas för driften av § 12- och § 23-hemmen,

som då får 0-taxa. Till kommunbidraget skulle då återstå 235 Mkr. I den mån § 22-hem ges "§ 23-status" skulle kommunbidraget minska ytterligare. Enligt huvudmännens uppgifter uppgick bruttokostnaden för samtliga § 12- och LVM hem 1991 till cirka 900 Mkr. Om detta senare belopp disponeras för driften av hemmen skulle generell 0-taxa kunna tillämpas inom tvångsvården och resterande summa, cirka 50 Mkr, fördelas mellan landets kommuner.

Utredningen har emellertid uppfattat förutsättningarna för verksamhetens finansiering som mer preciserade än i ovanstående hypotetiska räkneexempel, som redovisats mest för att tydliggöra hur finansieringssystemet fungerar.

6.5.2 Förslag till förändring av statens stöd inför 1993

Enligt utredningen är innebörden i riksdagens beslut om förstatligande av § 12-hemmen samt de uttalanden riksdag och regering gjort i anslutning till detta, bl a om LVM-hemmen, att staten bör öka sitt inflytande över verksamheten. Beträffande finansieringen bör detta, enligt utredningen, innebära att omfattningen av den statlig direktfinansieringen åtminstone bibehålls på nuvarande nivå.

Utredningen föreslår sålunda att statens anslag till tvångsinstitutionerna avseende 1993 beräknas med ledning av nuvarande belopp för platsbidrag med följande tillägg/justeringar:

1) I enlighet med förslagen i avsnitt 3.7.1 föreslås att, inledningsvis, fem avdelningar med sammanlagt 40 platser bemannas och specialutrustas för gruppen särskilt vårdkrävande/svårbehandlade ungdomar, för vilka kriminalvården annars vore alternativet. För dessa platser föreslås ett bidrag om 500 Tkr per plats och år, dvs en höjning med 100 Tkr i förhållande till bidraget för övriga slutna platser.
2) I avsnitt 4.4.1 föreslår utredningen att enbart en form av LVM-hem, med samma tvångsmöjligheter som de nuvarande § 23-hemmen, bör finnas. För dessa hem föreslås årliga statsbidrag med 300 Tkr för slutna och 100 Tkr för öppna platser. Det finns anledning att räkna med att antalet § 23-hem efter en sådan samordning inte oväsentligt kommer att minska jämfört med summan av antalet hem enligt § 22 respektive § 23 i nu gällande ordning.
3) Statligt stöd om 50 Tkr per öppen plats och år utges till LVM § 22-hemmen.

Förslaget under punkt 3 blir aktuellt om utredningens förslag att sammanföra hemmen i en kategori inte genomförs. Förslaget att statsbidrag om 50 Tkr per plats i så fall även bör utgå till § 22-hemmen motiveras av att utredningen vill markera samhörigheten mellan de två formerna för LVM- hem. Utredningen anser att nuvarande praxis, som innebär att ett godkännande för inrättande av en enda sluten plats på en § 22-institution får som bieffekt att därmed samtliga övriga platser – utan några åtgärder i övrigt – blir berättigade till statsbidrag, skapar ekonomisk orättvisa.

Utredningen anser emellertid i detta alternativ att en översyn av vilka kvalitetskrav som skall ställas på ett § 22-hem är motiverad samt att statusen för befintliga hem omprövas mot denna nya bakgrund. Därmed skulle antalet § 22-hem kunna komma att begränsas, dock inte i samma utsträckning som om hemmen sammanförs i en kategori. Vidare skulle skillnaden mellan § 22-hemmen och övriga missbrukarinstitutioner enligt socialtjänstlagen (inackorderingshem m fl), som tenderat att suddas ut under nuvarande huvudmän, bli tydligare.

Räknat på antal platser vid de olika vårdformerna vid utgången av 1991 skulle förslaget ge följande effekter. Vid beräkningen har utredningen räknat med att kostnaderna för LVM-vården blir desamma, antingen LVM-hemmen sammanförs i en kategori eller om nuvarande ordning med två kategorier enligt LVM § 22 respektive § 23 bibehålls:

	Gällande t o m 1992			**Förslag 1993 -**		
Typ	Antal	Bidrag	S:a	Antal	Bidrag	S:a
§ 12						
Öppen	319	200 TKr	63,8 Mkr	319	200 Tkr	63,8 Mkr
Sluten	204	400	81,6	164	400	65,6
Special	-	-	-	40	500	20,0
Summa	523		145,4	523		149,4
§ 23						
Öppen	380	100	38,0	380	100	38,0
Sluten	196	300	58,8	196	300	58,8
Summa	576		96,8	576		96,8
§ 22						
Öppen	693	-	-	693	50	34,7
Total	1 792		242,2 Mkr	1 792		280,9 Mkr

Statens anslag till institutionerna skulle enligt förslaget öka med knappt 40 Mkr i förhållande till det direkta stöd som förväntas utgå för år 1992, och därefter uppgå till cirka 280 Mkr. Noteras bör att osäkerheten beträffande §

22-hemmens framtida status och antal och därmed omfattningen av det statliga stödet till LVM-vården är stor. Om samtliga § 22-hem omvandlas till nya enhetliga LVM-hem enligt förslaget ökar statens stöd med minst 70 Mkr per år. Det måste dock, som tidigare nämnts, förutsättas att i så fall vissa § 22-hem blir LVM-hem medan andra övergår till vård på frivillig grund.

Enligt gällande statsbidragssystem har för vart och ett av åren 1991 och 1992 reserverats dels 30 Mkr för utvecklingsinsatser inom ungdoms- och missbrukarvården i sin helhet, dels 75 Mkr i s k anordningsbidrag för att stimulera till utbyggnad av § 12- och LVM-hemmen. Dessa medel har fördelats av socialstyrelsen.

Utredningen föreslår att 30 Mkr av totalramen överförs till den nya myndighetens driftbudget för 1993 som utbildnings-/utvecklingsanslag. Det motsvarar det nuvarande statliga utvecklingsbidraget till ungdoms- och missbrukarvården (avsnitt 2.4.3). Av dessa 30 Mkr föreslås 10 disponeras för personalutbildning inom den nya organisationen, vilket innebär att cirka 4 000 kronor i utbildningsmedel kan avsättas per år och anställning. Resterande 20 Mkr föreslås centralmyndigheten fördela till utvecklingsinsatser av det slag för vilka medlen hittills används.

Vad slutligen gäller statens resursinsatser för investeringar för 1993 bedömer utredningen, med ledning bl a av socialstyrelsens behovsinventeringar i juni 1990 och i november 1991, att den omstrukturering/komplettering av resurserna som krävs för att åstadkomma fler platser och förbättrad differentiering förutsätter en utbyggnad åtminstone i nivå med den som skett under de två senaste åren. *Utredningen föreslår* därför att 75 Mkr avsätts för investeringar under 1993.

Den fortsatta utbyggnaden under påföljande år kommer, vad gäller takt och omfattning, att bli beroende av den nya myndighetens behovsinventering och prioriteringar. Utredningens förslag innebär emellertid en markant ökad ambitionsnivå. Utredningen förutsätter därför att omstrukturerings- och utbyggnadstakten kommer att vara oförändrat hög åtminstone under 3-5 år efter huvudmannaskapsförändringen. Med de i direktiven givna förutsättningarna att det totala statliga åtagandet stannar vid 950 Mkr innebär detta, att den neddragning av det allmänna kommunbidraget som skedde i och med budget 1991 kommer att kvarstå tillsvidare.

Sammanfattningsvis skulle utredningens förslag, beräknat på 1991 års förutsättningar, innebära att av den statliga totalramen för ungdoms- och missbrukarvård om 950 MKr, sammanlagt 386 Mkr överföres till den statliga myndigheten, varav 281 Mkr avser driftstöd beräknat på antal platser, 30 Mkr avser utbildning/ utveckling och 75 Mkr avser subvention av nyinvesteringar för om-och tillbyggnad. För fördelning mellan kommunerna som kommunbidrag skulle då 564 Mkr återstå jämfört med de cirka 603 Mkr

som med hänsyn till det aktuella platsantalet återstår inför 1992. Härvid har, som framgår av det följande, utredningen förutsatt, att de särskilda medel som kan komma att behövas vid övertagande av institutioner finansieras i särskild ordning. För följande år påverkas självfallet totalkostnaden för institutionerna av en utbyggnad av verksamheten.

6.5.3 Kommunernas kostnadsansvar

Kommunerna förutsätts liksom hittills finansiera verksamhetens nettokostnader, dvs vad som återstår sedan statens anslag direkt till institutionerna frånräknats, via vårddygnsavgifter som står i direkt relation till platsutnyttjandet.

Oavsett organisationsform, helstatlig – eller entreprenadorganisation, bör samma avgifter tas ut av placerande kommuner. I den mån bokslutet för en institution som drivs på entreprenad avviker från budget, får detta regleras mellan entreprenören och huvudmannen. Kommunerna skall inte – som nu ofta är fallet – riskera att bli efterdebiterade kostnader.

Med utgångspunkt i ovan föreslagna statliga anslag och med hjälp av huvudmännens redovisade bruttokostnader samt beläggningsgrader för olika hem kan *genomsnittliga* vårddygnskostnader beräknas enligt följande: för § 12 – 1 875 kronor; för § 23 – 1 150 kronor; för § 22 – 715 kr.

En specificering av den genomsnittliga avgiften på öppna respektive slutna platser vid § 12- och § 23-hemmen förutsätter antaganden om beläggningsgrad samt om hur personal- och andra kostnader fördelats mellan vårdformerna. Huvudmännen har inte redovisat sin budget på den detaljnivån. Det är dock givet att slutna platser kräver högre bemanning samt även leder till högre kostnader i övrigt.

För § 12-hemmen synes bemanningen vid öppna respektive slutna avdelningar uppgå till i genomsnitt cirka 9 respektive cirka 15 anställda. Om i ett räkneexempel bruttokostnaderna för dessa hem fördelas i förhållande till platsantal och personaltäthet och genomsnittlig beläggningen antas vara 75 procent (vilket överenstämmer med den faktiska genomsnittliga beläggningen 1991), erhålles ungefärliga vårddygnskostnader om 2 500 kronor per sluten plats och cirka 1 600 kronor per öppen plats.

Samma räkneexempel beträffande LVM-hemmen, men med en antagen genomsnittlig beläggningsgrad om 80 procent, ger en avgift per dygn om cirka 1 800 kronor för en sluten plats och drygt 800 kronor för en öppen.

6.5.4 Överväganden och förslag beträffande vårddygnsavgifterna

Utredningen föreslår som princip att vårddygnsavgiften för § 12-hemmen differentieras i tre nivåer med hänsyn till vårdinsats och faktiska kostnader. Vidare bör avgiftsnivåerna anpassas sinsemellan så att dramatiska kostnadsförändringar vid förflyttningar mellan vårdformerna kan undvikas. Slutligen bör avgifterna vid § 12-hemmen liksom vid LVM-hemmen generellt vara högre än avgifterna vid motsvarande hem för vård eller boende enligt socialtjänstlagen för att motverka att tvångsplaceringar görs av ekonomiska skäl.

Den högsta avgiften bör tas ut för *(1) akut- och utredningsinsatser*. En lägre avgift bör gälla för *(2) behandlingsinsatser* av längre varaktighet medan hemmens insatser i samband med *(3) utslussning och eftervård* bör betinga den lägsta avgiften.

Utredningen har diskuterat en särskild avgift vid de specialavdelningar, som utredningen föreslår skall inrättas för de mest brotts- och rymningsbenägna ungdomarna. Utredningen har, som redovisats i avsnitt 6.5.2, föreslagit ett högre statsbidrag för dessa platser. Dock föreslår utredningen, i avvaktan på erfarenheter av hur dessa avdelningar kommer att utnyttjas och vilka extra kostnader de innebär, samma avgift som för övriga akut- och utredningsavdelningar.

Avgiften/ersättningen för hemmens stödinsatser i samband med utslussning bör enligt utredningens förmenande, åtminstone inledningsvis, avtalas mellan respektive institution och kommun utifrån det enskilda fallet. Självkostnadsprincipen bör därvid gälla.

Vid § 23-hemmen bör avgiften differentieras mellan öppna och slutna platser.

Utredningen bedömer att ovan föreslagna avgiftsdifferentiering ger de olika vårdformerna mer likvärdiga förutsättningar än en enhetlig prissättning oavsett vårdform. Konsekvent genomförd borde den t ex kunna bidra till ökad klarhet om den aktuella efterfrågeminskningen på behandlingsplatser på § 12-hemmen beror på avgiftsnivån eller på andra faktorer.

En annan principiell fråga är om ett system med centralt beräknade enhetsavgifter skall tillämpas eller om avgifterna skall tillåtas variera mellan hemmen i förhållande till faktiskt redovisade kostnader.

En fördel med enhetliga avgifter är att kommunerna får bättre förutsättningar att planera sina insatser och bedöma anslagsförbrukningen. De kan också koncentrera sig på vårdinnehåll och behandlingsresultat vid bedömning av olika placeringsalternativ.

Ett alternativ är att fastställa avgiften för varje institution för sig med hänsyn till specifika ekonomiska förutsättningar. På så sätt kan viss

konkurrens upprätthållas mellan hemmen, vilket i sig kan medverka till ökade ambitioner, vilja att marknadföra sin institution inför kommunerna/beställarna, ökat kostnadsmedvetande etc.

Utredningen föreslår att ett system med för hela landet enhetliga avgifter för ovanstående vårdinsatser tillämpas inledningsvis. Efterhand bör dock avgifterna kunna differentieras även mellan hemmen bl a med ledning av bedömningar av de behandlingsformer och principer för fördelning av klienter som utvecklas i den nya organisationen. Det bör dock noteras att en högre bemanning eller högre kostnader vid en institution *i sig* inte skall utgöra argument för en avgiftshöjning. Grunden skall vara klart urskiljbara kvalitéter i den vård som bedrivs.

6.5.5 Nivån på vårddygnsavgifterna

Utredningen har bedömt vilka avgiftsnivåer som de ovan föreslagna principer kan leda till. Underlaget för bedömningen är begränsat och osäkerheten i slutsatserna därför stor.

Utredningen anser, att avgifter i nivå med de exempel på beräknade genomsnittliga vårddygnsavgifter på § 12- hemmen som redovisats ovan, 2 500 kronor för akut- och utredningsinsatser och 1 600 kronor för behandlingsinsatser, med nu aktuella förutsättningar är rimliga med hänvisning till de avgiftsprinciper som utredningen föreslår. Dessa avgifter skulle innebära en sänkning i förhållande till den avgift som många § 12-hem nu debiterar, men samtidigt ändå vara högre än för majoriteten av hemmen för vård eller boende enligt socialtjänstlagen.

De avgifter som på samma sätt beräknats för § 23-hemmen, 1 800 kronor respektive 800 kronor, synes även de ligga på en rimlig nivå i förhållande till föreslagna principer.

6.5.6 Kostnadsutvecklingen för vårdavgifterna

Utvecklingen av vårddygnsavgifterna framöver bestäms av omfattningen och formen för statens fortsatta resursinsats inom den givna totalramen samt av kostnadsutvecklingen vid hemmen.

Utredningen har ovan lämnat förslag till och, med ledning av aktuellt platsantal och platsfördelning, beräknat det statliga stödet.

Vad gäller verksamhetens kostnader hänför sig den dominerande delen, uppemot 75 procent, till löner och andra personalutgifter. Beträffande denna kostnad förväntar sig utredningen en ökning i linje med den allmänna löneutvecklingen.

Det är svårare att förutse utvecklingen av lokal- och administrationskostnaderna, som även de är av den storleksordningen att de har en reell effekt på vårdavgifternas nivå. Dessa frågor kommenteras mer detaljerat i kommande avsnitt.

Utredningen förutsätter att administrationskostnaderna kommer att minska till följd av statens övertagande.

Vad gäller lokalkostnaderna bedömer utredningen att dessa inte kommer att öka genom det statliga huvudmannaskapet i sig. Kommunerna kommer på samma sätt som hittills att via avgifterna få finansiera den del av investeringskostnaderna för om- och tillbyggnader som inte täcks av statliga anslag (se avsnitt 6.5.2). Som en konsekvens av förslaget om enhetliga avgifter kommer dock sådana investeringskostnader, till skillnad från vad som nu är fallet, att fördelas lika mellan alla placerande kommuner.

Enligt utredningens samlade bedömning torde ett förstatligande av tvångsinstitutionerna i enlighet med utredningens förslag ge förutsättningar för inledningsvis något lägre vårddygnsavgifter än vad som skulle varit fallet vid ett oförändrat delat kommunalt huvudmannaskap. På sikt ökar de dock till följd av den satsning på upprustning av institutionerna som föreslås för att möjliggöra en särskilt noggrann tillsyn i vissa fall och för en viss allmän utbyggnad av platstillgången.

6.5.7 Administrationskostnader

Med ledning av de uppgifter som huvudmännen lämnat om budgetomslutning, bemanning, platsantal samt principer för beräkning av vårddygnsavgiften har utredningen uppskattat den samlade kostnaden för huvudmännens centrala administration – dvs den kostnad man debiterar i vårddygnsavgifterna – till i storleksordningen 40 Mkr varav cirka hälften avser § 12 - hemmen. Här ingår då en rad olika kostnader bl a lönekostnader, hyresandelar av centrala förvaltningsbyggnader, kostnader för databearbetning, andel av kostnaden för den politiska organisationen, utbildning, rekrytering, annonsering etc. Vilka centrala kostnader som belastar vårddygnsavgiften liksom storleken på det administrativa påslaget varierar mellan olika huvudmän.

I utredningens organisationsalternativ Helstatlig organisation förutsätts staten överta ovanstående uppgifter från nuvarande huvudmän. Den nyinrättade centralmyndigheten skulle då svara för all central administration. Centralmyndighetens slutliga utformning vad gäller bl a funktioner och bemanning och därmed kostnaderna för densamma kan på detta stadium inte preciseras.

Utredningen har emellertid uppskattat bemanningen till högst 40 anställningar. Denna uppskattning har gjorts på flera grunder.

Utredningen har gjort en översiktlig beräkning av personalbehovet med ledning av de funktioner/arbetsuppgifter som anges i avsnittet 6.1 Organisationen i funktionstermer.

Utredningen har vidare överslagsmässigt jämfört den föreslagna organisationen, som i utgångsläget skulle (inklusive LVM-vården) omfatta 67 institutioner med cirka 1 800 vårdplatser och cirka
2 500 anställda, med de enheter inom Stockholms och Göteborgs socialförvaltningar som svarar för ledning och drift av socialtjänstens hem för vård eller boende, däribland ungdoms- och missbrukarinstitutionerna enligt LVU och LVM.

Administrationen vid Behandlingsbyrån inom Stockholms socialförvaltning, som svarar för närmare 1 500 platser fördelade på ett 50-tal missbrukarinstitutioner (inklusive LVM) av olika slag med fler än 1 000 anställda, uppgår till cirka 25 anställningar.

Motsvarande uppgifter för Göteborgs Institutionsförvaltning, med ansvar för såväl barn- och ungdoms- som missbrukarinstitutionerna, är cirka 25 administratörer för 22 institutioner med 600 platser och cirka 650 anställningar.

Viss ledning för dimensioneringen ger även uppgiften att Socialstyrelsen före 1983 avdelade cirka 70 personer för i huvudsak de uppgifter som den nya myndigheten förväntas utföra. Sedan 1983 har utvecklingen inom den offentliga förvaltningen inneburit mycket kraftiga rationaliseringar inom administrationen.

Det är också utredningens uppfattning att den nya myndighetens administration inledningsvis bör bemannas restriktivt.

I ett räkneexempel med 40 anställda och en genomsnittlig lönenivå om 17 000 kronor per månad skulle, med tillägg för personalförsäkringar samt ett påslag för lokalkostnad och arbetsredskap med 20 000 kr per anställd, den totala personalkostnaden uppgå till cirka 13 Mkr per år. Låter vi – vilket kan vara rimligt för denna typ av verksamhet – personalkostnaderna uppgå till 65 procent av hela omslutningen skulle den senare bli cirka 20 Mkr per år. Med reservation för osäkerheter synes detta räkneexempel ändå visa på en administrativ rationaliserings- och besparingspotential vid en centralisering av administrationen.

I entreprenadalternativet tecknar staten avtal med nuvarande huvudmän var för sig angående den administrativa driften av respektive hem. Det får vid detta alternativ förutsättas att entreprenörerna utformar sina administrativa funktioner så att kostnaderna inte blir högre än i det helstatliga alternativet.

Utredningen föreslår att administrationskostnaden – oavsett organisationsalternativ – liksom hittills skall belasta vårddygnsavgifterna. Utredningens huvudmotiv för att även i en helstatlig organisation förorda denna lösning, är att administrationskostnaderna därmed mer direkt blir en angelägenhet för kommunerna. Detta faktum bör kunna tjäna som en "prispress" och stimulera till en effektiv och rationell administration.

6.6 Förslagens konsekvenser

6.6.1 Grundläggande krav

I det föregående har diskuterats ett antal grundläggande problemområden för tvångsvården, som också i varierande grad uppmärksammats i debatten och i olika utredningar. Diskussionen avser både § 12-vården och missbrukarvården. De grundläggande syftena och frågeställningarna visar stora likheter för vårdformerna, som också båda bygger på ett likartat regelverk.

Dessa vårdområden utgör ett komplext problemområde, där olika aspekter på verksamheten går in i varandra, och där bedömningen utifrån en aspekt i vissa fall leder till motstridiga slutsatser, jämfört med en annan bedömningsgrund.

De grundläggande krav som kan ställas på vårdformerna kan sammanfattas med att organisationen skall uppfylla krav på:

- dimensionerng – balans mellan utbud och efterfrågan
- differentiering
- närhet
- utvecklat vårdinnehåll
- kontinuitet, inklusive samverkan med andra vårdformer
- flexibilitet – anpassning i tid och rum
- styrbarhet – en vård i enlighet med huvudmannens intentioner som leder till avsedd måluppfyllelse
- ekonomisk hushållning

Till dessa krav bör vid en samlad bedömning läggas krav på organisationens förmåga att tillgodose behovet av samverkan mellan tvångsinstitutionerna, den öppna socialtjänsten och andra institutioner. Organisationsförändringens tänkbara effekter på verksamheten inom närliggande vårdområden och dess förutsättningar att fungera bör också beaktas.

I avsnitt 5.3 Organisationsprinciper har diskuterats de krav som bör ställas på en organisation för att den skall kunna fungera effektivt. Bland dessa krav kan bl a nämnas:

- Organisationen skall vara enkel och tydlig, med klara beslutsvägar och få mellanled. Ansvaret skall vara odelat och klart uttalat.
- Uppbyggnaden av organisationen bör ta sin utgångspunkt i de krav som verksamheten på fältet ställer. Detta innebär bl a en långt gående delegering av beslutsfattandet och en styrning genom mål och resultatuppföljning i stället för genom detaljerade regler. Men samtidigt krävs en stark och enhetlig ledning för organisationen, som kan lägga fast och följa upp de grundläggande målen och strategierna.
- Fördelningen av arbetsuppgifter inom organisationen bör ta som sin utgångspunkt en direktkontakt mellan den lokalt baserade verksamheten och de olika klientgrupperna, vilket ger utrymme för profilering och anpassning av utbudet efter de krav som ställs på de tillhandhållna tjänsterna.
- Organisationen bör vara flexibel, så att den kan ändras efter nya förutsättningar och utnyttja de erfarenheter som kan dras genom en fortlöpande lärprocess.

Tillgodoseendet av kravet på balans mellan utbud och efterfrågan såväl i ett kortsiktigt perspektiv som när det gäller att på längre sikt med konsekvens och uthållighet genomföra erforderliga utbyggnadsplaner.

Avvägningen mellan differentiering och närhet. Hur skall kraven på närhet kombineras med behoven av differentiering? Den regionala differentieringen har här en viktig uppgift att fylla.

Anpassning av vårdinnehållet till de intagnas behov, problem, resurser och förutsättningar i övrigt. Hur kan man få till stånd en vård och behandling som väl tar tillvara vetenskapliga rön och beprövad erfarenhet.

Former för intagning och utskrivning, som tar i beaktande både den lokala kunskapen och behovet av en samlad resursplanering. Här aktualiseras också möjligheterna till "vård utom skola".

Ett beaktande av dessa olika bedömningsdimensioner ställer krav på överväganden och beslut som bl a kräver hänsyn till:

Finansierings-, bidrags- och avgiftsformer, som dels möjliggör den önskade styrningen av efterfrågan, dels skapar möjligheter till en manifesterad efterfrågan från kommunernas sida, som är i paritet med det reella behovet.

Utformningen av organisationen så att den möjliggör en god och effektiv vård, både vad avser det samlade vårdsystemet, med avvägningen mellan den centrala myndigheten och institutionerna och i fråga om verksamhet och arbetsformer inom dessa olika enheter.

Fastställande och uppföljning av kompetenskraven på ledning och övrig personal vid institutionerna och övriga organ samt former och resurser för lednings- och personalutveckling.

Skapande av arenor och samverkansformer som gör det möjligt att utnyttja den forskning och det utvecklingsarbete om behandlingsformer och deras effekter som bedrivs vid universitet och högskolor och inom övriga utvecklingsorgan.

I utredningen läggs fram ett antal förslag som i fråga om dessa ovan angivna beslutsområden syftar till att skapa en mer ändamålsenligt fungerande verksamhet.

6.6.2 Likheter hos de jämförda organistionsalternativen

I enlighet med direktiven analyseras i utredningen två huvudalternativ för statens styrning av tvångsvården: det ena baserat på ett "statligt totalansvar" – det som i rapporten kallas helstatlig organisation, det andra på ett översiktligt statligt ansvar, förenat med upphandling av tjänster på entreprenad via kommuner och landsting, statlig organisation med entreprenad. Som tidigare berörts visar de båda alternativen stora likheter sinsemellan, i så måtto att den centrala myndigheten direkt styr den lokalt baserade verksamheten via riktlinjer och föreskrifter, i det förra fallet direkt "genom linjen", i det senare fallet genom kontakter och avtal med de tidigare huvudmännen – kommuner/ landsting.

De presenterade alternativen, som äger tillämpning på såväl § 12-vården som missbrukarvården, visar många likartade drag. De tar också sin utgångspunkt i regler och former för vårdens bedrivande, som är i stort sett desamma i de båda alternativen. Detta gäller t ex kriterierna och formerna för intagning och utslussning samt reglerna för bidrags- och avgiftssystem.

För den övergripande ledningen, planeringen och samordningen av den samlade verksamheten inom landet samt med ansvar för stöd till institutionerna och deras kompetensutveckling återfinns i båda alternativen en central myndighet, vars dimensionering och uppgifter visar för dessa likartade bilder. I båda alternativen förekommer någon form av regional samordning, som bl a skapar arenor och kanaler för kommunikation och erfarenhetsutbyte.

På samma sätt förutsätts i båda alternativen att de lokala institutionerna ges ett tydligt och väl definierat driftsansvar för den löpande verksamheten. Denna skall i görligaste mån ha sin grund i principerna för målstyrning, som bygger på en begränsad regelstyrning. Styrningsformen har i stället för den traditionella planeringsmodellen sin tyngdpunkt i formulering av mål och bedömningskriterier samt vid uppföljning och bedömning av prestationer och kostnader, inom ramen för gällande övergripande principer, direktiv och regelverk.

6.6.3 Olikheter mellan organisationsalternativen

När det gäller olikheter mellan alternativen, kan bl a följande förhållanden framhållas:

a) I det helstatliga alternativet är innebörden i de grundläggande arbetsgivare-/personalansvaret entydigt och likformigt över hela landet. All personal är anställd av staten. I entreprenadalternativet, där detta ansvar för vissa institutioner ligger kvar hos de tidigare huvudmännen kommuner/landsting, är detta ansvar för landet i dess helhet dels för den samlade tvångsvården uppdelat mellan olika parter (stat/kommun), dels för de olika institutionerna fördelat på olika (kommunala/landstingskommunala) arbetsgivare, vilket bl a kan leda till olika situationer för och utfall av förhandlingar och personalpolitik.

Det förutsätts sålunda, eftersom entreprenadlösningen vilar på frivilligheten grund, att i fråga om detta alternativ vissa institutioner kommer att drivas på entreprenad av kommunala organ medan andra sorterar direkt under den centrala myndigheten. Skillnaderna i detta avsende kan bl a få effekter för koncentrationen av och konsekvensen i rekryterings- och utbildningsinsatserna, liksom för möjligheterna att få till stånd en efter de varierande förhållandena i olika delar av landet i dessa avseenden differentierad politik.

b) Beslutsgång, delegering och kommunikation sker i det helstatliga alternativet inom ramen för gällande auktoritetsrelationer och informationssystem, medan entreprenadalternativet bygger på förhandlingar och att institutionerna i sina kontakter utnyttjar ett vidare och flexiblare kommunikationsnät, såväl med entreprenören som med den centrala myndigheten.

c) Det helstatliga alternativet förutsätter bara två nivåer i den samlade organisationen – den centrala myndigheten och institutionerna, medan entreprenadformen för vissa frågor inför kommuner/landsting i organisationen som ett mellanled mellan dessa två instanser.

d) I varje fall under ett övergångsskede kan en betydelsefull skillnad mellan alternativen vara att entreprenadformen i stort sett möjliggör en fortsatt verksamhet för institutionerna med samma arbetsgivareansvar som tidigare, medan alternativet med en helt statlig organisation kan föra med sig vissa övergångsproblem i samband med förändringen av huvudmannaskapet.

Men omvänt kan det härvid hävdas att en sådan markerad förändring av de grundläggande arbetsförhållanden i vissa fall kan skapa en positiv förändringsimpuls, som kan medföra nytänkande och uppbrytning ur invanda arbetsmönster.

6.6.4 Jämförelse mellan alternativen

Nedan görs ett försök till en sammanfattande beskrivning och analys av de för- och nackdelar, som är förknippade med de jämförda alternativen. Denna tar sin utgångspunkt i de ovan diskuterade bedömningskriterierna.

Effekterna av de olika organisationsförslagen kan dels bedömas snävt enbart med hänsynstagande till hur den statliga verksamheten i sig påverkas, dels i ett vidare perspektiv, där man också beaktar effekterna för de övriga samhällsorgan, som är involverade i verksamheten, i första hand kommuner och landsting. Bedömningen i det följande kommer att utgå från detta senare, samhällsekonomiska perspektiv.

Kostnadsseffektiviteten

Bedömningen av resurshushållningen tar sin utgångspunkt i ett försök till uppskattning av de totala kostnaderna för det i tvångsvården involverade samhällssystemet. I princip skall bedömningen utgå från ett fastställande av självkostnaden för de insatser för denna vårdgren som görs av de olika samhällssektorerna, och alltså ej enbart baseras på de på kort sikt tillkommande särkostnaderna.

Det bör också påpekas att en sådan kostnadsuppskattning ej enbart kan baseras på ett försök till mekanisk "summering" av de "teoretiskt" beräknande arbetsinsatserna på olika nivåer. Viktigare torde härvid vara att beakta hur handläggningskedjans längd och komplexitet påverkas, liksom den erforderliga handläggningstiden. Många led i beslutskedjan skapar ofta onödigt dubbelarbete. Den reella kostnaden är ofta starkt beroende av formerna för och längden av handläggningskedjan, dvs antalet "stationer" som ett ärende skall passera på vägen fram till beslut eller åtgärd.

Alternativet Helstatlig organisation har den enklaste organisationsformen med korta och direkta beslutsvägar och utan förekommande mellanled i organisationen. Förutsättningar finns att bygga upp ett smidigt och väl fungerande styrsystem. För att förverkliga målstyrningens ambitioner krävs emellertid att det vid institutionerna finns god kompetens för ledning och administrativt stöd, och motsvarande resurser måste finnas på den centrala nivån.

I entreprenadalternativet blir beslutsvägarna längre genom tillskapandet av en – för vissa frågor – dubbel organisation på fältet (kommun – institution), även om i det senare fallet institutionernas kontakter med den centrala myndigheten och dennas behov av ledningsresurser kan väntas bli mindre. Men totalt sett torde den samlade administrativa bördan inom samhällssystemet tendera att bli större i entreprenadalternativet än med en verksamhet i en helstatlig organisation.

Kompetensutvecklingen

Om man i ett vidare perspektiv ser på förutsättningarna för en långsiktig kunskaps- och kompetensuppbyggnad, torde även här alternativet Helstatlig organisation ha klara fördelar. Det blir med en sådan organisation lättare att bygga upp och följa den för personalen vid institutionerna önsvärda samlade utbildningen, liksom det också finns bättre förutsättningar för en för landet i dess helhet samlad resursplanering, vad avser rekrytering och rörlighet av chefer och övrig personal.

Likaså torde möjligheterna till kontakter med samt initiering och uppföljning av forskningen inom relevanta kunskapsområden lättare kunna genomföras i den helstatliga organisationen. En förutsättning för detta är givetvis att dessa processer för kunskapsutveckling och kunskapsöverföring planeras och genomförs i nära kontakt med verksamheten på fältet och att man inom den samlade organisationen finner vägar att föra vidare nedåt och tydliggöra den kunskapsuppbyggnad som sker genom bl a forskningsinsatser och för systemet och dess olika delar gemensamt utvecklingsarbete.

Styrning och samordning

Alternativet med en helstatlig organisation erbjuder förutsättningar för en samlad nationell planering och styrning, som ger möjligheter till uppbyggnaden av en gemensam kunskapsbas och tillämpningen av enhetliga principer och riktlinjer. Den centrala myndigheten ges i detta alternativ bättre möjligheter att kunna planera för en institutionsuppbyggnad i ett långsiktigt perspektiv och att också vid behov kunna inrätta och utnyttja institutioner med speciella vårdmöjligheter, där efterfrågan på platser från de enskilda kommunerna eller regionerna ter sig otillräcklig.

Som ovan berörts blir dock skillnaderna härvidlag inte särskilt påfallande, vid en jämförelse med entreprenadlösningen, där den centrala myndigheten står i direktkontakt med berörda kommuner och landsting, även om den för vissa frågor "dubbla" beslutskedjan inom den samlade organisationen kan försvåra en implementering av de nationella målen och ambitionerna.

När det gäller möjligheterna till samordning och gemensam planering inom kommunerna på det regionala planet, kan möjligheterna till en mer fortlöpande och verklighetsbaserad samordning och resursplanering inom dessa områden förväntas vara större i entreprenadalternativet.

Men samtidigt måste man framhålla att det i varje fall när det gäller planeringen för en region, som innefattar flera kommuner/landsting, det är förenat med svårigheter att i samspelet mellan dessa aktörer skapa och rätt utnyttja ändamålsenliga former för en sådan samverkan. Tillämpningen och samordningen av olika planeringsinstrument, såsom t ex vårdresursplanerna,

visar sig också lätt bli resurskrävande och på grund av utvecklingen inaktuella, och det kan vara svårt att i praktiken följa upp och anpassa verksamheten inom en kommun eller en region efter de fastlagda planerna.

Differentiering och flexibilitet

Som tidigare behandlats är en förutsättning för en vård som ger goda behandlingseffekter att kraven på differentiering, närhet och flexibilitet kan tillgodoses. Önskemålen om differentiering och närhet kan i vissa fall komma i motsatsställning till varandra. På det nationella planet ger alternativet med en helstatlig organisation bättre förutsättningar för en riksomfattande differentiering, som dock gör det svårt att i alla fall tillgodose närhetskraven.

Men det är också viktigt att en sådan differentiering kan komma på det regionala planet. Likaså måste vårdens inriktning smidigt kunna anpassas efter de behov som finns och som kan förutses inom dessa geografiskt avgränsade områden. Det kan antas att möjligheterna till en sådan anpassning, som givetvis måste ske inom ramen för övergripande principer och direktiv, bättre kan tillgodoses i helstatliga alternativet. Men även här måste man beakta att en sådan flexibel anpassning till behov och efterfrågan ofta hämtar sin förnyelsekraft från de direkta kontakter på fältet som man har vid de enskilda institutionerna och från de intitiativ som tas av dessa.

Samverkan öppen-sluten vård

Behovet av nära och smidig samverkan mellan den slutna tvångsvården och den öppna socialtjänsten torde kunna tillgodoses både med den helstatliga organisationen och den entreprenadlösning som utredningen föreslår. Det hinder i form av geografiskt avstånd och ändrade rutiner för intagning som befarats försvåra en samverkan uppvägs av att organisationen får en regional profil i fråga om resursutbudet samt ett enhetligt intagningsförfarande. En strävan efter närhet i samband med intagningsbesluten kommer att medföra att socialnämnderna i respektive region får ett begränsat antal samarbetspartners i tvångsvårdsfrågor. Den långtgående decentralisering av behandlingsansvaret som utredningen föreslår medför att dialogen socialnämnd – behandlingsansvarig begränsas till den lokala nivån.

Balansen mellan utbud och efterfrågan

Resursdimensioneringen, vad avser balansen mellan utbudet av och efterfrågan på vårdplatser såväl på nationell som på regional och kommunal nivå, är viktig med tanke på både möjligheterna till en effektiv, till individen anpassad vård och förutsättningarna för ett effektivt resursutnyttjande. Det resonemang som förts i avsnittet ovan kan även här i stort tillämpas. Alternativet med en helstatlig organisation ger bättre förutsättningar för en sådan nationellt anpassad resursplanering, medan i entreprenadalternativet de enskilda kommunerna, eventuellt inom ramen för en överenskommelse om regional samverkan, genom sin nära kontakt med institutionerna och den löpande samverkan med övriga kommunala vårdformer, i varje fall i det kortare tidsperspektivet kan åstadkomma en smidigare anpassning mellan utbud och efterfrågan.

Men även här är det viktigt att beakta att det ytterst är de enskilda institutionernas kontakt med fältet och deras initiativ till ändrad verksamhetinriktning, som skapar grundvalarna för att en sådan löpande anpassning mellan utbud och efterfrågan kommer till stånd. För att möjliggöra en sådan blir utformningen av systemen för finansiering och bidragsformer samt avgiftskonstruktionen av stor betydelse.

6.6.5 Sammanfattande bedömning

Som framgår av det föregående finns starka skäl för det helstatliga alternativet, samtidigt som många skäl också talar för att öppna möjligheten att utnyttja alternativet med statlig organisation med entreprenad.

Utredningen utgår ifrån att det fortsatta beredningsarbetet inför statsmakternas slutliga beslut kommer att tillföra värdefulla kompletterande synpunkter till ytterligare belysning av denna fråga.

6.7 Finns ytterligare alternativ?

I den allmänna debatten om denna huvudmannaskapsförändring och vid diskussioner som utredningen fört med företrädare för nuvarande huvudmän, har önskemål framförts om en organisation som, inom ramen för ett statligt huvudmannaskap, skulle medge ett större inflytande för berörda kommuner och landsting i en region. Modellen kan närmast beskrivas som en uppstramad och formaliserad vidareutveckling av de försök till samordning som nu pågår inom flera regioner. En skiss till en sådan organisation skulle i hårt sammandrag kunna se ut som följer.

Utgångspunkten är att staten genom huvudmannaskapet får nödvändig och tillräcklig kontroll över verksamheten för att kunna uppfylla de grundläggande kraven vad bl a avser tillgång och differentiering.

Den statliga centralmyndighetens ansvar begränsas i praktiken till övergripande ledning och uppföljning av regionalt organiserad verksamhet.

Ett regionalt ledningsorgan, vars uppgifter kan fullgöras av en dominerande kommun alternativt ett landsting eller av ett för uppgiften bildat kommunalförbund, svarar för den regionala verksamhetsmässiga samordningen av behov och resurser.

I avtal mellan centralmyndigheten och regionen genom ledningsorganet regleras villkoren för regionens åtagande, dvs att internt inom regionen klara alla behov av placeringar på § 12- och LVM-hem. Det innebär att bl a följande ska regleras.

Utgångsläget – huvudmannen och regionledningen förutsätts bli eniga om en beskrivning av nuläget inom regionen vad avser behov, tillgängliga platser, grad av differentiering etc.

Omdisponering/avveckling/utbyggnad/komplettering – dvs vad som behöver ändras i förhållande till utgångsläget för att åstadkomma balans mellan efterfrågan och utbud.

Statens ekonomiska stöd till regionen – omfattning och villkor för statens stöd vad gäller t ex driften samt eventuell förändring eller utbyggnad.

Regionens eventuella åtagande för andra regioner – om regionen t ex skall inrätta och driva avdelningar med krav på särskilt hög bevakning

Utbildning, utveckling, forskning – premisser för huvudmannens ekonomiska och metodmässiga stöd till forskningsprojekt inom regionen och ansvar för och bidrag till utbildningssatsningar.

Regional intagningsfunktion – hur regionledningen ska inrätta denna samt spelreglerna för intagning vad avser t ex arbetsfördelning mellan huvuman och regionledning, föreståndarnas inflytande på placeringar mm

Rapporteringsskyldighet – formerna för rapportering av ansökningar/placeringar etc inom regionen till centralmyndigheten bl a för att användas som underlag för uppföljning och utvärdering/forskning

Vårdavgift – huvudprinciper för fastställande av vårdavgifter, vilket i detta alternativ förutsätts vara entreprenörens ansvar.

En delvis annorlunda modell, men som ändå belyser vissa av de frågor som sammanhänger med en mer utvecklad entreprenadorganisation, har med ekonomiskt stöd från socialstyrelsen utarbetats inom socialvårdsenheten vid landstinget i Jönköping. Den beskrivs i en rapport, "Region SYD -rapport om behov och resurser med anledning av riksdagens beslut om förändrat huvudmannaskap för den tunga missbruks och ungdomsvården (LVM och LVU)", som bilägges utredningen. (Bilaga 4)

Vid bedömning av möjligheterna att som ett alternativ föra fram en sådan mer utpräglad entreprenadmodell har utredningen haft följande utgångspunkter.

1 Frivillighet ska gälla för kommuner och landsting att ingå entreprenadavtal av alla former för drift av tvångsinstitutioner. Det är endast staten som genom lagstiftningen åläggs att inrätta och driva institutioner enligt LVU och LVM. Varje annan lösning återför i princip situationen till vad som gäller idag.
2 Organisationen måste kunna lösa de problem som utredningen redovisar i avsnitt 6.6, framför allt kommunernas svårigheter att kunna placera ungdomar och missbrukare p g a platsbrist och bristande differentiering, och som var huvudmotivet för riksdagens principbeslut om statligt huvudmannaskap för § 12-hemmen.
3 Organisationen måste vad gäller ansvarsförhållanden, beslutsordning och arbetsformer vara tydlig, beslutskapabel och rationellt utformad.
4 De juridiska förutsättningarna för att ex vis ett kommunalförbund skall kunna driva hårt lagreglerad verksamhet av utpräglad myndighetskaraktär måste vara entydigt utredda och klarlagda.

Utredningen har bedömt att den skisserade organisationsformen inte på någon punkt klart uppfyller dessa förutsättningar.

Det finns här anledning att observera den kritik som på senare år uttryckts mot nuvarande organisation och som klart uttrycks i socialutskottets betänkande. Utredningen har uppfattat att en väsentlig orsak till de aktuella problemen är det delade kommunala huvudmannaskapet och de oklarheter som följt av detta. Det finns ingen anledning att anta att dessa oklarheter skulle undanröjas genom ett avtal mellan en statlig huvudman och frivilliga kommunala samarbetsorgan. Istället tillförs, enligt utredningens övertygelse, i denna typ av organisationsmodell ytterligare oklarheter – problem som kan hänföras till dubbelt huvudmannaskap med oklara ansvarsgränser förutsätts här lösas avtalsvägen. I princip när som helst kan någon part, kommun eller landsting, frånträda samarbetet.

Utöver problem av angiven art inom en region, tillkommer svårigheter som följer av att man utan vidare kan utgå ifrån att sådan frivillig samverkan inte kommer att uppstå inom hela landet. Centralmyndigheten skulle m a o under alla förhållanden få ta på sig det fulla verksamhets- och arbetsgivaransvaret för – med all sannolikhet – ett stort antal av institutionerna.

Utredningens slutsats är att den typ av organisationslösning som skisserats i detta avsnitt inte är förenlig med utgångspunkten för statens huvudmannaskapsansvar. Det angivna alternativet får istället ses som samlade tankegångar för hur en effektivisering och uppstramning av verksamheten inom ramen för nuvarande lagstiftning skulle kunna ske.

Utredningen noterar att frågan om möjligheterna att lösa föreliggande mycket stora problem inom i princip oförändrade ramar, som framgått av det föregående varit föremål för upprepade riksdagsbehandlingar. Först sedan det visat sig att sådana lösningar inte står till buds, har beslut om ändrat huvudmannaskap fattats. Det är utredningens uppfattning att det är väl motiverat att nu fullfölja beslutet på ett sätt som undanröjer de stora strukturproblem som bedömts vara en väsentlig orsak till de brister i tvångsvården som föreligger.

7 Genomförande

7.1 Steg i genomförandet

7.1.1 Allmänna förutsättningar

Utredningen har noterat att det bland den berörda personalen såväl centralt på kommuner och landsting som på institutionerna finns en viss oro över beslutet om ändrat huvudmannaskap. Denna oro behöver inte bero på en uppfattning i sakfrågan - för eller emot ett förstatligande. Den är också ett uttryck för känslor inför omorganisationer som sådana. Den förra genomgripande organisationsförändringen ligger knappt tio år tillbaka i tiden. För många och för täta omorganisationer med åtföljande förändringar av arbetsförutsättningarna utgör ett hot mot personalens arbetsglädje och ambition.

Av bl a ovanstående skäl förordar utredningen att denna organisationsförändring genomförs varsamt och med stor hänsyn till berörd personal. För att undvika en utdragen process föreslår utredningen dessutom att organisationsförändringen genomförs i ett sammanhang dvs så långt möjligt utan särskilda, och i tiden utdragna, övergångslösningar.

7.1.2 Tidplan för genomförandet

Utredningens utgångspunkt har varit att riksdagen under hösten 1992 skall fatta beslut vad gäller principer och huvudsaklig form för statens huvudmannaskap. Därmed skulle formella förutsättningar föreligga för ett ändrat huvudmannaskap fr o m den 1 januari 1993. Utredningen vill dock peka på att arbetet med detaljorganisation, bemanningsfrågor etc för den nya myndigheten och - inte minst - förhandlingarna med nuvarande huvudmän om den ekonomiska regleringen samt frågor i samband med överförande av personal, bör ges ytterligare tid innan förändringar träder i kraft. Väljes en senare tidpunkt för huvudmannaskapsskiftet, ex vis 1 juli 1993 eller, ännu hellre, 1 januari 1994, förbättras förutsättningarna för den nya huvudmannens övertagande. Valet av datum för den formella övergången kommer även att styra tidpunkten för att utse den särskilda organisationskommitté, som enligt utredningens uppfattning bör ges uppgiften att i detalj utforma den organisation som riksdagen förordat. Strukturen i stort torde framgå av utredningens alternativa organisationsförslag.

7.1.3 Myndighetens instruktion

En instruktion för den nya statliga myndigheten behöver snarast utformas. Den bör ange och reglera myndighetens ansvar och uppgifter bl a vad gäller

- o Juridiska förutsättningar för myndighetsutövning
- o Huvudmannaskapets innehåll och omfattning
- o Regler och former för intagning av klienter
- o Formella relationer till de lokala enheterna/institutionerna
- o Planering och drift av verksamheten inklusive inrättande, förändring och avveckling av institutioner och vårdplatser
- o Avtal med entreprenörer
- o Arbetsgivarrollen
- o Samrådsformer med kommunerna/beställarna

7.1.4 Personalfrågor

Allmänt gäller givetvis att personalfrågorna vid denna som vid andra omorganisationer bör ges högsta prioritet. Som redovisats i det föregående är detta särskilt viktigt vid den här aktuella förändringen.

En given konsekvens av riksdagens beslut om statligt huvudmannaskap, anser utredningen, är inrättandet av en ny statlig myndighet för denna verksamhet. Myndighetens definitiva utseende vad gäller bemanning och funktioner är i viss mån avhängigt vilken organisationsstruktur som skall gälla, "helstatlig organisation" eller "entreprenadorganisation" samt beslut om huruvida även LVM – hemmen skall ingå i det statliga huvudmannaskapet.

De personalmässiga konsekvenserna av det förändrade huvudmannaskapet blir mindre omfattande i en *entreprenadorganisation*. Arbetsgivaransvaret för institutionspersonalen kvarstår i detta alternativ hos kommuner och landsting. Det är emellertid inte sannolikt att alla institutioner skulle stå kvar hos nuvarande huvudmän. Det rör sig alltså här mer om en volymfråga, den statliga centralmyndigheten kommer under alla förhållanden att få handlägga frågor som hänger samman med att utöva arbetsgivaransvaret.

I alternativet med *en helstatlig organisation* övergår arbetsgivaransvaret för institutionspersonalen med allt vad detta innebär till staten/den nya myndigheten. Det förutsätts att all personal på hemmen kan beredas anställning i den nya organisationen.

Kommunerna och landstingen får inte längre något lednings- och samordningsansvar för verksamheten, vilket således innebär att berörd personal förlorar dessa arbetsuppgifter. I den mån detta leder till

övertalighetsproblem blir dessa primärt en angelägenhet för nuvarande huvudmän. I enstaka fall kan - efter sedvanligt ansökningsförfarande - anställning vid centralmyndigheten vara ett alternativ.

Vad gäller institutionspersonalen krävs en inledande detaljerad kartläggning och probleminventering beträffande bl a

* befintlig personal (yrkesgrupper/kategorier/befattningar/antal/tjänstgöringsgrad etc)
* löne - och anställningsvillkor (skillnader mellan de olika huvudmännen inbördes samt i förhållande till staten)

Därefter bör en konkret handlingplan utarbetas avseende bl a

* förhandlingar med personalorganisationerna
* information/introduktion/utbildning till berörda

Under det statliga huvudmannaskapet t o m 1982 tillämpades det statliga lönesystemet med lönegrader och reglerade ålderstillägg, vilket ledde till en homogen lönebild med liten spridning inom de olika personalkategorierna. Genom att varje huvudman nu förhandlar lokalt med sina respektive hem och utan samordning med övriga huvudmän, har lönespridningen inom och mellan personalkategorierna ökat väsentligt. Till skillnader i grundlön kommer också olika lokala avtal om OB-tillägg etc för berörda personalgrupper.

Under 1980-talet har den offentliga sektorn inklusive statsförvaltningen alltmer gått över till system med individuell lönesättning. Enligt utredningens uppfattning bör även staten som arbetsgivare för den berörda institutionspersonalen, bl a av rekryteringsskäl och med hänsyn till önskemål om ökad differentiering mellan och inom hemmen, tillämpa ett system med individuell lönesättning. Med tanke på att en förändring av huvudmannaskapet i sig endast marginellt torde påverka arbetsförhållandena på hemmen, bedömer utredningen att lönekostnaden inte behöver öka direkt p g a ett statligt övertagande.

Vad gäller övriga anställningsförmåner finns fortfarande vissa skillnader mellan staten och kommunerna, trots att en generell utjämning skett under det senaste decenniet. Varje kommun och landsting har också suverän rätt att själv utforma personalpolitiska förmåner, varför stora skillnader kan finnas nuvarande huvudmän emellan. Utredningen har inte kunnat närmare kartlägga dessa. Dock har utredningen inhämtat att staten å ena sidan och kommun- och landstingsförbunden å den andra i förhandlingar den 6 maj 1981 avtalat om ett regelsystem för beräkning av bidrag till pensionskostnader för personal som vid förändrat huvudmannaskap övergår från kommunal till statlig pensionsrätt och vice versa. Detta avtal är tillämpligt även vid denna förändring.

Vad gäller personalöverföringen från nuvarande huvudmän till den nya myndigheten är det traditionella tillvägagångssättet att överlämnande huvudman säger upp anställningen för berörd personal samtidigt som den mottagande huvudmannen erbjuder ny anställning. En uppsägning från arbetsgivarens sida innebär att bestämmelserna i lagen om anställningsskydd (LAS) beträffande omplacering, uppsägning, företrädesrätt och förtursregler måste iakttagas.

Utredningen har erfarit att ett alternativt tillvägagångssätt tillämpats i samband med den s k Ädel-reformen. I det sammanhanget övertog kommunerna arbetsgivaransvaret från landstinget för cirka 50 000 sjukvårdsanställda. Modellen kan kortfattat beskrivas enligt följande.

Kommunen, som mottagande huvudman, erbjöd i särskild skrivelse/formulär berörda arbetstagare inom landstinget anställning inom den överförda verksamheten. Formuläret var utformat så att arbetstagaren samtidigt som han genom sin underskrift accepterade kommunens erbjudandet om anställning, också sade upp sin anställning hos landstinget. I den mån någon anställd inte accepterade kommunens erbjudande, blev ovan angivna LAS – bestämmelser tillämpliga.

Modellen visade sig ha fördelar för landstinget som avlämnande huvudman genom att man i stor utsträckning slapp det administrativa rutinarbete som LAS kräver vid uppsägningar från arbetsgivarens sida.

Fördelen för de anställda var att de gavs chansen att på ett aktivt och mer positivt sätt byta till ny huvudman utan omgången via en uppsägning.

För kommunen, som mottagande huvudman, innebar förfaringssättet ett krav på att i förväg informera om anställningsvillkor, arbetsorganisation, arbetsledning, arbetsuppgifter etc.

7.1.5 Lokal- och fastighetsfrågor

Under rubriken ryms två viktiga frågor. Först frågan om var i Sverige den nya myndigheten skall lokaliseras och i vilka lokaler den skall sitta. Utredningen har inte sett som sin uppgift att föreslå lokaliseringsort. Eftersom verksamhetens "tekniska kärna", institutionerna, ligger spridda i princip över hela landet kan någon "närhetsprincip" i det avseendet inte tillämpas.

Den andra – och mer komplicerade – frågan gäller ägandet och förvaltningen av institutionsfastigheterna. Skall staten mot skälig ersättning överta fastigheterna från nuvarande huvudmän eller är det bättre att staten träffar hyresavtal med dessa? Finns andra alternativa lösningar? Utredningen har bl a med hänsyn till den begränsade tiden inte kunnat

penetrera dessa frågor fullt ut. Erfarenheterna från den senaste huvudmannaskapsförändringen 1983, de uppgifter huvudmännen redovisat i enkätsvaren beträffande lokaler och fastigheter samt vad man muntligen framfört till utredningen pekar dock samstämmigt på att förhandlingar om ett statligt övertagande av fastigheterna kan bli komplicerade och utdragna.

Förvaltningen av fastigheterna sköts idag av nuvarande huvudmän dvs i flertalet fall olika landsting, i några fall kommuner och i enstaka fall kommunalförbund. Sammanlagt omfattas 28 huvudmän med tillsammans 67 hem av den verksamhet som staten skall bli huvudman för. Verksamheten bedrivs i byggnader som huvudmännen i vissa fall – oftast – själva äger och upplåter som institution och i andra fall hyr av annan lokalhållare. I några enstaka fall har fastigheterna tillförts nuvarande huvudmän genom donationer och dessa fastigheter förvaltas nu av stiftelser. I dessa fall torde ett överförande till staten inte vara aktuellt. Vissa fastigheter med tillhörande byggnader, bl a ett antal § 12 – hem, har staten överlåtit vederlagsfritt till nuvarande huvudmän vid huvudmannaskapsförändringen 1983. Andra institutionsfastigheter har nuvarande huvudmän själva förvärvat.

Utredningens två alternativa organisationsförslag får olika konsekvenser för fastighetsfrågorna.

I en *entreprenadorganisation* är det en given förutsättning att entreprenörerna, dvs de nuvarande huvudmännen, behåller fastighetsförvaltningen. Utredningen är dock, som framgått tidigare, övertygad om att ett stort antal av institutionerna övergår till staten och blir föremål för helstatlig driftledning. Att alla skulle kvarstå hos nuvarande huvudmän är uteslutet. Den statliga centralmyndigheten kommer således under alla förhållanden att få handlägga frågor som hänger samman med fastighets- och lokalförvaltning.

I en *helstatlig organisation* aktualiseras frågan om i vilken utsträckning staten skall ta över fastigheterna. Huvudmotivet för en strävan att föra över fastigheterna i statens äga skulle från utredningens perspektiv vara att verksamheten blir billigare för staten/den nya centralmyndigheten och därmed för placerande kommuner. Detta förutsätter dock att staten kan rationalisera driften och/eller tillämpa ett lägre avkastningskrav. I annat fall är det ett alternativ att staten avtalar med nuvarande huvudmän om förhyrning.

Utredningens huvudförslag vid en statlig inlösen av fastigheterna är att de övertas av den nya myndigheten i egen regi. Det finns flera fördelar med detta. Eftersom fastigheterna och lokalerna är avsedda och utrustade för en mycket speciell verksamhet, är det en stor fördel om huvudman-

nen har full dispositionsrätt och själv kan besluta ex vis angående om- och tillbyggnader som är motiverade av verksamheten. Tidigare erfarenheter visar också att ansvaret för visst fastighetsunderhåll inklusive upphandling av sådana tjänster med fördel kan läggas på föreståndarna.

Utredningen har emellertid noterat att regeringen (Prop 1991/92:44) som princip uttalat att statliga myndigheter inte skall äga och förvalta fastigheter. Istället förutsätts myndigheterna hyra av såväl statliga som kommunala och privata fastighetsvärdar. För att dessa hyresavtal skall bli affärsmässiga kan myndigheterna mot ersättning begära biträde av byggnadsstyrelsen, som blir stabs- och serviceorgan i dessa frågor.

Byggnadsstyrelsen, som av tradition är lokalhållare åt statliga förvaltningar och bl a svarade för förvaltningen av de dåvarande ungdomsvårdsskolorna, förslås i propositionen delas upp i en myndighetsdel och fyra bolag för fastighetsförvaltning. Bolagen avses specialisera sig på olika typer av fastigheter ex vis kontorsfastigheter med ett kommersiellt intresse och s k ändamålsfastigheter (skolor, institutioner) med visst men begränsat kommersiellt intresse.

Berörda institutionsfastigheter skulle, enligt propositionen, vid ett statligt övertagande kunna komma att förvaltas av ett av ovanstående bolag, som i sin tur hyr ut till den nya myndigheten. Om detta i sin tur skulle innebära att hyran genom en "marknadsanpassning" blir högre än den nuvarande, förutsätter utredningen att motsvarande medel tillförs den ekonomiska totalramen för ungdoms - och missbrukarvård.

Mot bakgrund av ett eventuellt statligt övertagande av fastigheterna har utredningen diskuterat vissa vägledande principer för förhandlingar mellan den statliga huvudmannen och var och en av de berörda landstingen etc angående villkoren för övertagandet enligt följande.

Vid huvudmannaskapsförändringen 1983 överlät staten de dåvarande ungdomsvårdsskolorna till berörda kommuner och landsting utan krav på ersättning. I statsbidragsuppgörelsen 1983 ingick dessutom ett engångsbidrag till de nya huvudmännen för utveckling av verksamheten samt upprustning av byggnader om totalt 155 Mkr.

Detta utgångsläge bör beaktas i förhandlingar mellan parterna vid ett statligt återtagande av fastigheter som bedöms ändamålsenliga och lämpliga att infoga i den nya organisationen. Fastigheter som överlåtits av staten vederlagsfritt bör också återgå utan vederlag.

Det är också en självklarhet att staten inte skall ersätta nuvarande huvudmän för investeringar, i den utsträckning de redan fått gottgörelse för dessa genom att avskrivningskostnaderna räknats in i vårddygnsavgiften. Det samma gäller investeringar för vilka staten beviljat särskilda anordningsbidrag.

De ekonomiska förhandlingarna mellan staten och nuvarande huvudmän skulle således i princip syfta till att reglera nuvarande huvudmäns oavskrivna investeringar. Härvidlag bör de avskrivningsregler för utrustning och byggnader som staten, kommunförbundet och landstingsförbundet rekommenderar för denna typ av hem kunna tjäna som vägledning.

Enligt vad utredningen erfarit tillämpar för denna typ av institutionsbyggnader staten en avskrivningstid om 40 år, kommunerna 33 år och landstingen 30 år. För tillhörande inventarier gäller avskrivningstider på 5 - 10 år.

Den årliga ramen om 950 Mkr för statens stöd till ungdoms- och missbrukarvård, inom vilken såväl medel motsvarande det årliga driftanslaget till tvångsinstitutionerna som medel avseende det allmänna s k kommunbidraget skall inrymmas, bör enligt utredningen inte belastas av kostnader för att lösa nuvarande huvudmäns fastigheter och lokaler. Det vore principiellt fel att använda medel avsedda för löpande vårdverksamhet till finansiella transaktioner av utpräglad engångskaraktär. Utredningen förutsätter därför att andra finansiella medel anvisas om fastighetsöverlåtelser blir aktuella. Kapitaltjänstkostnaderna för sålunda givna ersättningar bör, som tidigare angivits, belasta vårddygnsavgifterna.

7.2 Lagstöd för verksamheten – förslag till ändringar av lag och författning

I utredningen lämnas förslag till förändringar av planeringsförutsättningarna för och innehållet i vården som kräver ändringar och tillägg i sociallagstiftningen.

Vidare måste ett antal förändringar göras i lagstiftningen som en konsekvens av det statliga huvumannaskapet. Någon särskild motivering därutöver krävs inte. De ändringar som behöver göras är i flesta fall redaktionella.

7.2.1 23 § socialtjänstlagen (SOL)

I paragrafen regleras landstingets och kommunernas gemensamma ansvar för att behovet av hem för vård eller boende blir tillgodosett inom landstingsområdet.

Utredningen anser att en förändring bör göras med innebörden att "hem för vård eller boende" i paragrafens första stycke endast skall avse hem som inrättats med stöd av socialtjänstlagen.

Förändringen motiveras av att staten genom huvudmannaskapet tar över uppgiften att tillgodose behovet av tvångshem inrättade med stöd av § 12 LVU och LVM för landet som helhet.

Vidare bör i lagen anges att hem enligt § 12 LVU och hem enligt LVM skall inrättas och drivas av staten alternativt med utrymme för att överenskomma om att vissa institutioner upplåts på entreprenad genom avtal med kommun och/eller landsting

Vid utformningen av de i det följande presenterade förslagen till ny lydelse av förevarande paragraf har utredningen inskränkt sig till att avse de ändringar som är oundgängligen nödvändiga för ett genomförande av utredningens förslag beträffande ändrat huvudmannaskap för LVM-och §12-institutionerna. Utredningen är medveten om att de föreslagna ändringarna i sin tur aktualiserar övervägande om ytterligare ändringar, t ex beträffande behov av vårdresursplanering för kvarstående institutioner. Sådana överväganden kan enligt utredningens mening ske i ett vidare sammanhang, lämpligen genom socialtjänstkommittens försorg.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	23 § SOL
Behovet av hem för vård eller boende inom varje landstingskommun skall tillgodoses av landstingskommunen och kommunerna i området.	Behovet av hem för vård eller boende *enligt denna lag* inom varje landstingskommun skall....-..området.

Landstingskommunen och kommunerna upprättar gemensamt en plan över behovet av sådana hem och fördelningen av ansvaret för deras inrättande och drift.

Alt 1: Helstatlig organisation	*Behov av hem enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och hem enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall skall tillgodoses av staten. Statens institutionsstyrelse är centralmyndighet för dessa hem. Styrelsen leder och övervakar verksamheten vid hemmen.*

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

Alt 2: Statlig organisation med entreprenad.

1:a, 2:a och 3:e stycket har samma lydelse som i alternativ 1. Därtill läggs ett 4:e stycke.

Staten kan genom avtal uppdraga åt landsting eller kommun att inrätta och driva sådant hem.

7.2.2 26 § socialtjänstförordningen (SOF)

I paragrafen regleras villkor och former för inlåsning/vistelse vid låsbar enhet inom § 12-hemmen.

Utredningen föreslår att rörelsebegränsningen, som nu är knuten till vistelse på en låsbar enhet, istället knyts till den enskilde klienten.

Förslaget motiveras med att en sådan förändring underlättar en flexibel och ur behandlingssynpunkt riktigare användning av inlåsning som ett inslag i behandlingen.

Utredningen föreslår dessutom att tiden för sådan rörelsebegränsning skall kunna förlängas av huvudmannen.

Förslaget motiveras av kravet att kunna tillgodose behovet av hög bevakningsgrad för de mest svårbehandlade ungdomarna.

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

26 § SOF

Den intagne *får beredas vård vid en enhet som är låsbar eller på annat sätt inrättad för särskilt noggrann tillsyn om det är nödvändigt med hänsyn till* den intagnes, övriga intagnas eller personalens säkerhet, eller för att i övrigt genomföra vården.

Den intagne vår vistas inom en sådan enhet under högst två månader i följd. Om särskilda behandlingsskäl föranleder det, *får dock vistelsen pågå längre tid förutsatt att någon av de omständigheter som anges i första stycket föreligger och den intagne samtidigt ges möjligheter till vistelse i öppnare former eller utanför hemmet.*

Den intagnes *rörelsefrihet får begränsas genom att den enhet där han skall vistas hålls låst för honom om det är nödvändigt* med hänsyn till den intagnes, övriga intagnas eller personalens säkerhet, *eller om det är nödvändigt för att förhindra att den intagne avviker* eller för att i övrigt genomföra vården.

Begränsningen av rörelsefriheten enligt första stycket får pågå under högst två månader i följd. Om särskilda behandlingsskäl föranleder det *får dock tiden för rörelsebegränsningen förlängas.*

Sådan förlängning beslutas av Statens institutionsstyrelse efter

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

särskild framställan från föreståndaren. Styrelsen skall ompröva beslut om förlängning varannan månad.

Begränsningen av rörelsefriheten skall inte pågå under längre tid än nödvändigt och skall avslutas så snart det kan ske med hänsyn till de omständigheter som anges i första stycket.

7.2.3 28 § socialtjänstförordningen (SOF)

I paragrafen anges tiden, som en ungdom intagen på § 12-hem kan vistas utanför hemmet, till högst 4 veckor.

Utredningen föreslår ett tillägg, som innebär att tiden kan utsträckas till högst ett år om vistelsen utanför hemmet kan betecknas som ett led i en planerad utslussning dvs ett stöd för den unges anpassning i samhället.

Förslaget motiveras med behovet att kunna anpassa kraven på den unge och stödet till honom med hänsyn till individuella behov.

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

28 § SOF

Den intagne har rätt att i lämlig utsträckning ta emot besök och telefonsamtal samt att vistas utanför hemmet. En vistelse utanför hemmet skall i fråga om den som bereds vård med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga avse en på förhand bestämd tid, dock högst fyra veckor. Om vistelse utanför hemmet för den bereds vård med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall föreskrivs i 27 § nämnda lag. Beslut om vistelse utanför hemmet skall fattas efter samråd med socialnämnden.

Föreslaget tillägg

28 § SOF a)

För den som är intagen med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, får beslut om vistelse utanför hemmet avse längre tid än fyra veckor, dock högst ett år, om vistelsen har till syfte att underlätta den unges anpassning i samhället.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	Den som förestår vården får besluta om förlängd vistelse utanför hemmet så snart det kan ske med hänsyn till den unges utveckling och behov. Vården under förlängd vistelse utanför hemmet skall vara anordnad så att den kan antas främja den unges utveckling och skall beslutas efter medgivande av socialnämnden. *När förutsättningar för förlängd vistelse inte längre föreligger, får den som förestår vården besluta att den unge skall återföras till hemmet.*

7.2.4 22 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

I paragrafen regleras var LVM-vården får ges och vem som kan driva LVM-hem.

Utredningen föreslår att staten skall vara huvudman för LVM vården och att vården skall ges vid en enda typ av hem - LVM-hem -som skall ha de tvångsbefogenheter som för närvarande finns på hem enligt 23 § LVM.

Alternativ 1. Helstatlig organisation

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	22 §
Tvångsvård lämnas genom hem *som drivs av landstingskommuner eller kommuner och som är särskilt avsedda att lämna vård enligt denna lag* (LVM-hem).	Tvångsvård lämnas genom hem *för vilka staten är huvudman.* (LVM-hem).
Ett sådant hem skall ledas av en styrelse.	Ett sådant hem skall ledas av en styrelse *som utses av regeringen.*

Styrelsen förestår vården vid hemmet i den mån uppgiften inte har överlåtits på en särskild föreståndare.

Alternativ 2: Statlig organisation med entreprenad

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	Tvångsvård lämnas genom hem *för vilka staten är huvudman och själv driver eller som drivs av landstingskommun och kommuner med vilka staten upprättat avtal därom* (LVM-hem). Ett sådant hem skall ledas av en styrelse, *som utses av regeringen.*

Styrelsen föreslår vården vid hemmet i den mån uppgiften inte har överlåtits på en särskild föreståndare.

Utredningen föreslår samtidigt att 23 § LVM tas bort.

7.2.5 34 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Paragrafen reglerar vem som får utsättas för begränsning av rörelsefriheten inom LVM-vården och i vilka hem detta får ske.

Utredningen föreslår att endast en typ av LVM-hem skall finnas och denna institutionstyp skall ha de tvångsbefogenheter som nu endast finns inom § 23-hemmen.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	34 § LVM
Den som vårdas *enligt denna lag* i ett LVM-hem för särskilt noggrann tillsyn får hindras att lämna hemmet och i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för för att vården skall kunna genomföras. Hans rörelsefrihet får också inskränkas när det behövs av hänsyn till andra intagnas eller personalens säkerhet.	Den som vårdas enligt denna lag i ett LVM-hem får hindras att lämna hemmet...personalens säkerhet

7.2.6 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU

I paragrafen regleras vilka hem som skall finnas för att tillgodose behovet av särskilt noggrann tillsyn av unga som vårdas enligt lagens 3 §. Vidare anges att regeringen eller socialstyrelsen beslutar vilka hem som skall

vara sådana hem.

Utredningen föreslår en ändring som slår fast att staten som huvudman beslutar vilka hem som skall vara särskilda ungdomshem enligt 12 § LVU.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
12 § LVU	
För vård av unga som på någon grund som anges i 3 § behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas särskilda ungdomshem. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, *socialstyrelsen* beslutar vilka hem som skall vara sådana hem.	För vård av unga som på någon grund som anges i 3 § behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas särskilda ungdomshem. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, *Statens institutionsstyrelse* beslutar vilka hem som skall vara sådana hem. *I erforderlig omfattning skall det finnas särskilda enheter som är inrättade för att tillgodose behovet av hög bevakningsgrad.*

7.2.7 18 § socialtjänstförordningen (1991:710), SOF

Paragrafen reglerar inskrivningsförfarandet vid hem för vård eller boende. Inskrivningsrätten ligger enligt bestämmelserna på föreståndaren om inte huvudmannen har bestämt annorlunda.

Utredningen föreslår i avsnitten 3.7 och 4.4, i vilka förslagen beträffande LVU respektive LVM redovisas, att inskrivningsrätten till hem enligt 12 § LVU och hem enligt LVM skall ligga hos huvudmannen.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
18 § SoF	
Om inskrivning beslutar föreståndaren, om inte huvudmannen har bestämt annorlunda. Har huvudmannen bestämt en annan ordning för inskrivningen skall huvudmannen meddela socialnämnderna samt länsstyrelsen i länet om vad som gäller.	*Om inskrivning i hem enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall beslutar Statens institutionsstyrelse. Statens institutionsstyrelse bestämmer vilken ordning som ska gälla i*

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

akuta ärenden där styrelsen inte kan nås för beslut och där beslutet inte kan avvaktas.

Vid beslut om inskrivning skall särskilt beaktas att hemmet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt.

7.2.8 10 § socialtjänstförordningen, SoF

Paragrafen föreskriver i andra stycket regler för personalens kompentens vid § 12-hem och LVM-hem. Behovet av andra stycket bortfaller om staten blir huvuman för båda vårdområdena. Även i det fall staten avtalar med särskild entreprenör att driva visst hem kan staten ställa krav på kompetens utan särskilt stöd i förordningen.

Utredningen föreslår således att 10 § SoF, 2 st tas bort.

7.2.9 7 § socialtjänstförordningen, SoF

Paragrafen föreskriver hur vårdresursplanen skall utformas. I tredje stycket sägs att det av planen skall framgå vilka hem som är avsedda för vård enligt 22 § LVM och 12 § LVU.

Eftersom utredningen förslår att staten skall överta ansvaret för dessa hem bortfaller ansvaret för kommuner och landsting att planera för dem i sina gemensamma vårdresursplaner. *Utredningen föreslår* att 3:e stycket i 7 § socialtjänstförordningen tas bort.

7.2.9 24 § socialtjänstförordningen, SoF

Paragrafen innehåller bestämmelser om att socialstyrelsen skall besluta om vilka som skall anses vara särskilt ungdomshem enligt 12 § LVU respektive hem för särskild tillsyn enligt 23 § LVM.

Vidare sägs att socialstyrelsen kan medge att vissa tvångsbestämmelser i LVU och LVM får tillämpas.

Med ändring av huvudmannaskapet enligt utredningens förslag bortfaller behovet av dessa bestämmelser. *Utredningen föreslår* därför att 24 § socialtjänstförordningen tas bort.

Bilaga 1

Till utredningen inkomna skrivelser:

Statsekreterare Sture Korpi, Socialdepartementet	Angående utredningsuppdrag
Landstinget Skaraborg Mariestad	Inbjudan till Skaraborg
Socialläkare Kenneth Kennerhof Jönköping	Angående utredningen av institutioner inom ungdoms- och missbrukarvården
Margretelund Lidköping	Angående utredning omhuvudmannaskapet för de särskilda ungdomshemmen
Landstinget Kristianstads län Kristianstad	Angående synpunkter på huvudmannaskapet för tvångsvården enligt LVU och eventuellt LVM
Stigbyskolan, Visingsö	Rektor Ernst Forsbergs synpunkter på övertagandet av huvudmannaskapet
Landstingsförbundet, Stockholm	Interpellation av Eva Zetterberg om landstingsförbundets agerande för statligt huvudmannaskap för de §12-hemmen
Nereby skolhem, Harestad, Göteborgs kommun	Angående tankar och funderingar från skolans lärare kring § 12-hemmens huvudmannaskap
Bohuslandstinget, Göteborg	Angående statligt huvudmannaskap för den tyngre ungdoms- och missbrukarvården – sammanfattande synpunkter

Bärby ungdomshem, Uppsala	Angående Bärbypersonalens synpunkter på det ändrade huvudmannaskapet
Rektorsföreningen för de särskilda ungdomshemmen	Angående den av riksdagen tillsatta utredningen av verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen
Landstinget, Kristianstads län Kristianstad	Angående statens övertagande av huvudmannaskapet för de särskilda ungdomshemmen (§ 12-hemmen)
Socialdepartementet, Stockholm	Ekonomiska ramar för verksamheten budgetåret 91/92 gällande vissa kommittéer
Marianne Forslund, Bohuslandstinget	Angående huvudmannaskapsförändringen inom § 12-hemsvården
Rektorerna vid § 12-hemmen vid Stockholms läns landsting	Angående kommittédirektiv avseende institutioner inom ungdomsvården och missbrukarvården
Socialdepartementet	Departementsprotokoll angående förordnande av Fred Westerlund som sekreterare i utredningen om institutioner inom ungdoms- och missbrukarvården
Sten Levander, professor Lund	Angående "värsting"-problematiken
Stockholms och Göteborgs tingsrätter	Synpunkter på professor Levanders skrivelse
Maths Jesperson, Lund	Synpunkter på professor Levanders skrivelse
Helen Hansson, Malmö	Angående Jönköpings 11 utredning om Region Syds behov av § 12 och § 23-hemsplatser
Föreståndarna § 12-hemmen i Skåne	Reservation över Jönköpings läns landstings § 12-hemsrapport "Region Syd"

Bilaga 2

SOCIALSTYRELSEN

PM angående vården vid de särskilda ungdomshemmen enligt 12 § LVU

1 Vårdens villkor

LVU 12 §: *För vård av unga som på någon grund som anges i 3 § behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas särskilda ungdomshem. Regeringen, eller efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen beslutar vilka hem som skall vara sådana hem.*

Ansvarsfördelning mellan uppdragsgivare, uppdragstagare och huvudman

§ 12-hemmen drivs till största delen av landstingen idag. I vissa fall är kommuner huvudmän - och i några kommunalförbund. Landstinget och kommunerna i varje län ansvarar för att det i länet finns tillräckligt antal platser på § 12-hem och andra institutioner för barn och ungdomar i behov av vård.

Föreståndaren på § 12-hemmet är den som beslutar om intagning efter förfrågan från socialnämnden i en kommun. I och med att ett avtal om vård skrivits så är socialnämnden betalningsansvarig för vården.

Utskrivning beslutas av föreståndaren i samarbete med den socialnämnd som har vårdansvar. I socialnämndens vårdansvar ligger att man kan säga nej till utskrivning, om man anser att den strider mot vårdplanen. Detta torde dock sällan tillämpas ens i de fall där man är helt negativ till utskrivning och inte upplever sig ha något alternativ till institutionsplatsen ifråga.

Uppdragsgivare är alltså alltid en socialnämnd, när en pojke eller flicka skrivs in på § 12-hem. Förfrågan om plats görs i allmänhet direkt till institutionen. Detta kan innebära att socialsekreterare får ringa runt länge innan en plats går att uppbringa. Många socialsekreterare har dessutom dålig kunskap om de enskilda § 12-hemmens arbetsmetoder och vilka klientgrupper de tar in. Detta är förståeligt eftersom placering på

§ 12-hem inte är någon vanlig åtgärd för den enskilde socialarbetaren. Det är därför svårt att utveckla rutin eller att ha kunskaper om enskilda institutioner.

Uppdraget innebär att socialnämnden efter länsrättens dom om LVU-vård begär att det aktuella § 12-hemmet skall ta emot, vårda och behandla en bestämd pojke eller flicka som har bedömts vara i behov av tvångsvård med särskilt noggrann tillsyn. Till socialnämnden kan klienten ha kommit på olika sätt – genom föräldrar som begärt hjälp, genom polisen (den unge kan sitta anhållen). Skolan eller den unge själv kan ha tagit initiativ till kontakt med socialkontoret.

I allmänhet har man prövat andra vårdåtgärder innan § 12-hem aktualiseras. Många ungdomar har tex varit placerade i familjehem för längre eller kortare perioder. Andra kan ha varit placerade på öppna ungdomshem. En del ungdomar har varit föremål för åtgärder från samhällets sida sedan de föddes.

De ur behandlingssynpunkt viktigaste begreppen går under beteckningarna vårdansvar och behandlingsansvar. Dessa typer av ansvar är klart åtskilda till innehåll. Vårdansvaret vilar på socialnämnden - uppdragsgivaren. Vårdansvaret betyder att socialnämnden har skyldighet att se till att den unga människan får den hjälp i form av institutionsvård som han eller hon behöver. Socialnämnden tar alltså ställning till om § 12-hemvård är adekvat eller socialnämnden gör en förfrågan till utredningsavdelning på § 12-hem om vilken typ av institutionsvård som kan behövas.

Behandlingsansvaret ligger inte hos socialnämnden utan helt på institutionen ifråga. I behandlingsansvaret ligger att ge den unge sådan vård och behandling som han är i behov av. Behandlingsansvaret behandlas närmare nedan.

Kompetens hos personalen vid § 12-hemmen

De personalgrupper som idag arbetar på § 12-hem har varierande utbildningsbakgrund. Det förekommer också att personal helt saknar utbildning inom det sociala/psykologiska området. Vanliga utbildningar är:

- fritidsledarutbildning
- socialpedagogutbildning
- fritidspedagogutbildning
- socionomutbildning

Undantar man socialpedagogutbildningen så är ingen av dessa utbildningar någon egentlig behandlarutbildning med inriktning på störda barn

och ungdomar. Fritidsledar- och fritidpedagogutbldningarna är inriktade på normala barn och ungdomar. Socionomutbildningen är en vid grundutbildning för arbete inom det sociala vårdomrdet. Det är ingen direkt behandlarutbildning. Socialpedagogutbildningen är den utbildning som ligger närmast en ren behandlarutbildning.

Inom verksamheten har en viss satsning på personalutbildning förekommit. Denna satsning har i hög utsträckning gällt specialkurser i socialt behandlingsarbete – en god start att bygga vidare på. Generellt kan man emellertid säga att särskild behandlarutbildning saknas; härmed menas specifik utbildning som tar fasta på institutionsbehandling.

Sådan utbildning behöver inriktas på

- förståelse för hur behandling bedrivs i vardagssituationer
- hur man påverkar genom den personliga relationen och genom dagliga aktiviteter.
- hur man hjälper ungdomar tillägna sig normer
- hur man hjälper ungdomar lära sig lita på vuxna
- hur man hjälper ungdomar utveckla självkontroll

Teori och praktik behöver knytas ihop, så att personal lär sig först både hur de unga uttrycker sina upplevelser och hur de själva kan påverka. Ibland går det inte att påverka i ord och detta är särskilt svårt att förstå – och behöver därför tränas.

Lokaler och utrustning

De flesta § 12-hem har tidigare varit ungdomsvårdsskolor och är byggda så att hela dygnet kan tillbringas på institutionen. Detta innebär att man har inbyggd skola, arbetsplatser och fritidslokaler på institutionsområdet. Antalet vårdavdelningar varierar från en till fem på de olika hemmen. Lokalerna är efter dagens normer i olika grad ändamålsenliga. Det förekommer att lokaler är föråldrade och nedslitna. Men generellt kan sägas att de håller en förhållandevis god standard.

Verksamheten på institutionerna har delvis kommit att utformas utifrån den utrustning man haft tillgång till. De flesta institutioner är uppbyggda i en tid då skolgången var kortare än i grundskolan idag och då man i samhället hade en skolform som benämndes yrkesskola. Därav namnet yrkesskola och betoningen på arbete. Efter dagens normer måste man säga att skolan – teoretisk undervisning – ofta är underdimensionerad, särskilt med tanke på att många ungdomar har en problemfylld skolgång bakom sig.

Arbetsplatserna-yrkesutbildningen har man däremot ofta god tillgång till, pga den historiska bakgrunden med idén om yrkesskola. Det torde vara lämpligt att granska hur arbetsplatserna utnyttjas; det kan vara möjligt att dra ner på tillgången till arbetsplatser så att man får tillgång till personal i teoriundervisning och vid andra tider på dygnet än dagtid.

2 Klienterna

Vilka typer av klienter kommer till hemmen?

LVU § 3: *Vård skall också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.*

Till § 12-hem kommer man pga sitt yttre beteende. Man har agerat ut i social avvikelse, vanligast är kriminalitet och/eller missbruk. Det rör sig om en heterogen grupp ungdomar med en i allmänhet svår bakgrund. Gruppen ungdomar på § 12-hem varierar ifråga om

- Bakgrund: hur allvarliga missförhållanden den unge upplevt, vilken typ av missförhållanden det rört sig om och hur tidigt dessa missförhållanden startade i den unges liv.
- Problemdebut: hur tidigt den unge började laborera utanför det sociala normsystemet – hur tidigt den unge definierade sig som avvikare. Variationen går från de som aldrig har varit delaktiga i samhällets normsystem till de som agerat ut i tonåren utan tidigare socialt utanförskap.
- Personlig mognad: hur starkt jag (personlighet) som den unge utvecklat.

Bakgrund

Det är vanligt att ungdomarna kommer från splittrade famljer och att deras föräldrar också haft allvarliga problem, antingen i form av social avvikelse eller mer inåtvända problem av typen depression, psykos och liknande. Ofta är den unges problem ett flergenerationsproblem. Dvs föräldrarna har haft likartade eller besläktade problem. Och deras ungdomar kommer att få barn med samma problem – om inte samhället förmår bryta mönstret.

Det uppfostringsmönster ungdomarna upplevt har ofta kunnat betecknas som slappt eller lynnigt. Vilket antyder att föräldrarna ej varit mogna uppgiften att ta hand om ett barn.

Några exempel på vanliga erfarenheter av allvarlig karaktär som många ungdomar på § 12-hem gjort av vuxenvärlden:

- De vuxna har inte tagit ansvar; de har många gånger uppträtt omoget och som om de själva vore barn
- Man har varit med om en rad separationer från viktiga vuxna, som bara försvunnit ur ens tillvaro, tex förldrar som övergett en
- Man har misshandlats psykiskt och/eller fysiskt
- De vuxna har inte satt några som helst gränser; redan som 3-åring kunde man dominera familjen
- De vuxna har ständigt varit i konflikt med varandra och den unge har varit indragen i konflikterna
- Misshandel mellan de vuxna har ofta förekommit i familjen
- Missbruk och prostitution i familjen

I vissa fall har problem alltid funnits i familjen och familjen är en välkänd problemfamilj. I andra fall är familjen utåt sett välfungerande men relationskonflikter eller särskilt allvarliga kriser utgör bakgrund till den unges utagerande.

Många ungdomar har varit föremål för vård/åtgärder från socialnämndens sida tidigare i livet. Tex har de redan som små placerats – för längre eller kortare period – i familjehem. Det händer att samhällets åtgrder – pga bristande planering – direkt bidragit till lynnighet och kontaktbrott under den unges uppväxt.

För att illustrera variationen tas här fram två exempel som befinner sig i ändarna på ett tänkt kontinuum av allvarlighet i problembakgrund.

Exempel 1

En pojke växer upp med en far som är missbrukare och kriminell – som både i nyktert tillstånd och berusad kan bli farlig om något går honom emot. Modern är inte missbrukare, men hon försörjer sig tidvis som prostituerad. Hon är ofta misshandlad av fadern. Modern och fadern lever periodvis tillsammans; periodvis försöker modern göra sig fri från relationen till fadern. Men hon flyttar ändå ihop med honom igen. Lugnast har familjen då fadern sitter i fängelse.

Även pojken blir ofta misshandlad av sin far. På lågstadiet noterar man att pojken plötsligt kan gå hem från skolan. När man undersöker saken

står det klart att han går hem för att kontrollera hur situationen är i hemmet. Han är inte säker på om fadern kommer att slå ihjäl modern när han är i skolan.

Denne pojke lever från det han föds utanför samhället. Hans värld är ytterligt otrygg; han får dålig kunskap om samhällets normsystem, han utvecklar inga hämningar mot våldsamheter vid frustration eller då han blir arg. Han lär sig att människor som är betydelsefulla för en kan bli farliga eller överger en.

Exempel 2

En annan pojke lever i en hel familj. Hans far är den dominerande auktoriteten i familjen. Modern har mycket lite inflytande över sonens fostran från det pojken börjar daghem. Hon har en mycket tydligt underordnad roll i familjen och pojken. Hon är ovänlig och givande, men identifikationsobjektet är fadern. Familjen är i yttre avseende stabil, även om starka spänningar finns i familjen pga moderns utsatta och underlägsna position.

När pojken är 14 år så avlider fadern plötsligt i en olycka. Ett par mnader senare deltar sonen i en rad kriminella gängaktiviteter.

I detta fall är barndomen trygg; pojken har haft möjlighet att utveckla spärrar mot hämningsls utlevelse vid frustration. Han omfattar samhällets normsystem.

Faderns död utlöser emellertid en kris hos honom. Livet blir – detta är hans egna ord – meningslöst. Man kan lika gärna syssla med kriminalitet; framtiden har mist sin betydelse. Han har förlorat sitt identifikationsobjekt. Modern har en roll i familjen som gör att han inte sker tröst hos och förlitar sig på henne. Relationerna i familjen var intre sådana att familjen tålde en kris av detta slag.

Dessa två exempel belyser ytterligheterna i bakgrund bland den grupp som kommer till § 12-hem. Självklart behöver dessa pojkar helt olika former av hjälp.

Problemdebut

Problemdebuten varierar också mycket starkt. Problem som startar i och med inträdet i tonåren – eller runt 14 - 15 - årsåldern – är ofta betydligt gynnsammare än de som startat tidigare. Tonåren är en orolig tid, då identiteten skall formas på nytt. Man skall acceptera sin sexuella mognad och hantera de spänningar den sexuella utvecklingen ger upphov till. Man skall förstå vem man är. I denna omdaningsperiod ifrågasätter man

samhällsnormerna; det tillhör utvecklingsfasen. Bland 14 - 15-åringar är därför brottsligheten som störst statistiskt sett. Även tämligen mogna och välutvecklade ungdomar kan testa normsystemet ganska allvarligt. Särskilt om de bär på inre konflikter.

Asocialiteten kan ha en tydlig startpunkt i tonåren.

Det är emellertid vanligt att ungdomar på § 12-hem har en långt tidigare problemdebut. Denna har bestått i att man sedan flera år brutit mot sociala normer, men att detta inte har varit i form av kriminell aktivitet. Startpunkten i den unges utagerande beteende kan ligga redan före starten i förskola. Det kan då till förskolan ha kommit en pojke eller flicka som stört, bråkat, varit konfliktladdad och obehärskad, som hela tiden genom sin oro saboterat för gruppen. Genom detta har han också hamnat i en situation där klasskamrater tagit avstånd från honom. På så vis har ett socialt utanförskap skapats mycket tidigt. Denna pojke eller flicka fortsätter sedan sitt utagerande beteende genom alla stadier i skolan upp till den ålder, då det blir aktuellt med 1 § 12-hemsvård – en ond cirkel rullar vidare.

Mellan startpunkt i tonåren och problem som funnits från den unges barndom befinner sig en rad ungdomar.

Personlig mognad

Personligheten formas i de erfarenheter man gör när man växer upp. Bindningar (starka realationer till förldrar som beskyddar en mot faror), trygghet, struktur, gränser för den egna personen, möjlighet att upptäcka världen – att lära sig – är några av de viktigaste faktorerna som bygger upp en trygg personlighet.

En stor och vanlig klientgrupp på § 12-hem kännetecknas av:

- Bristande tillit till andra människor. Ungdomarna är otrygga i grunden, vågar inte lita på relationers hållfasthet. De räknar med att bli svikna, övergivna, illa hanterade, Somliga förväntar sig misshandel om en relation byggs upp, och är därför beredda att försvara sig redan innan de utsatts.
- Ingen tillit till att man kan få hjälp med problem man bär på
- Förväntningen att andra människor kommer att göra en illa
- Bristande förmåga att behärska sig, särskilt om man är orolig eller frustrerad
- Oförmåga att uthärda oro, ångest och frustration. Som svar på dessa känslor agerar man ut i desperata handlingar.
- Svag eller negativ identitet.
- Låg självkänsla

Dessa ungdomar brukar benämnas jagsvaga. De har inte sällan en massiv historia av misslyckanden bakom sig. Det innebär att deras grundstörningar i relationen till förldrar ofta komplicerats ytterligare i mötet med nya vuxna. Barnen har reagerat med sina negativa förväntningar på vuxna, som känt sig missförstådda, blivit arga, tyckt illa om ungen osv. Samma sak riskerar att upprepas på § 12-hem i mötet med personal om denna ej har tillräcklig skolning i just dessa ungdomars specifika problem.

Andra ungdomar bär på konflikter, agerar ut, men har i grunden en trygghet att de har en plats i andra människors liv. Deras problem eller konflikter gör dem känsliga och de manifesterar sina konflikter i socialt utagerande beteende. De kan ha upplevt konflikter mellan förldrar, de kan själva ha varit indragna i konflikterna. De har inte saknat bindningar, men ej lärt sig metoder att hantera konflikter.

Utifrån den personliga mognaden, eller jagstyrkan, kan man dela in ungdomar i grupper med olika erfarenheter och olika stor förmåga att hantera de erfarenheter de gjort. Indelningen behöver göras för att behandlingssituationer skall kunna byggas upp som motsvarar ungdomarnas behov.

Nedan görs ett försök till enkel differentiering av tre dominerade elevgrupper på § 12-hem; ungdomar vars behov av vård skiljer sig starkt åt. Varje form av försök till gruppering innebär nackdelar därför att ungdomar kommer att falla mellan grupperna och man riskerar att variation döljs. Emellertid säger det sig självt att utan grupperingar så kommer – som ofta är fallet idag – ungdomar med helt olika behandlingsbehov att få vårdas på samma avdelningar och med samma metodik. Detta vållar problem både för ungdomar och personal.

1. Jagsvaga ungdomar, också benämnda omogna ungdomar. De är i grunden otrygga och hyser lite hopp om att uppnå en relation på djupet till någon annan. De kan sakna erfarenhet av ömsesidighet och varaktighet i relationer. Relationer kan dessutom vara förknippade med misshandel eller övergrep av olika slag, dvs att den unge förväntar sig övergrepp från den som kommer honom känslomässigt nära. För att förhindra sådana övergrepp kan den här pojken eller flickan ha lätt att gå till angrepp. Enligt principen: angrepp är bästa försvar. Dessa ungdomar är därför i en vårdsituation oberäkneliga.

En del av de jagsvaga ungdomarna har inte helt saknat relationer till vuxna. De har så mycket erfarenhet av relationer till vårdare att de har ett hopp om att uppnå en relation. Men de tar inte utan vidare emot kontakt och testar mycket kraftigt den som försöker utveckla band till dem.

2. Bland de jagsvaga ungdomarna finns de som förutom att de upplevt svaga bindingar till föräldrar och allvarlig otrygghet under uppväxten också levt i en förvirrande värld, där de fått svårt att klara ut vad som är verkligheten runt dem och vad som finns inom dem i form av fantasier, drömmar tankar. Dessa ungdomar ter sig ofta udda. Deras inre och yttre verklighet flyter samman. De har som ungdomarna i första gruppen inte kunnat lita på beskydd från bindningsobjektens sida. De kan ha upplevt övergrepp. De blir stundtals förvirrade, de kan skrämma genom sin brist på realitetsanpassning.

Ungdomarna kan gestalta - uttrycka i handling - skräckupplevelser från barndomen. I sådan gestaltning kan de dra med sig andra ungdomar och tom personal om personal inte upptäcker vad som pågår. På det här sättet uppstår en för inblandade parter mycket otäck situation. Dessa ungdomar kan vara mycket svåra att tolka. Handlingar och vad de säger brukar inte stämma överens.

3. Ungdomar som har en viss bastrygghet i relation till föräldrar de har levt i en konfliktfylld tillvaro, där de av och till varit indragna i stridigheter. Eller de har saknat gränser och därmed ett reellt ansvarstagande när de vuxit upp. En del ungdomar har fått uppleva kriser de ej getts möjlighet att bearbeta. Variationen är stor inom gruppen ifråga om vad som föregått den asociala utvecklingen.

Men dessa ungdomar är inte rädda att bygga upp relationer. De har upplevelse av band som inte lett till brott eller besvikelser.

De visar större överensstämmelse mellan ord och handling. De tål viss ångest. De kan följaktligen bearbeta vissa problem i samtal.

Vilka stannar kvar på § 12-hemmen för behandling?

Utredningsavdelningar

På en del § 12-hem finns särskilda utredningsavdelningar. I vissa fall rör det sig om slutna avdelningar, i andra om öppna utredningsavdelningar. Till utredningsavdelningarna kommer en vid grupp ungdomar. Särskilt de öppna utredningsavdelningarna tar emot ungdomar, där endast en del blir aktuella för fortsatt § 12-hemsvård. Utredningsavdelningarna är till för att ge socialnämnden i hemkommunen beskrivning av den unge och förslag till behandling. Det rör sig alltså om ungdomar som man vill ha hjälp att bedöma lämplig vårdform för. När ungdomar går från utredningsavdelningar till andra avdelningar inom § 12-vården rör det sig om de ungdomar som agerar kraftigast och som man bedömt behöver tydliga begränsningar i rummet, d v s "särskilt noggrann tillsyn".

Behandlingsavdelningar

De ungdomar som stannar på § 12-hem för behandling är oftast de som agerat ut i social avvikelse allra starkast. Det är just problemens uttryck som gör att § 12-hem väljs. Även om de har varierande bakgrund och olika allvarliga personlighetsstörningar, så har de i sitt sociala utagerande en relativt grav problematik.

§ 12-hemmens behandlingsavdelningar riktar sig till de ungdomar, som behöver avskildhet och kontroll. Det är till stor del sådana elever som idag stannar på § 12-hem. Men det finns risker att § 12-hemmen utvecklas fritt åt vilket håll som helst. Ju friare situation som råder desto större är risken att man från § 12-hem börjar definiera ut de ungdomar som är svårast störda och därigenom svårast att vårda. Saknas dessutom öppnare vårdformer kan det lätt bli så att § 12-hemsvården drivs åt att ta in ungdomar, som mycket väl skulle kunna vårdas i öppnare former. Även om denna utveckling inte är skadlig för berörda klienter är det inte en önskvärd utveckling eftersom den innebär att resurser som bör vara förbehållna de mest störda och svårbehandlade ungdomarna blir svåråtkomliga för dessa.

Om institutioner helt själva bestämmer vilka klienttyper de vill arbeta med så är risken att de klienter som är svårast att hantera i en behandlingssituation inte anses passa in någonstans. Det finns också en risk att ungdomar bli svårare att hantera, om personalen går med upplevelsen att man kan slippa ifrån eleverna ifråga, om de skulle bli för besvärliga.

Detta talar för att ett helhetsperspektiv måste läggas på § 12-hemsvård. Man behöver också definiera vilka ungdomar § 12-hemsvården är till för. Därefter får man ta upp de problem som uppstår i vården. Dessa problem skall inte lösas genom att vissa ungdomar utesluts.

Gör man en tydlig definition av elevgruppen på § 12-hem blir följden att nya problemlösningsmetoder eftersträvas. Så länge man löser vårdproblem genom att skriva ut eller definiera ungdomsgrupper ej tillhöriga vården ifråga så sjunker alltid motivationen att lösa problemen på annat sätt. Detta är förståeligt och lätt att förklara. Det handlar inte om ovilja hos personal utan om brist på alternativ.

Vilka klienter lämnar hemmen?

Genom planerad utskrivning

Planerad utskrivning genomförs när personalen upplever att den unge utvecklats väl på institutionen. Han har passat in i gruppen och han har

klarat av den sociala anpassningen på skolan. Även socialsekreterare som representerar socialnämnden måste vara med på utskrivningen och deltar i planeringen inför utskrivningen. Det förekommer att, eftersom kommunen är betalningsansvarig, det finns ett tryck att skriva ut så fort som möjligt.

I många fall har de ungdomar som skrivs ut genom tydlig beteende- och attitydförändring visat att de är mogna för detta och man har lyckats utforma en god uppföljning. Men det förekommer att man blir så ivrig att skriva ut – både från institution och socialnämnd – att den unges möjligheter att klara sig utanför institutionen inte undersöks. Ungdomar kan meddela på många kryptiska sätt att de inte är mogna att ta ansvar för sig själva. Det händer att sådana meddelanden ej uppmärksammas pga att man är så ivrig att få ut den unge när det går bra för honom eller henne. Risken är alltså att om man bråkar och blir våldsam så skrivs man ut för det – och utvecklas man positivt så skrivs man ut för det. Givetvis skall ungdomar skrivas ut när de är mogna för det, men de skall inte som bestraffning för god skötsamhet behöva uppleva att de ej får stanna. God skötsamhet på institutionen behöver inte betyda att den unge är mogen eller stark nog att ta det ansvar som ett liv utanför den tillrättalagda miljön inne på institutionen kräver.

Ett sätt att pröva den unges mognad och ansvarsförmåga kan vara att låta vården fortsätta på institutionen med stöd av SoL.

Exempel 1

En pojke på 18 år har tillsammans med sin assistent vid § 12-hemmet uppsökt bostadsförmedling och arbetsförmedling för att få fram arbete och bostad inför utskrivning. Både på bostadsförmedling och arbetsförmedling har gjorts upp om återbesk. När den unge så skall i väg till arbetsförmedlingen glömmer han detta. Personal påminner honom och får iväg honom. Han går emellertid inte till arbetsförmedlingen utan sätter sig på torget där han träffar kompisar, som bjuder på öl. Han kommer hem mitt i natten till § 12-hemmet. Nr man ringer från bostadsförmedlingen och erbjuder en lägenhet så säger pojken att om det inte är två rum och kök och ligger intill torget så tänker han inte flytta dit. På det här sättet fortsätter han att ställa allt högre krav för att acceptera bostaden. På samma sätt blir han senare kritisk mot erbjudna arbeten. – Hans beteende visar klart att han inte upplever sig mogen att flytta ut.

Exempel 2

En annan 17-årig pojke skrevs ut; han hade utvecklats mycket positivt. Efter en vecka var han tillbaka. Vid en avdelningskonferens kom det fram att pojken inte vågade sova i sitt rum med släckt lampa. Han var mörkrädd och rädd att vara ensam på natten. Att han inte klarat eget boende fick där sin förklaring.

Genom oplanerad utskrivning: Vilka klienter har hemmen särskilda problem med att bereda adekvat vård?

De ungdomar som hotar med våld och de som lever ut aggressivt genom att förstöra inredning är de man har svårast att behålla på § 12-hemmen. Dessa är jagsvaga ungdomar ur grupperna 1 - 2 ovan. Det finns ingen annan vårdform för dessa ungdomar. Ingenstans är man kapabel att bättre klara av att vårda och behandla dem. Därför – om dessa ungdomar över huvud taget skall få vård – så måste en kapacitet utvecklas bland personalgrupperna på § 12-hem att tackla våldsamma utspel.

Det är påtagligt att det är just det yttre beteendet som vållat problemen. De unga kan inte sägas tillhöra det psykiatriska vårdområdet. Men de är utan tvekan mycket svåra att vårda. Dock – vid genomgång av journalhandlingar – finner man att det också i allmänhet finns brister i metodiken när det gäller att tackla dessa ungdomar.

3 Vårdens innehåll

Den bärande idén bakom § 12-hemsvården samt hur denna vårdform skiljer sig från andra ungdomsinstitutioner

§ 12-hemsvården skall ta emot, vårda och behandla ungdomar som agerar ut i social avvikelse på ett så allvarligt sätt att de äventyrar sin framtid. Problemen skall vara så allvarliga att de ej går att hantera på öppna institutioner eller i familjehem.

Det rör sig framförallt om

- ungdomar som rymmer och därför inte går att vårda utan starka begränsningar i rummet
- ungdomar för vilka frestelserna att göra brott eller missbruka är för stora på institutioner utan särskild tillsyn

Ungdomar med behov av frihet och som går att vårda i öppna former skall inte tas in på § 12-hem.

§ 12-hemmen är i stort slutna institutioner. Ovan nämndes att de är uppbyggda så att hela dygnet skall kunna tillbringas på institutionen. Det

betyder att sysselsättning - skola eller arbete - finns organiserad på skolan. Detta i sig är en slutenhet och en ofrihet. Man får kontroll över ungdomarnas hela dygn.

Därtill finns möjligheten att ta in på låst avdelning. § 12-hemmens inriktning måste alltså vara att bedriva vård och behandling av ungdomar som behöver slutenhet och kontroll av behandlingsmässiga skäl.

Slutenhet behöver ungdomar som har en mycket allvarlig problembild och där det tex i denna problembild ingår svårigheter att behärska impulser, sådan upplevelse av meningslöshet i tillvaron, att man ej bryr sig om vad som händer, het önskan om att få tydliggjort samhällets normsystem, avsaknad av att någonsin ha varit riktigt omhändertagen och beskyddad.

Olika inslag i vården (psykologisk behandling, pedagogisk behandling, miljöterapi etc)

Psykologisk behandling och miljöterapi

Med psykologisk behandling förstås här inte enbart behandling av psykolog. Snarare är det arbetet på avdelningar, i skola och på arbetsplatser som den psykologiska behandlingen måste komma till stånd. Man kan tala om miljöterapi.

Psykologisk behandling syftar till förändringar av upplevelser och beteenden. nskade beteendeförändringar är tex minskad kriminalitet, ökad behärskning - för den som kontrollerar sig dåligt - minskat alkoholintag etc. En rad andra beteendeförändringar utöver den tydliga problematiken, som föranlett intagning är också önskvärda, tex tydligare särskiljande av nära relationer och ytkontakter.

Känslo- och tankeförändringar som är önskvärda rör tex upplevelsen av den egna personens värde, livets meningsfullhet, socialt innanför - i stället för utanförskap tex. Man kan säga att behandlingsuppgifter av central betydelse är att stärka självkänsla, identiteten och att plantera in behärskning.

En princip i behandlingen är att ungdomar måste göra nya erfarenheter i mötet med de vuxna. På så vis skall de dels få tillfälle att lära sig saker de tidigare aldrig fått, dels få känna på relationsmönster som de saknar erfarenhet av. I behandlingen är därför relationen mellan ungdomar och personal helt avgörande. Banden ungdomar - personal bör utvecklas så att personal får rollerna av identifikationsobjekt för ungdomarna.

Hela behandlingen måste vara enhetlig. Under hela dygnet skall ungdomarna få ett bemötande som gör att de kan bygga upp trygghet, förtroende för vuxna osv. Det är just tillgången till påverkansmöjligheter

av hela livssituationen som är så väsentlig, när man har att göra med den typ av problem som ungdomar på § 12-hem har.

Många ungdomars tillvaro har kännetecknats av kaos. De behöver få uppleva en ordnad tillvaro. De kan ha upplevt att aldrig någon tagit ansvar för dem och behöver därför få detta nu i tonåren istället. De kan ha sökt gränser – struktur i tillvaron utan att de någonsin fått det. Institutionen utgör ju också en mycket starkt skyddad miljö. De frestelser som ungdomarna skulle utsättas för i en friare, öppnare vårdform, saknas. Detta betyder att det inte enbart är på de slutna avdelningarna som man utövar kontroll och beskydd mot impulser. Även öppna avdelningar innebär en slutenhet mot omvärlden. Det är av yttersta vikt att ungdomar som kan klara större frihet inte behöver vårdas på § 12-hem. Sådana ungdomar måste ha tillgång till öppnare vårdformer. För ungdomar som klarar de frestelser och den frihet som finns i öppna institutioner är det negativt att vara inlåsta på § 12-hem. Dessa ungdomar riskerar att hindras i sin utveckling.

Å andra sidan är det av yttersta vikt att de ungdomar som enbart rymmer och går en alltmer destruktiv framtid till mötes i frihet beskyddas mot sina egna destruktiva handlingsmönster genom den slutenhet och därmed det beskydd som ett § 12-hem kan ge om vården där är välstrukturerad.

Psykoterapi – av samtalstyp – är endast i ett fåtal fall en framkomlig väg. Detta dels pga att många ungdomar inte uttrycker sig genom språk utan i handlingar, dels att samtal kan vara alltför ångestprovocerande för den som har svårt att tolerera ångest. Därför måste den psykologiska behandlingen bedrivas i vardagssituationer.

Pedagogisk behandling

Pedagogisk behandling är i mycket en annan sida av samma mynt som den psykologiska behandlingen. Man kan tala om fostran, inlärning av normer, utvecklande av kompetens, självkänsla, identitet, träning till ökad självkontroll. De pedagogiska uppgifterna ligger, liksom de psykologiska, på all personal. Men lärare och arbetsledare har naturligtvis mer framträdande pedagogiska uppgifter.

Ju fler ungdomar man tar emot i skolpliktig ålder desto viktigare blir det att tillse att tyngdpunkten ligger på skolundervisning enligt grundskolans läroplan. Det är också uppenbart att de ungdomar som kommer till § 12-hem i mycket hög utsträckning saknar grundläggande färdigheter i läsning, skrivning och räkning. De behöver därför denna hjälp. Och hjälpen måste utformas behandlingsmässigt riktigt. Det pedagogiska

problemet är ofta att förmedla kunskap till ungdomar, som inte tror sig kapabla att lära sig, ungdomar son är rädda för skolsituationen, därför att den enbart gett dem känslan att de inte förstår saker. Ungdomarnas nyfikenhet har släckts och de har saknat trygghet att tillgodogöra sig kunskap. I den pedagogiska situationen på § 12-hem behövs därför systematisk uppbyggnad av trygghet för att underlätta inlärningen.

En stor andel av ungdomarna på § 12-hem har upplevt ett socialt utanförskap i grundskolan. De har placerats i specialgrupper, befriats från undervisning etc. De har upplevts svårhanterliga under många år. De kan också ha en fragmentarisk skolgång pga mängder av flyttningar. Men också genom att den unges egen oro har gjort skolgången fragmentarisk. På så vis är skolan en situation där upplevelsen av att vara utanför manifesteras speciellt tydligt. På § 12-hem behöver utanförskapet hanteras i bla skolsituationen.

På arbetsplatserna skall ske en träning parallellt med relationsuppbyggnaden arbetsledare-elev. Här ges möjlighet att träna anpassningen till dagligt liv: att gå upp på morgonen och komma i tid, att upptäcka att man har vissa färdigheter. Man kan lära in praktiska förmågor och man måste behärska sig. För de jagsvaga eleverna är detta viktiga situationer där personligheten kan stärkas just genom att den unge upptäcker sidor av kompetens hos sig själv. Identiteten stärks också om den unge upptäcker resultat av sitt arbete. Därför måste arbetsplatserna vara så organiserade att de ger ungdomarna upplevelsen av kompetens. Ställer man för höga krav t ex leder detta till misslyckanden. Förutsättningen för att arbetsplaceringen skall leda till stärkt självkänsla och stärkt jag är att arbetsledaren förstår den unges behov av jagbyggnad.

De något jagstarkare eleverna bör efter en tid kunna placeras i arbete utanför institutionen.

Svårigheten att få arbetsplatser att fungera tillfredsställande hänger samman med arbetsledarfunktionen. Det finns ingen utbildning av yrkeslärare avsedd för arbete på § 12-hem eller med den här typen av ungdomar. Ej heller finns någon större tillgång till arbetsledare med kunskaper om ungdomarnas problem. Detta kan betyda att arbetsledare på § 12-hem – om det ej är självklart att de som introduktion får en skolning i ungdomarnas problem – kommer att prioritera arbetet och arbetsresultatet framför den pedagogiska uppgiften. Periodvis kan det då bli så att det är enklare om man slipper ha elever eftersom man utför arbetet lättare själv. Detta är ett förhållande som av och till har existerat på § 12-hem.

De särskilda tvångsbefogenheterna och vilken funktion de har

Följande tvångsbefogenheter har man på § 12-hem:

Begränsning av rörelsefriheten genom placering i låsbar enhet och genom avskiljande från gruppen

Visitering

Kontroll av brev och försändelser

Beslagtagande av narkotika och andra missbruksmedel samt av annat som kan vara till men för ordningen vid hemmet

Att bestämma om besök och telefonsamtal till de intagna

Inlåsning

Inlåsning är en metod att kvarhålla ungdomar på institutionen, som annars skulle rymma. Man måste använda låst avdelning för de mest okontrollerade ungdomarna. Rätt använd blir detta en positiv åtgärd som även klienten upplever trygghet genom.

Tyvärr händer det att denna åtgärd brukas som en form av bestraffning. Man varnar med inlåsning osv. Det förekommer tom att man varnar utan att sedan genomföra. På det sättet upprepar man det lynniga uppfostringsmönster som många ungdomar vuxit upp med.

Bestraffning innebär också att personal ger inlåsning en negativ klang. Inte att man motiverar åtgärden som ett skydd mot den unges egna destruktiva impulser. Att använda inlåsning som straff är inte bara felaktigt principiellt; det är också helt ineffektivt. Självklart kan man inte hota en klient som har svårt att behärska sina impulser att rymma. Kunde han behärska sig bättre skulle han förmodligen göra det. För att intagning på låst avdelning skall inverka på rätt sätt måste personalen helt identifiera sig med att detta är en form av beskydd mot den unges impulser till destruktivitet.

Det händer att ungdomar ber att få bli inlåsta – eller att de inte vill flytta från den låsta avdelningen. Att inte svara upp mot elevens önskningar i sådana sammanhang är ofta ett svek. Ett sätt att utveckla kontrollförmåga är just att be om hjälp från omgivningen. Det är otroligt viktigt att man i behandlingen förstår betydelsen av att jagsvaga ungdomar ber om hjälp att kontrollera sig.

Visitering

När ungdomar missbrukar allvarligt måste man kunna kontrollera att de ej tar in droger. På samma sätt är det viktigt att kunna ta ifrån ungdomar knivar och liknande som kan anvndas som tillhyggen antingen mot personal eller mot dem själva.

Särskiljande från gruppen

Ungdomar med låg impulskontroll kan bli okontrollerat aggressiva både i förhållande till personal och andra ungdomar. Det finns lägen då avskiljande är den enda och mest effektiva metoden. Avskiljande (isolering) innebär att den unge för en begränsad period låses in ensam eller tillsammans med personal i ett enskilt rum. Avskiljande får inte användas som ett instrument för bestraffning, utan är ett medel att få kontroll över en situation.

Klok användning är om isolering tillgrips sällan, om den inte används som en bestraffning eller för att ge personal utrymme för aggressionsutlevelse. Vidare måste man under isoleringstiden komma till samtal med pojken eller flickan ifråga. Det är möjligt att detta inte kan ske precis i isoleringsgonblicket. Men så snart som möjligt. Isolering kan dessutom inte utdömas i ett visst antal timmar, utan måste ha det tydliga syftet att få en pojke eller flicka att återta kontrollen. När detta skett och man ånyo kan låsa konflikter i samtal skall isoleringen upphöra. Likaså om en gruppsituation föranlett inlåsning bör man föra ihop gruppen så snart detta är möjligt och samtala om de faktorer som ledde till isoleringen.

En isolering får inte lämnas obearbetad. Både under isoleringen och efter behövs ord för vad som hänt. Annars är risken att isoleringen enbart stannar kvar hos ungdomarna som ytterligare en incident av övervåld – en incident som lagras på de andra. Vad ungdomarna själva gjort isoleras – och kvar blir det personalen utsatte dem för. Genom samtal ökar man medvetenheten hos ungdomarna. Man använder situationen behandlingsmässigt. Dessa ungdomar verbaliserar i för liten utsträckning upplevelser. De uttrycker sig i handlingar. Då behöver de hjälp att ersätta handlingar med ord. Konflikter skall lösas i gräl och inte i fysiska övergrepp. Att efter en isolering gå igenom hur den kom att bli en nödvändighet är att hjälpa ungdomarna verbalisera.

Av denna beskrivning blir det tydligt att det finns särskilda instrument, förutom slutenheten – som ger personal möjlighet att få kontroll över olika situationer. Eftersom bristande gränser, bristande impulskontroll är grundläggande problem hos en stor del av ungdomarna som kommer till § 12-hem är dessa åtgärder helt adekvata. De har dessutom – rätt

använda – såväl ett psykologiskt som ett pedagogiskt värde i behandlingen.

Problemet är emellertid att åtgärderna inte alls behöver användas på ett psykologiskt och pedagogiskt rimligt sätt. Det rör sig om tvångsbefogenheter och dessa kan naturligtvis också användas som medel för förtryck. De kan även användas rent destruktivt på de sätt som ovan antytts; så att tvångsåtgärdernas effekt blir ett lynnigt bemötande – och därmed en fortsättning på den destruktiva fostran som bland andra faktorer ligger bakom kriminaliteten.

Orsaker till att tvångsbefogenheterna ibland hanteras felaktigt:

1. Det fordras en djup psykologisk förståelse för ungdomarnas problem – och för vad psykologisk behandling är – om dessa instrument skall kunna brukas på rätt sätt. Det måste röra sig om en kunskap som sjunkit in hos personalen och satt sig i ryggmärgen. Sådan kunskap fordrar mycket träning. Hela personalgruppen måste vara bärare av den – eller åtminstone de som är de största auktoriteterna på avdelningen.

2. Personal blir i situationer då elever uppträder okontrollerat, själva upprörda. Personals egen behärskning frestas. Upprördheten hos personal innehåller känslor av tex aggressivitet och rädsla. Detta minskar förmågan till ett genomtänkt agerande. Man kan aldrig få till stånd en situation där personal alltid handlar genomtänkt och behärskat. Övertramp är något som kommer att inträffa. Det är emellertid viktigt, dels att inte övertramp i efterhand idealiseras (Han fick inte mer än han förtjänade.) dels att man har inställningen att sådana situationer måste bearbetas genom att inblandade parter konfronteras med varandra och reder ut konflikten.

Hur ser god § 12-hemsvård ut?

God § 12-hemsvård innebär att institutionen tar behandlaruppgiften på allvar, och försöker möta de specifika behov den enskilda klienten har. Skissartat ser detta ut på följande sätt:

– Den klient som inte litar på andra människor, som upplevt besvikelser, kontaktbrott, misshandel, behöver möta relationer som motbevisar dessa erfarenheter, dvs personal som inte sviker, slutar, misshandlar etc, trots att den unge förväntar sig sådant uppträdande och söker provocera fram det från personal. Denna vård måste kunna möta de problem den unge utsätter vårdpersonalen för:

- Han testar gränser.
- Han testar personalens pålitlighet – han kan tom söka göra personal besviken.

- Han testar sin makt mot personalens makt.
- Har han upplevt våld och aldrig byggt upp spärrar mot aggressionsutlevelse kan han bruka våld mot personalen.

Han behöver få svar och han måste få stanna på institutionen så länge att han inte upplever struktur och årliga relationer som något tillfälligt utan som ett möjligt sätt att leva.

- Den klient som begått brott i trots mot regler och normer behöver bearbeta sin önskan att trotsa. Och han behöver möta en behandlingssituation med såväl tydliga gränser som beredskap från personal att lyssna.
- Den pojke eller flicka som agerat ut som en direkt följd av en kris behöver hjälp att i stället för utagerande möta krisen.

På den idealiska institutionern utreder man först de ungdomar som kommer. Man gör observationer, intervujer och särskilda psykologbedömningar. Dessa bedömningar sammanfattas i en beskrivning av bakgrund, personlighet, behov av behandling och former för behandling.

Behandling är differentierad till olika avdeningar. Dessa arbetar med en metodik som motsvarar respektive klientgrupps behandlingsbehov.

Psykologisk behandling på intstitution kan bäst differentieras utifrån följande variabler (om man bortser från kön, ålder, kulturellt ursprung, som också kan vara viktiga):

Relationsuppbyggnad

Att bygga en relation är huvuduppgiften ----------	Grunden för att utveckla en relation finns. Relationerna på institutionen används som bas när man bearbetar den unges upplevelser

Struktur, kontroll

Kontroll av ungdomarnas impulser måste i hög grad --------- ligga på personalen. Vården måste helt struktureras av personalen	Ungdomarna har en egen inbyggd kontroll. Gränser behövs vid enstaka tillfällen genom personal

Öppenhet - slutenhet

Sluten vård, låst avdelning ----------	Helt öppen vård, skola utanför institutionen, frihet under ansvar även kvällstid

Bearbetning - jagstöd

Ingen bearbetning alls	----------	Bearbetande samtal, individuellt
Jagstöd, ungdomarna möts på handlingsplanet		och i grupp

Avdelningar

1. Avdelning för jagsvaga ungdomar. Dessa ungdomar behöver bygga upp och lära sig lita på människor från grunden. De behöver utveckla band till personal. Dessa band måste bli av varaktig karaktär. Personal måste stå för gränser, struktur och kontroll. Personalen måste ge normer. Dessa ungdomar behöver personal som inte i första hand arbetar med samtal utan visar i handling att de är pålitliga. Ungdomar är inte nöjda med att någon förklarar varför de inte litar på omvärlden. De kan heller inte sätta någon tillit till vuxna som ger löften att de är pålitliga. De behöver fast struktur och personal som stannar kvar för lång tid. Behandlingstiden är lång; man talar ibland om ett år som minimum, men detta är klart i underkant. De kan endast på sikt lära sig lita på människor genom det bemötande de fått erfara.

Svårigheter som uppstår beror dels på att man kan få att göra med ungdomar som är mycket rädda, okontrollerade, som har misshandel bakom sig och därför kan vara mycket oberäkneliga. Ungdomar som förväntar sig misshandel söker skydda sig mot denna innan den inträffat. Ett sätt att göra detta är att ta över kontrollen.

Andra svårigheter kan vara att de försöker och lyckas rymma ofta, att de uppträder ohederligt mot kontaktmän t ex. Personalen måste få hjälp att hantera sina reaktioner på besvikelser. Vissa av dessa ungdomar ter sig alltför självständiga och risken för dem är att de tillåts flytta ut i eget boende innan de uppnått någon relation på djupet till kontaktmän och innan de på minsta sätt är kapabla att klara en sådan situation. Risken är helt enkelt att de lyckas smita från vården.

2. Avdelning för jagsvaga ungdomar som också kan bli förvirrade och brista i realitetsuppfattningen. Här behöver också band utvecklas till personalen. Men här måste man dessutom vara beredd att arbeta med ungdomar som fantiserar mycket. gestaltar traumatiska händelser i nuet, som inger känslor av obehag och total oberäknelighet. Denna personal måste vara mer beredd att kartlägga och förstå sammanhangen bakom utfall, upprördhet, utbrott. Det gäller att få kontroll på situationen. Dessa ungdomar är också i behov av en handlingspräglad behandling. De kan inte i ord reda ut sina problem. Men de behver dessutom personal som

ser den ofta lite komplicerade symboliken i deras handlande. Framförallt är det viktigt att personalen inte smittas av dessa ungdomars ångest.

Det måste vara klart för personalen att ungdomarnas gränsverskridanden inte alltid kan hanteras som om de vore provokationer. Personalen måste vara kapabel att uthärda den ångest de blir utsatta för. Man kan inte heller ha personal på denna avdelning, som har behov av att förstå allt ungdomarna företar sig. Personal måste kunna uthärda det okända, det oroande, det udda utan att reagera med rädsla och aggressivitet eller fantasier om våld. Ungdomar som på detta sätt verkar annorlunda kan lätt ge upphov till fantasier hos personal att de är helt oberäkneliga, att vad som helst kan hända att de tom är farliga. Detta utan att de någonsin utfört en våldshandling eller varit farliga.

3. Avdelning för ungdomar som har grundläggande relationskompetens. Dessa ungdomar behöver inte lära sig samhällsnormerna. De kan kontrollera sig. Men de behöver förstå mer om sig själva. De behöver personal beredd att lyssna, och i samtal reda ut saker. Gränssättning och struktur måste visserligen upprätthållas, men är ingen central uppgift i behandlingen. Ungdomarna behöver betydligt större frihet än de övriga grupperna, i varje fall efter en inledande period, under vilken de kan ha behövt se samhällets normsystem i funktion. Ungdomarna kan ofta så småningom gå i vanlig klass eller praktisera på någon arbetsplats utanför institutionen. Efterhand behöver de ej så starka restriktioner kvällstid. För denna grupp kan det vara aktuellt med individuell psykoterapi.

Avdelningen är öppen och har inget strängt regelverk. Personalen arbetar i en atmosfär av förståelse för de problem ungdomarna bär på. Tid ägnas åt samtal. Behandlingsarbete behöver riktas mot det hem som ungdomarna kommer ifrån, arbete för att lösa spänningar mellan den unge och hans förldrar. Identifikation med personal är viktig – men inte för att bygga upp en identitet från grunden. I många fall är ett alternativ till denna avdelning öppna ungdomshem.

Vissa av de jagsvaga eleverna kan ibland bli våldsamma. Därför behöver dessa ägnas särskild uppmärksamhet vad gäller urval av personal, personalutbildning, handledning, struktur inom institutionen och vilken belöning personal får om de lyckas minska en pojkes eller flickas farlighet och benägenhet att gripa till våld.

Tre saker måste stå i förgrunden:

- Personal behöver lära sig tekniker att känna igen och förutse våld så långt möjligt.
- Personal måste utveckla tekniker att bemöta våld.
- Personal måste ha instrument till sitt förfogande som minskar risken för överfall. Ett exempel är isolering

Förutom att skilja ut olika arbetsformer för olika ungdomsgrupper behöver en differentiering av ålderskategorier göras. 13 - 16 år bör skiljas från 16 - 21. Ju äldre ungdomarna är desto fastare har en negativ identitet formats. Därför uppstår problem om man vill behandla unga pojkar och flickor tillsammans med äldre. De äldre erbjuder de yngre en negativ identitet att efterlikna i konkurrens med personalen.

För ålderskategorin 16 - 21 år kan det också finnas skäl att ha särskilda institutioner eller avdelningar för jagsvaga flickor. Dessa kan ha stort behov att slippa utsatthet från pojkar.

God § 12-hemsvård finns inte koncentrerad till någon eller några skolor idag. Snarare är det så att det finns goda ansatser på många skolor. Delar av verksamheten fungerar väl, det finns eldsjälar som driver på inom sitt omrde. Men det fattas en samling av de goda krafterna, så att olika delar av § 12-hemsvården inte motverkar varandra.

4 Organisation och ledning

Institutionens interna organisation

Den vanligaste organisationsmodellen ser ut på följande sätt:

I ledningen finns en föreståndare – eller med en gammal beteckning som fortfarande dröjt sig kvar – rektor. Under rektor biträdande föreståndare och ett antal behandlingsassistenter, däribland i vissa fall en särskild fritidsassistent.

Rektor styr över ett antal avdelningar, som kan variera från en avdelning upp till fem. Till rektor finns i allmänhet ett administrativt kansli knutet, med personalchefsfunktion, ekonomiassistentfunktion och kanslister. Avdelningarna har i allmänhet en avdelningsföreståndare som leder avdelningsarbetet. Under honom ett antal behandlare – vårdpersonal eller behandlingsassistenter/behandlingspersonal med dagens beteckningar.

Inom skolans ram finns i allmänhet ett antal arbetsplatser (tex mekanisk verkstad, snickeri, trädgård). Vid dessa finns arbetsledare eller yrkeslärare. Vidare har man en eller flera lärare anställda att leda den teoretiska undervisningen.

Den enskilde eleven har därför följande personer att relatera till (personer av betydelse och vissa maktbefogenheter gentemot honom): rektor, en särskild kontaktperson, avdelningsföreståndaren på den avdelning där han vistas, vårdpersonal-behandlingsassistenter arbetsledaren på den arbetsplats, där han är placerad dagtid, lärare.

Organisationen är hierarkisk men inte på ett tydligt sätt i alla avseenden. avdelningsföreståndren har ingen klart överordnad roll gentemot övrig personal utom vid de tillfällen då de har jourtjänstgöring eller vikarierar som rektorer. När denna grupp inte har dessa speciella funktioner är deras främsta uppgft att arbeta med sina respektive elever. De håller kontakt med hemmet, de kallar till behandlingskonferenser, de håller kontakt med socialsekreterare etc.

En institution som skall påverka och bygga upp identiteten hos ungdomar , får inte vara uppsplittrad. Den måste verka som en enhet. Den unge får inte utsättas för nyckfullhet - något som riskerar att inträffa om antalet grupper han skall möta är stort. Ju större gruppen vuxna är runt en enskild pojke eller flicka, desto större är risken för splittring. Och att de vuxna inte klarar av att samarbeta.

Att dessutom särskilja uppgifter som kontakt med hemmet, behandlingskonferenser, kontakt med socialsekreterare, hjälp att söka arbete etc från den dagliga fostran är helt förkastligt. Den eller de som styr eleven närmast behöver också ha dessa praktiska uppgifter av betydelse att utföra tillsammans med eleven. De behöver dessutom ha en viss förldramakt i förhållande till sin elev.

Med den beskrivna hierarkiska strukturen hamnar man dessutom ofta i den absurda situationen att det finns ett stort antal personal på institutionen. Men att ändå personal på avdelningarna får gå alldeles för ensamma på tider då våld och okontrollerat uppträdande riskerar att inträffa.

På de särskilda utredningsavdelningarna finns behov av särskild personal som skriver och sammanfattar bedömningar och dessa kan endast delvis arbeta i den direkta vården. Däremot vad gäller övriga avdelningar bör personalgrupperna vara knutna till avdelningar och ingå i avdelningsteamen. De enda undantagen utgör arbetsledare och lärare.

Arbetsledare liksom lärare har en specifik funktion vid sidan av vården. De skall inte bara ingå i behandlingen. De skall dessutom förmedla kunskap. Det man behöver se över är hur många arbetsplatser som behövs på ett § 12-hem. Utredningsavdelningar har behov av sysselsättning men ej regelrätta arbetsplatser.

Team runt varje elev

Runt varje elev behöver en grupp bildas av de som har särskilt ansvar för eleven ifråga. Dessa bör tillsammans analysera elevens problem, bakgrund, personlighet och utvecklingsmöjligheter. De bör ha det dominerande inflytandet över beslut som fattas runt eleven. De behöver

klargöra vilka roller de har för varandra och diskutera sig fram till en enhetlig behandlingslinje, som sedan den övriga skolan har att begrunda. Denna grupp bör stå som garant för att eleven får en enhetlig behandling. Gruppens medlemmar är tex: kontaktman, arbetsledare, lärare, psykolog. Om det finns en särskild assistentgrupp, bör elevens assistent tillhöra denna grupp.

Chefsansvaret

Föreståndarskapet på § 12-hem är komplicerat. Vårdformen är ovanlig. Det är svårt att skaffa sig framförallt den behandlingskompetens som krävs.

Många elever är – som ovan beskrivits – svåra att hantera för vårdpersonalen. Den personal som befinner sig närmast ungdomarna upprörs, skräms, tappar ibland behärskningen. Mycket av obehaget kanaliseras mot ledningen för institutionen. Det är svårt att rekrytera erfaren personal.

Idag är både behandlingsansvaret och det administrativa ansvaret lagt på chefsfunktionen. Detta betyder egentligen krav på dubbel kompetens. Såväl behandlingskompetens som administrativ kompentens och förmåga att leda.

Det finns en risk att man tar det administrativa ansvaret på större allvar än behandlingsansvaret, när man rekryterar chefer till dessa institutioner.

Behandlingsansvaret får inte bli av sekundär vikt jämfört med det adminsistrativa ledningsansvaret. En tänkbar möjlighet är att överväga att dela ansvaret mellan behandlingsansvar och administrativt ansvar. Detta har flera fördelar.

Det är lättare att rekrytera personer med behandlarkompetens och personer med administrativ kompetens var för sig. Kombinationen är svår och det blir lätt det administrativa ansvaret som kommer i förgrunden.

Som administratör ställs chefen inför krav från personal som helt kan strida mot behandlingsprinciperna. Kraven kan vara att svårhanterade ungdomar skall skrivas ut. Dessa krav kan vara mycket hårda. Är behandlingsansvaret inte något man ställs till svars för medan ledningsansvaret utsätts för prövningar från fackliga organisationer tex är det alltför lätt att ungdomarnas behov väger lätt – och att personals önskningar och krav blir det som tillfredsställs.

Har § 12-hemsvården låg status och om personalen är präglad av dystra tankar om att det inte går att göra något åt ungdomarna, så kommer saker som att ha det lätt på arbetet i fokus. Man vill skriva ut svårhanterliga elever. Det ger ingen belöning att lyckas klara upp en situation. Det

är då fullt förståeligt om man vill ha det så lätt som möjligt. Skall personal göra sitt yttersta för att behålla svårhanterade elever måste detta innebära belöning i någon form.

För att inte denna konflikt alltid skall behöva leda till att ungdomarna förlorar är en lösning att dela ansvaret.

Behandlingsansvar

I vårdansvaret ligger att göra upp en vårdplan - en plan där man beskriver:

- Hur problembilden ser ut
- Vilka åtgärder som hittills vidtagits
- Varför institutionsvård aktualiserats
- En skiss över vad man räknar med att institutionsvården skall ge - målet med institutionsvistelsen

Behandlingsansvaret innebär att det är institutionens uppgift att utforma en detaljerad behandlingsplan. Denna bör innehålla rubriker som

- Problem, som föranlett intagning på institution
- Bakgrund - problemens utvecklinshistoria, den unges uppväxt, tänkbara orsaker till problemen
- Den unges personlighet, mognad - utvecklingsnivåer, resurser i den unges personlighet och familj
- Målsättning för behandlingen - uppdelad i delmål
- Åtgärder - behandlingsformer

Behandlingsansvaret är oerhört väsentligt och behöver diskuteras mer än vad som sker idag. Det är svårt att definiera hur behandlingsansvaret ser ut och därför mycket svårt att beivra en destruktiv vårdsituation, trots att det är uppenbart att vissa åtgärder kan försämra och andra kan förbättra den unges möjligheter att utvecklas i livet.

Exempel

Upprepade flyttningar mellan vårdinstitutioner och familjehem är en ytterligt destruktiv åtgärdskedja, särskilt om man har att göra med ungdomar vars grundläggande problem är att de aldrig kunnat lita på relationers varaktighet, ändå händer det att behandlingsinstitutioner bryter band, även i sådana fall där detta inte är nödvndigt. Även från den öppna socialtjänstens sida kan omflyttningar ske. Detta inträffar ibland och man får som en direkt konsekvens katastrofala ageranden från den unges sida.

Bör det finnas någon form av granskning, där behandlingsansvaret på en institution prövas? Det händer att ungdomar får utstå groteska former av felbehandling till dyra kostnader för samhället.

Konsulterna

De konsulter man använder sig av är främst psykologer och läkare. Läkare är med vid bedömning om psykiatrin kan vara lämplig behandlingsform för vissa elever. Det händer att man på § 12-hemmet behöver hjälp med medicinering av vissa ungdomar som är mycket oroliga.

Psykologer finns på alla § 12-hem. Psykologen ingår ofta i arbetslaget. Psykologens roll är att föra in behandlingstänkande, förståelse för ungdomarnas problem och hur man kan arbeta. De står för planering och gör bedömningar av ungdomars personliga utveckling. Psykologen är oftast den som har den högsta behandlarkompetensen på § 12-hemmet. Detta är naturligtvis inte fallet när psykologen är mycket ung och oerfaren. Men psykologer med terapeutisk vidareutbildning och lång erfarenhet av att anpassa de psykologiska kunskaperna till en miljterapeutisk vårdsituation har den högsta behandlingskompetensen på institutionen.

Samverkan institution – socialtjänstens öppenvård

Samverkan med öppenvård – socialsekreterare – sker främst i form av behandlingskonferenser. Där diskuteras oftast inför den unges forsatta vård och senare om utflyttning. I allmänhet fungerar samverkan väl. Socialtjänstlagen och kommunernas vårdansvar innebar att samverkan nödvändiggjordes och detta har inneburit stora fördelar. Öppenheten från bägge håll har blivit större och man har lärt om varandras verklighet.

Ungdomar som tas in i § 12-hem har i många fall vårdats i någon annan vårdform före intagningen. Flera tidigare vårdformer kan ha förekommit enligt den den gamla upptrappningsmodellen där ingripanden startade med placering i familjehem för att fortsätta i någon form av institution. Socialtjänstlagen och LVU ger numera inte stöd för en sådan ingripandemodell men utesluter inte heller möjligheten. Om ett barn måste tas ifrån sitt föräldrahem i ung ålder p g a föräldrarnas olämplighet som fostrare kan det hända att barnet senare måste tas in i institution till följd av sitt eget beende. Om barnet i dessa fall så småningom uppvisar ett allt mera svårbemästrat beteende med kriminalitet, rymning och aggressivitet kan till slut enda alternativet vara placering i § 12-hem.

Sådana placeringar får ofta karaktären av akutplaceringar. Man har ofta försökt i det längsta att undvika omplacering i en ambition att undvika skadliga kontaktbrott i vården. Denna vällovliga ambition har dock en negativ sida. Den unge blir mera belastad med upprepade misslyckanden och kanske ökad kriminalitet, ökat missbruk o s v. Den unga klient som till slut kommer till § 12-hemmet som akutfall får därmed en dålig utgångspunkt för sin fortsatta rehabilitering. Han betraktas av alla , inte minst sig själv, som en heltigenom misslyckad människa.

I de efterfrågeundersökningar som socialstyrelsen gjorde under 1990 visade sig mer än 50 % av ansökningarna avse akutfall. De flesta avsåg ungdomar som vid ansökningstillfället var intagna i familjehem eller i andra hem för vård eller boende. Trots att dessa ansökningar inte var välplanerade utan mera kan betraktas som ett slags nödåtgärder är det viktigt att de kan genomföras. Förekomsten av dessa fall är en indikation på att socialtjänstens vårdapparat inte fungerar tillfredsställande. Av efterfrågeundersökningarna framgick också att endast ca 20 % av ansökningarna kunde beviljas. Detta innebär att huvuddelen av de ungdomar som befann sig i en akut krissituation tvingades kvar i denna eller måste omplaceras till någon vårdform som inte hade adekvat kompetens.

Den samverkan mellan § 12-hemmen och andra vårdformer som krävs i dessa fall ställer krav på flera områden. Dels behöver § 12-hemmen anpassas bättre till den aktuella efterfrågebilden, både vad gäller antalet platser och i fråga om klientbehov, dels måste den vårdansvariga socialtjänsten utveckla metoder och kunnande i fråga om att identifiera klienternas behov. Därigenom kan den enskilde klienten snabbare och säkrare få den vård och behandling han behöver.

Ibland efterfrågas också andra former av samverkan mellan § 12-vården och den öppna vården och de öppna institutionerna. Flera av dessa former kan på behandlingsmässiga grunder ifrågasättas.

I många fall rör det sig om önskemål om att få ta § 12-vården i anspråk enbart för akuta ingripanden som får formen av gränssättning och/eller bestraffning. Önskemålen och ideerna bygger ofta på uppfattningen att de ungas beteende är rationellt och styrs av individens vilja och förnuft. Den unge förutsätts kunna träffa ett medvetet val mellan att "sköta sig" i öppnare vårdformer eller att ta konsekvenserna och bli inlåst. Det anförs också att de öppna institutionerna skulle se § 12-hemmet som en sista trygg utpost att ta till eller hota med när ungdomarna blir alltför besvärliga. I denna modell skulle "behandlingen" inte ges inom § 12-hemmet utan i de öppnare hemmen. Om ungdomarna får välja skall de snart inse att det "lönar sig" att vara skötsam och att de därmed blir motiverade att delta i behandlingen.

Vad företrädarna för detta synsätt glömmer, eller inte känner till, är att de ungdomar som måste tas in i § 12-hem uppvisar mycket svåra sociala och emotionella störningar, ofta i kombination med djupgående psykiska störningar som ibland är av den grad att de klassas som psykisk sjukdom. Dessa ungdomar kan till följd av sina djupa störningar inte styra sitt beteende på ett rationellt sätt eller göras fullt ansvariga för sina handlingar. En valsituation i vilken de själva förväntas ta ställning till öppen eller sluten vård blir för dessa ungdomar helt meningslös.

Behandlingen för denna grupp måste i stället inriktas på att stödja individens friska och välfungerande sidor och utveckla de delar av personligheten som till följd av tidiga störningar i personlighetsutvecklingen uppvisar brister.

Detta arbete kräver kompetens, tid och stabila personliga relationer med behandlarna. Avbrott i personkontinuiteten är särskilt skadlig vid behandling av klienter med känslomässiga störningar. Behandlingen kan därför inte utformas som en vårdkedja eller" stationsbehandling". Det är viktigt att den eller de personer som påbörjat behandlingen också får slutföra densamma. Brott i personkontinuiteten verkar befästande på de skador som den unge har. Det är också direkt skadligt att dela upp behandlingsarbetet så att vissa människor blir vårdande och vissa blir bestraffande. Något som utmärker de tidigt störda ungdomar som brukar betecknas som borderlinepersonligheter är just att de tenderar att, som ett psykologiskt försvar, indela omvärlden i "onda" respektive "goda".

Det är bl a av nu nämnda skäl som § 12-vården inte bör tilldelas uppgiften som straff- och korrigeringsapparat inom socialtjänsten. De tvångsbefogenheter som tilldelats § 12-hemmen har tillkommit för att vården skall kunna genomföras trots att klienten inte vill medverka. Tvånget ger således hemmen möjlighet att förhindra rymning, att bryta ett akut,destruktivt beteende samt att skydda den intagne, personalen och övriga intagna från skador. Avsikten med tvånget har således aldrig varit att straffa de intagna. Det har heller aldrig förutsatts att tvångsåtgärderna i sig skulle medverka till att utveckla de intagnas ansvarskänsla eller motivation.

Där kritik riktas mot § 12-hemsvården ifrån socialsekreterare rör det sig ofta om utskrivningar. Man vill från institutionen skriva ut en pojke eller flicka men socialsekreteraren kan inte pressa fram någon rimlig planering för den unges utskrivning.

Inom socialtjänsten finns en lite snedvriden diskussion om öppenhet, som har lett till att klienter ofta tas med vid behandlingskonferenser. Detta motiveras med öppenhet. Konferenser där klienten är närvarande innebär stora risker; konferenserna kan urarta och bli kaotiska. Konferen-

sen används inte för att planera, utan de professionella parterna lockas in i diskussioner, som utgör försök att behandla. Dvs i stället för att planera sker man genomföra en ännu inte uppgjord behandlingsplan. – Att unga människor och föräldrar måste ha full insyn i alla beslut som tas om deras vård måste inte innebära att de närvarar vid alla möten som professionella har.

Det behöver alltså göras något åt främst formerna för samverkan med den öppna socialtjänsten.

Brister i organisation, ledning, vård

Eftersom bristerna beskrivits i den löpande texten tas de här enbart upp i punktform:

1. Det saknas vidareutbildningar som kan ka personalens kompetens utöver grundnivå.
2. Det finns ofta för många niver i hierarkin på § 12-hem. Elever kan få svårt att veta vem som bestämmer och vem de kan förlita sig på.
3. Man har sällan genomfört någon ordentlig differentiering av vård-avdelningar. Med påföljd att ungdomar med mycket olika personlig mognad och behandlingsbehov blir behandlade på samma sätt.
4. Man har inte utvecklat metoder att möta våld. Eftersom detta är det problem som leder till helt oplanerade utskrivningar torde det vara mycket väsentligt att avhjälpa.
5. De speciella åtgärderna för att få kontroll på en avdelning får ibland straffprägel i stället för att vara tydliga skyddsåtgärder.
6. Generellt är behandlingsplaneringen svag och man genomför dåligt de planer man gör upp. Här rör det sig om att man behöver mer kompetens för att förstå vad psykologisk behandling är för dessa ungdomar.
7. Behandlingen är alldeles för sällan enhetlig. För många personer drar åt olika håll. Detta kan också härledas till att man inte utformat någon genomtänkt behandlingsid. Det gör det också svårt att ge ungdomar och föräldrar information om på vilket sätt de skall få hjälp.
8. § 12-hemsvården har för låg status. Detta påverkar behandlings-personalens insatser. Att vårda de svårast störda ungdomarna som agerar ut är en mycket krävande uppgift om man skall uppnå resultat. Skall personal stå ut med det svåra arbete god behandling innebär, så måste personalen få tydlig belöning för god arbetsinsats. Som det är idag blir man inte mer belönad för en god insats än för en dålig. Man är ofta ensam att ge sig själv feed-back på arbetet. Detta förhållande måste förändras, kanske inte i första hand i form av höjda löner, utan erkänsla

som tar hänsyn till att verksamheten är svår. Det mste bli statusfyllt att lyckas hjälpa så svårt störda ungdomar som många av dem som kommer till § 12-hem.

Hur borde det vara

Här ges några förslag i punktform. Övriga förslag återfinns i den löpande texten.

1. § 12-hemsvårdens klientgrupp måste vara tydligt definierad. Problem med ungdomar på institutioner behöver låsas inom institutionernas ram. Man måste överväga metodfrågor och personalfrågor. Det måste finnas tillräckligt med personal i en orolig situation. Och en ordentlig metodik behöver utarbetas för de avdelningar som skall ta emot de mest jagsvaga och utagerande eleverna, de elever som kan agera ut i våldsamheter.

2. Det behöver byggas upp en status i denna vårdform. Behandlingsuppgiften är utomordentligt svår om man vill hjälpa ungdomarna. Det måste vara belönande att lyckas.

3. Statusen kan bla påverkas om man utvecklar speciell utbildning inom området institutionsbehandling. Sådan utbildning behövs för att stärka personalens kompetens i den direkta vården.

4. Organisationsformen måste vara så platt som möjligt. Den som har mest kontakter med ungdomarna skall också vara den som har befogenheterna och håller kontakten med hemmet, socialsekreterare osv.

5. Differentiering av vården på olika avdelningar är en nödvändighet. Ibland kan differentiering inte ske inom en skola utan man får differentiera inom en region.

6. En central intagning behövs för att ungdomar skall hamna på rätt avdelning.

Bilaga3

Socialstyrelsen

PM angående vården vid hem enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall; LVM

Inledning

Vården av personer med missbruksproblem har genom 11 paragrafen SoL (socialtjänstlagen 1 januari 1982) fastslagits vara en uppgift för socialtjänsten. Socialnämnden skall sträva efter att finna en samlad lösning på sociala svårigheter i den enskildes eller gruppens situation och all vård och behandling inom socialtjänsten om möjligt ska ske frivilligt. Vård utan samtycke skall inte komma ifråga annat än då det är oundgängligen nödvändigt. Man får heller inte använda mer långtgående åtgärder än vad som är nödvändigt för att genomföra vården i varje enskilt fall. En vård utan samtycke skall vara begränsad till vad som fordras för att ge den enskilde viljan och förmågan att fortsätta vården frivilligt. Lagen ska ses som ett komplement till SoL.

Den 1 januari 1989 trädde en ny lag i kraft om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Den nya lagen ersätter den tidigare LVM-lagen som tillämpats sedan den 1 januari 1982.

Lagens syfte

Grundtanken är att främst den enskildes behov av vård skall vara avgörande - att motivera missbrukaren att frivilligt ta emot fortsatt behandling och stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Den frivilliga vården ges enligt socialtjänstlagen. LVM är en kompletterande lag som reglerar förutsättningarna för att avvika från den grundläggande frivillighetsprincipen i socialtjänstlagen.

I den "gamla lagen" kommer i praktiken tvångsvård som regel i fråga i mycket sena stadier av missbruket och i situationer som kan beskrivas som akuta. Det innebär bl a att missbrukare strax över 20 år sällan kom i fråga för LVM -vård. Detta faktum har varit en starkt bidragande orsak till förändringen av lagen.

Enligt lagen från den 1.1.1982 ,(gamla lagen), "kan" missbrukaren beredas vård enligt LVM, om förutsättningarna för detta är uppfyllda. Detta "kan" ändrades till "skall". Samhället har en skyldighet att ingripa om missbrukaren eller hans närstående befinner sig i så allvarlig fara som lagen anger och frivilliga insatser inte hjälper. Genom "skall" markeras detta ansvar.

Vårdtiden

Den längsta vårdtid som kan förekomma är 6 månader. Efter 3 månaders vistelse på ett LVM-hem ska föreståndaren anmäla till sin styrelse om inte vård i annan form kommit till stånd. Bestämmelsen har tillkommit för att motverka att någon av slentrian kvarhålls i vård med mer restriktiva former än vad som är nödvändigt för att genomföra vården. Dock har man velat markera att överförandet till annan vård inte får bli ett självändamål utan måste göras med utgångspunkt från klientens aktuella situation, konstaterade vårdbehov och förutsättningar i övrigt.

I den "gamla lagen" var vårdtiden 2 månader med möjlighet till förlängning ytterligare 2 mån. Erfarenheten visar att den enskilde ibland såg förlängningen som en bestraffning.

Strävan bör vara att vårdperioden ska göras så kort som möjligt och att klienten med hjälp av lagen slussas över till någon annan lämplig vårdform utanför LVM -hemmet så snart det finns förutsättningar. I "gamla LVM " bedömdes vårdtiden vara för kort för att medge både vård på en LVM - institution och i frivillig form.

LVM -vården skall upphöra så snart syftet med vården har uppnåtts.

Ansökan

En ansökan föregås av en anmälan av socialdistriktet, anhörig, polis, sjukvård eller annan till länsstyrelsen. Länsstyrelsen ansvarar i sin tur för utredning och ansökan till länsrätten.

Utredningsarbetet, d v s insamlandet av faktaunderlaget, skall görs antingen av socialnämnden eller länsstyrelsen. Länsrätten beslutar om beredande av vård enligt LVM. Beslutet som föregås av muntlig förhandling där den enskilde förutom att han/hon personligen kallas också skall ha ett offentligt biträde.

Regeln om muntlig förhandling har kommit till för att så långt som möjligt tillgodose rättssäkerhetskravet då man ansett att det kan vara

lättare för missbrukaren att redovisa sådant som han/hon tycker skall tas med i bedömningen. Beslutet kan sedan verklagas hos kammarrätten. Socialnämnden verkställer beslut om vård enligt LVM.

I akuta situationer får socialnämnden och polismyndigheten besluta om omedelbart omhändertagande av en missbrukare (paragraf 13 LVM). Även länsrätt kan efter länstyrelsens ansökan om vård, besluta om ett omedelbart omhändertagande. Detta kan ske när det finns ett omedelbart behov av åtgärder till följd av situationens allvar.

Paragraf 4

Tvångsvård skall beslutas, om någon till följd av ett fortgående missbruk (generalindikationen) av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (1980:620) eller på något annat sätt och att han/hon till följd av missbruket (specialindikationerna);

1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt (hälsoindikationen)
2. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv. Indikationen tar i första hand sikte på de yngre missbrukarna i syfte att minska risken att de blir helt utslagna från utbildnings - och arbetsmarknad samt från normala relationer och ett acceptabelt boende (sociala indikationen)
3. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Risk för självmord ingår i denna indikation. Med skada avses inte bara fysisk skada utan även psykiskt lidande (våldsindikationen)

Om någon för en kortare tid ges vård med stöd av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt denna lag.

- Ansvarsfördelning

LVM-hem drivs av landsting och kommuner samt i vissa fall av kommunalförbund. Huvudmannen ansvarar för att det i regionen finns tillräckligt antal platser på LVM-hem för klienter dömda till denna vårdform.

Den som förestår vården vid ett LVM-hem beslutar om intagning efter förfrågan från socialnämnden i en kommun. Socialnämnden är betalningansvarig.

Utskrivning beslutas av föreståndaren efter samråd med den socialnämnd som har vårdansvar.

Uppdragsgivare är alltid en socialnämnd. Förfrågan om plats görs i allmänhet direkt till LVM-hemmet i samband med den redogörelse som socialnämnden skall lämna till länsstyrelsen då frågan om beredande av tvångsvård uppkommit. Detta kan innebära att socialsekreterare får ringa runt länge innan en plats går att uppbringa. Många socialsekreterare har dessutom dålig kunskap om de olika LVM-hemmens arbetsmetoder och vilka klientgrupper de tar in, vilket är förståeligt då LVM-vården är ett akut undantag från den frivilliga missbrukarvård som socialtjänstlagen utgår ifrån.

Uppdraget att vårda en klient kommer från respektive socialnämnd. Anmälan till länsstyrelsen kan dock komma från såväl socialnämnd som läkare, polis, anhörig eller annan. I ett nationellt perspektiv kommer f n cirka hälften av alla anmälningar från socialtjänsten. Lokala avvikelser från denna fördelning finns. Det kan dock inte uteslutas att socialtjänstens benägenhet att göra anmälningar kommer att minska till följd av snävare ekonomiska ramar. Härav torde följa, att andelen anmälningar från läkare, polis och anhöriga kommer att öka.

Innan LVM-vård kan komma i fråga skall de frivilliga resurserna vara uttömda. Detta betyder, att klienterna oftast har vårdats i en rad olika former jml socialtjänstlagen.

Av LVM-lagen och SOL framgår, att socialnämnden har ett huvudansvar för klienten före, under och efter tvångsvården. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Detta bör speciellt beaktas vid vård av psykiskt störda klienter.

– Kompetens hos personalen

I kvalitetskraven för att erhålla platsbidrag till § 23-hemsvården anges bl a att personalen skall ha hög utbildningsnivå. Detta gäller såväl ledningen för institutionen som behandlingspersonalen i övrigt.

Lämpligast är en blandning av olika utbildnings- och erfarenhetsbakgrunder. Härvid kan nämnas socionomer, psykologer, anstaltspedagoger, fritidspedagoger, mentalskötare, sjuksköterskor samt de med den speciella behandlingsassistentutbildning som ges vid bl a Stensunds folkhögskola.

Till detta bör även läggas behovet av erfarenhet av missbrukarvård och institutionsvård samt en gedigen personlig mognad och arbetslivserfarenhet i övrigt.

Fortbildning av personalen är väsentlig för att upprätthålla vårdkvalitet och arbetstillfredställelse samt utveckling av verksamheten.
Gemensam utbildning för behandlingspersonal vid § 23-hem har genomförts i motivations- och samtalsmetodik. Denna utbildning har genomförts i internatform där personal från olika hem har sammanförts. Utbildningen har varit mycket uppskattad.

Utöver denna nationella utbildningssatsning planeras lokalt eller regionalt arrangerade fördjupningsutbildning, som mer riktar sig mot de enskilda institutionernas behov.

Önskade kurser gäller bl a vad som händer i det dagliga mötet mellan behandlings- personal och klienter. När det gäller fortsatt utbildningsplanering måste även hänsyn tas till behovet av specialisering mellan de olika LVM-hemmen.

Institutet för kunskap om missbruk, IKM, vid socialstyrelsen bör ges en tydlig uppgift i den vidare planeringen av lokala LVM-utbildningar. F ö arbetar de även med spridandet av den s k Växjö-modellen för utbildning av behandlingspersonal i missbrukarvården.

- Lokaler

Institutionerna skall vara så inrättade att bra missbrukarvård ska kunna ges klienterna i form av heldygnsomhändertagande.

Det bör finnas möjlighet att skilja påverkade och abstinenta klienter från de övriga klienterna på hemmet. Detta genomförs lämpligast genom tillskapandet av särskilda låsta intagningsavdelningar, där även de flest förekommande formerna av avgiftning kan genomföras. Vid komplicerade, livshotande abstinenser skall givetvis klienten föras till akutsjukvård, – men detta torde vara extrema undantagssituationer, som kan upptäckas vid en obligatorisk läkarundersökning i samband med intagningen.

På LVM-hemmens låsta avdelningar bör ställas krav på planlösningar, som ger ljus, volym och överskådlighet. Detta torde bl a innebära en rekommendation om enplanslösningar som varken är för små eller för stora. Åtta till tio platser torde kunna inrymmas på en avdelning av lämplig storlek. På eller i direkt anslutning till en låst avdelning måste även finnas utrymmen för samvaro, aktiviteter och enskilda samtal.
Generella krav på enkelrum och egna toaletter för varje klient skall inte ställas. Dock bör klienter på låst avdelning, som så önskar, kunna erbjudas eget rum.

LVM-hem med enbart låsta avdelningar bör ej eftersträvas i framtiden. En kombination av låsta och öppna avdelningar är att fördra av såväl behandlings- som ekonomiska skäl.

Vid beaktandet av lokalisering bör även närhetsprincipen beaktas. Det bör vara lätt för socialsekreterarna att utan alltför stor tidsspillan kunna besöka sina klienter och delta aktivt i den fortsatta behandlingsplaneringen.

- * -

Klienterna

De klienter som blir föremål för LVM-vård har alla konstaterats vara i en mycket utsatt situation till följd av sitt missbruk, som blivit så kompulsivt att det inte går att bryta i frivilliga former och klienten har inte velat medverka i rehabiliteringen. För övrigt har de mycket skiftande bakgrunder och behov.

Ökad differentiering mellan de olika LVM-hemmen torde bli en av de viktigaste uppgifterna i den fortsatta utvecklingen. Härvid skulle en gemensam nationell intagningsfunktion kunna få en mycket god överblick över de behov och önskemål som socialnämnderna har på LVM-vården. Dessutom skulle en sådan organisation snabbt kunna möta nya behov och även styra en mer förändringsbenägen vårdorganisation.

En stor grupp missbrukare har psykiska störningar. Detta torde vara mellan 30 och 50 % av hela klientelet. De gravast störda behöver speciella hem med särskild kompetens och behandlingsmetodik. Av erfarenhet vet man att det är de klienter som har psykiska störningar, som inte kan motiveras till frivillig vård. De tenderar att bli kvar på de låsta avdelningarna hela vårdtiden, vilket leder till ostrukturerade utskrivningar, när den maximala vårdtiden (6 månader) gått till ända.

Bakrundsbehov bör vara mer styrande än missbrukspreparat vid val av specialisering i resursuppbyggnaden, då blandningar av olika preparat synes vara det mest förekommande missbruksmönstret.

Låsta § 23-avdelningar bör vara enkönade. På tvåkönade avdelningar riskerar kvinnorna alltid att hamna i samma beroendeställning och förtryck som i de missbrukande subkulturerna. Nyskapade parrelationer förhindrar meningsfull individuell planering och gör missbrukaren mindre angelägen att ta itu med de problem, som är orsaken till LVM-vården.

- * -

Vårdens innehåll

Målet för LVM-vården definieras klart i lagens tredje paragraf;

> "Tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk."

Frånsett detta gemensamma mål, att motivera till frivillig vård och behandling, ser vården och behandlingen olika ut på institutionerna. Det finns inte ett LVM-hem som är det andra likt; både vad det gäller byggnader och vårdinnehåll. Det finns inte någon allenarådande vårdideologi, vilket är att fördra, då klientgruppen är så skiftande.

- * -

Organisation och ledning

I nuvarande lagens tjugoandra paragraf definieras ledningsfunktionen på följande sätt;

> "Tvångsvård lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner och kommuner och som är särskilt avsedda att lämna vård enligt denna lag (LVM-hem). Ett sådant hem skall ledas av en styrelse. Styrelsen förestår vården vid hemmet i den mån uppgiften inte har överlåtits på en föreståndare"

I praktiken finns alltid en föreståndare som har det yttersta ansvaret för verksamheten. Föreståndarens befogenheter är vida. De enda beslut som klienterna kan överklaga är beslut om förflyttning enligt 25 paragrafen, avslag på beslut om utskrivning eller förstörande eller försäljning av egendom enligt 36 paragrafen.

I ledningsgruppen bör även finnas två biträdande föreståndare;
En ansvarig för behandlingsfrågor och en ansvarig för personalfrågor. Alternativt kan föreståndaren kalla sig institutionschef och under sig utse ett antal avdelningsföreståndare med ansvar för var sin avdelning.

I ledningsfunktionen finns även skyldighet till föreståndarberedskap, som bör delas mellan minst tre, som alla kan anförtros ansvaret för ledningen av LVM-hemmet i en krissituation. Beredskapen förutsätter, att föreståndaren eller dennes ställföreträdare kan gå in i aktiv tjänstgöring inom 45 minuter.

- *** -

Det stora missbruksvårdrsperspektivet

CAN uppskattar att det finns 300'000-500'000 alkoholmissbrukare i landet. Av dessa torde 10 % kunna betecknas som tunga missbrukare. Uppskattningar av narkotikamissbruket anger att antalet tunga missbrukare är 14'000-28'000. Till detta bör även fogas missbruket av läkemedel, vilket förekommer både som primärt missbruk och som sidomissbruk till såväl alkohol som narkotika. Utvecklingen synes gå mot en utbredning av blandmissbruk mellan de tre angivna huvudgrupperna.

Målet för den svenska missbrukarvården, är att nå alla med vård och behandling. I ett internationellt perspektiv är detta ett mycket högt ställt mål och ännu är vi långt från att uppnå det.

Platsbehovet av slutna § 23-hemsplatser

Av de ovan rubricerade tunga narkotikamissbrukarna torde 5 % vara i behov av initialvård på sluten avdelning under en genomsnittlig vårdtid av tre månader. Detta betyder minst 175 personer i relation till ovanstående uppskattningar. Det torde inte vara troligt att antalet alkoholmissbrukare med behov av initial slutenvård skulle vara mindre än 175, varför en försiktig uppskattning av platsbehovet av slutna paragraf 23-platser bör vara 300-350. Detta har även bekräftats av enkätundersökningar.

LVM paragraf 23-hem i drift

	Slutna	Öppna	Män	Kvinnor	Målgrupp
Hornö	12	17	ja	ja	alk/nark
Håkanstorp	15	10	ja	ja	alk/nark/läkem
Lidö	26		ja	ja	nark
Rålambshov	13		nej	ja	nark
Salberga	18		ja	nej	nark
Hessleby	8	42	ja	ja	alk från 25 år
Stigbyskolan	4		ja	nej	20-24 år
Holmahemmet	10	32	ja	ja	alk/nark/bland
Avgiftningsenh	9		ja	ja	nark
Karlsvik	13	32	ja	ja	alk/blandm
Västkusthemmet	7	63	ja	ja	alk/nark/bland
Gudhemsgården	8	60	ja	ja	alk/nark
Runnagården	16	30	ja	ja	alk/nark/läkem
Älvgården	12	36	ja	ja	alk/bland/läke
Nordsjöhemmet	10	25	ja	ja	alk/bland
Frösö beh.hem	45	13	ja	ja	alk/nark
Avd 17, Umedalen	3		ja		alk
Holmforshemmet	6	24	ja	ja	alk/bland
Summa	235	384			

Alk =alkoholmissbrtukare
nark =narkotikamissbrukare
bland =blandmissbrukare
läkem =läkemedelsmissbrukare
Västkusthemmet har en enhet för finsktalande

Av ovanstående framgår, att en ytterligare utbyggnad av paragraf 23-hemsvården måste genomföras. Det torde finnas goda utsikter till att man under 1992 kommer att ha över 300 låsbara platser i landet om nuvarande utbyggnadstakt kan bibehållas.

Behovet av paragraf 22-hem

Idag finns 24 paragraf 22-hem i drift med totalt 692 platser. Flertalet klienter på dessa institutioner är intagna jml paragraf 6 Socialtjänstlagen. Minst sex av dessa hem avser att konvertera till § 23-hem under innevarande år. Deras platsantal samt de nyetableringar av § 23-hem som planeras gör att behovet av LVM-platser i stort sett torde vara täckt utan de kvarvarande § 22-hemmen. Möjligen skulle ett mindre antal institutioner med specialfunktioner kunna behöva behållas. Härvid kan bl a nämnas Scheelegården, som specialiserat sig för psykiskt störda missbrukare.

Denna bedömning grundar sig på SCB:s LVM-statistik som de senaste åren angett mindre än 2000 klienter per år som intagits jml LVM.

Det genomsnittliga behovet av LVM-platser torde vara under 1000, men en viss överkapacitet måste finnas för att kunna möta behoven av omedelbara omhändertaganden jml paragraf 13 LVM.

- * * * * -

Problem knutna till den nuvarande huvudmannaskapskonstruktionen

Att endast kommuner och landsting får driva LVM-hem framgår av paragraf 22 LVM.

Det finns dock endast tre kommuner i detta land, som har ett eget klientunderlag, för att driva egna LVM-hem (Stockholm, Göteborg och Malmö). Inte ens alla landsting har eget klientunderlag. Detta har lett till tydliga brister i LVM-hemsutbudet, sett i ett nationellt perspektiv, när det gäller differensieringsmöjligheter, volym och kvalitet.

I tider av ekonomisk åtstramning har det blivit allt svårare att motivera huvudmännen till åtaganden utöver det egna territoriella området. Detta leder i sin tur till att om det över huvud taget satsas på tillskapande av LVM-vård så blir den föga specialiserad, vilket i sin tur leder till dålig kvalitet.

Den ekonomiska kris som många kommuner nu befinner sig i har medfört en mindre benägenhet att placera klienter på behandlingshem. Detta leder i förlängningen till att man avvaktar tills klienterna är i så dålig kondition att omedelbara akutomhändertagningar jml paragraf 13 nu har blivit mycket vanligare. Detta ställer i sin tur krav på LVM-hemmen att ha sådan överkapacitet, att man dygnet runt kan ta emot missbrukare i så dåligt skick att förhandlingen i länsrätten inte kan avvaktas. Nuvarande huvudmän kräver minst 80 %:ig beläggning på LVM-hemmen, vilket gör kraven på akut-kapacitet svåruppnåeliga.

Dilemmat med akutkapaciteten har f ö JO uppmärksammat i ett uttalande om LVM-vården, där det klart framgår att sådan måste finnas.

- * - * -

Linjeorganisationens åsikter om ett statligt huvudmannaskap

Fredagen den 25 oktober 1991 genomförde socialstyrelsen en telefon-konferens med föreståndarna för landets samtliga § 23-hem för att inhämta

deras åsikter om ett eventuellt överförande av huvudmannaskapet från kommuner och landsting till staten.

Sammanfattningsvis kan den gemensamma uppfattningen beskrivas som försiktigt positiv.

Fördelarna med ett statligt huvudmannaskap ansågs bl a vara;

- Bättre differentieringsmöjligheter.
- Ökat samarbete mellan institutionerna.
- Större överblick av behoven och efterfrågan.
- Gemensam personalutveckling.
- Minskade administrativa påslag.
- Större kvalitetsstyrning.

Nackdelarna kan bli;

- Dagens lokala kontakter med öppenvård, institutioner och socialtjänst i övrigt kan minska.
- Beslutanderätten om intagning kan gå förlorad.
- Minskad självständighet.
- Förlorat resultatansvar.

Dessutom framhölls ekonomin som avgörande för LVM-vårdens framtid. Om det statliga stödet till verksamheten minskar, kommer detta att få förödande konsekvenser, då kommunerna inte kommer att ha råd att placera klienterna på LVM-hem. Kommunernas moraliska ansvar kontra det ekonomiska ansvaret är ett svårt dilemma.

- * - * -

Bilaga 4

Region syd

En rapport om behov och resurser med anledning av riksdagens beslut om förändrat huvudmannaskap för den tunga missbruks- och ungdomsvården.

Vid en konferens om regional samverkan i Karlshamn i maj 1991 gav politikerna en regional tjänstemannagrupp i uppdrag att snabbt analysera regionens resurser och behov. Vidare ansågs det synnerligen viktigt att skapa en positiv samverkanspartner till den som skulle utreda det statliga övertagandet. Arbetsgruppen skulle sedan redovisa arbetet till politikergruppen, vilket på grund av tidsfaktorn ej har kunnat ske ännu.

Socialstyrelsen beviljade medel till landstinget i Jönköpings län för en kartläggning av behovet av §12- och §23-hemsplatser i "Region Syd". Arbetet skulle inriktas på att belysa hur en vårdstruktur borde utformas för att så långt möjligt tillgodose regionens totala behov ur en såväl kvantitativ som kvalitativ aspekt.

Tjänstemannagruppen, som fungerat som referensgrupp, har haft följande deltagare:

Bernt Strandberg (ordf), Landstinget i Jönköpings län
Ann Magnusson (Eva Lindstedt), Landstinget i Malmöhus län
Lars Olnäs, Landstinget i Blekinge län
Peo Carlström, Kommunförbundet i Kronoberg
Elisabeth Pettersson, Landstinget i Kristianstad län
Helen Hansson, Malmö kommun
Lars Olof Strågefors, Kommunförbundet i Östergötland

På uppdrag av tjänstemannagruppen i "Region Syd" har rektor Lars Wetter, Långanässkolan, Eksjö från november 1991 varit utredningssekreterare.

INLEDNING

Denna rapport avser att ge en beskrivning av hur "Region Syd" ser ut vad gäller tvångsvården för ungdomar och behovet av sådan vård samt att ge en aktuell bild av de i regionen ingående institutionerna inkl §23-hemmen. Den tar också hänsyn till institutionernas historia och tradition samt vill peka på möjligheter till utveckling utan särskilt resurstillskott.

Ett tämligen organiserat samarbete inom regonen har pågått under flera år och i olika sammanhang, både på politiker-, tjänstemanna- och föreståndarnivå.

En gemensam uppfattning är att det i första hand är socialtjänstens ansvar och uppgift att ta hand om den svåraste och mest utagerande gruppen ungdomar och inte kriminalvårdens. Den senare har, vad man känner till, inte hittills bidragit med några intressanta behandlingsformer utöver inlåsning. En del av den kritik som riktats mot de särskilda ungdomshemmen har sin grund i otillräckliga förutsättningar att driva verksamheten med de mest våldsoch rymningsbenägna ungdomarna. Exempelvis kan slutenhet i stort sett bara ske i begränsad omfattning (två-månaders-regeln) och ej heller i särskilt slutna former (en låst ytterdörr). I alltför hög grad har man fått förlita sig till personalens personliga egenskaper, vilket inte visat sig tillräckligt för ungdomar som tidvis inte är kontaktbara. Låsbara platser har också under många år varit en ständig bristvara.

Vid en inventering av gruppen ungdomar placerade på de särskilda ungdomshemmen över hela landet den 12 juni 1991 visade sig 115 ungdomar tillhöra kommuner i regionen och 116 vid en ny mätning 1 jan 1992. "Region Syd" disponerade då sammanlagt ca 125 platser vid sina tio särskilda ungdomshem.

Trots att de särskilda ungdomshemmen vänder sig till en mycket marginell grupp i samhället, ställer verksamheten högre krav på differentiering än vad som i dag är möjligt. Det gäller då både akutverksamhet, vård av flickor och psykiskt störda samt även andra avgränsade grupper inom denna vårdform.

Med utgångspunkt från den omfattande kritik som rikats mot vården vid tvångsinstitutionerna och som lett till ett riksdagsbeslut om nytt huvudmannaskap, så är utvecklingen till en regionbaserad organisation en lämplig, för att inte säga nödvändig, åtgärd. Länen har bedömts för små för att var för sig kunna tillgodose kommunernas behov av ett tillräckligt differentierat utbud av institutionsplatser.

En regionindelning ska ta hänsyn till både kvantitativa och kvalitativa behov. Även i framtiden bör närhetsprincipen kunna tillämpas i hög grad men också utökade möjligheter till differentiering.

Ansvaret för driften av tvångsinstitutionerna delegeras lämpligen till ett regionalt organ. Att detta ledningsorgan befinner sig i den geografiska närheten till upptagningsområde och institutioner måste bedömas som viktigt.

Regional samverkan bör ske regelbundet mellan de särskilda ungdomshemmen för att säkerställa behov, vårdkvalitet och ekonomiska förutsättningar samt att samarbetet med socialtjänsten utvecklas på ett aktivt sätt. Organisationen måste vara så utformad att den ger garantier för likvärdighet beträffande behandling och kompetens på institutionerna samt inte minst adekvat ledningskompetens och kompetensnivå för institutionerna.

Det statliga huvudmannaskapet bör sedan utövas i direkt arbetsgivarlinje gentemot driftledningen, som då lämpligen sker i form av regionssekretariat.

I samband med övergången till ny huvudman vid uppbyggnaden av regioner är det av stor vikt att tillvarata och bevara den kompetens, som socialstyrelsen fortfarande besitter. Inte minst ur den aspekten att regionerna ska utvecklas ur ett riksperspektiv.

De särskilda ungdomshemmen bör utvecklas till självständiga resultatenheter med möjligheter till flerårsperspektiv vad gäller investeringar, överskott/underskott, tillfälliga projekt etc.

Övergången till ny huvudman och en ny organisation ställer krav på nytänkande och öppenhet inför nya system. Skapandet av en datoriserad "placeringsservice" är ett sådant exempel (se bil 5 och 6).

Av många olika utvecklingsbehov som finns i regionen, måste tillskott av akutplatser ha hög prioritet. Det handlar då inte bara om att tillgodose efterfrågan på platser utan också att utveckla en ny behandlingsform.

På grund av Jönköpings läns traditionella institutionstäthet finns fortfarande en bibehållen tillgång på kompetens, varför här finns förutsättningar och intresse att utveckla en regionaliserad organisation.

Missbruksvården behandlas inte särskilt i denna rapport, men har en liknartad uppbyggnad som de särskilda ungdomshemmen och torde inte komplicera ett införlivande i en ny, regionaliserad organisation. Ej heller de nuvarande huvudmännens planer (i olika hög grad) på utveckling och utbyggnad av nya institutionsplatser har tagits upp, trots aktiva idéer ang bl a kvinnoinstitutioner i Jönköpings län (§23), Malmöhus län (§23) och Kalmar län (§12).

På grund av tidspress har denna rapport ej kunnat diskuteras i tillräcklig omfattning eller helt förankras i tjänstemannagrupper eller hos politiker.

En tioårig epok tillsammans med nya och olika huvudmän för tvångsinstitutionerna ger en klar bild av olika utvecklingstendenser. Med skiftande ambitioner hos de olika huvudmännen har institutionerna utvecklats olika. Från en mycket länsinriktad verksamhet till ett mera länsövergripande perspektiv. Det finns också län som under hela perioden saknat egna tvångsvårdsinstitutioner.

Man kan tydligt se en frisk utveckling av institutionsvården tillsammans med de nuvarande huvudmännen, men man kan också konstatera hur svårt det varit att bygga nya enheter, som fungerar under hårt tryck och komplicerade förhållanden. Inte bara bristerna försvann med de tidigare undomsvårdsskolorna, utan också mycket av kunskap och viktig tradition gick förlorad.

"Region Syd" är i stort sett sälvförsörjande på både öppna och slutna behandlingsplatser men med en kanske alltför hög inriktning på skolhemsplatser. Avsaknaden av renodlade flickplatser har ibland lett till att ungdomar med helt olika behandlingsbehov placerats på samma institution. Detsamma gäller avsaknaden av akutplatser, som lett till många ogenomtänkta placeringar och till ett vårdklimat dåligt anpassat till ungdomarnas vårdbehov.

Ingen institution i regionen - utöver det nytillkomna utredningshemmet i Hässleholm - har en uttalad akutfunktion. Detta kan tyckas märkligt då efterfrågan på just akuta platser länge varit stort vid de särskilda ungdomshemmen. Akuta situationer och omedelbara omhändertaganden leder ofta till att blotta behoven av lång tids behandling på institutionen - och inte enbart på behov av en "akut- och utredningsplacering". Att länsvis upprätthålla en dyrbar akutservice (hög personaltäthet, krav på slutenhet och tillgängliga platser), har inte prioriterats av någon huvudman. Den under senare år begränsade tillgången på platser har heller inte medgivit några större utsvävningar.

Många av de särskilda ungdomshemmen är av traditon (och behov) pojkinriktade och med manlig dominans i personalgruppperna. Trots att flertalet institutioner i dag är blandskolor har de en "manlig" inriktning med "manliga" aktiviteter.

REGION SYD - EN BESKRIVNING AV DESS OLIKA DELAR

A. MALMÖ STORSTADSOMRÅDE

I regionen ingår ett storstadsområde, som har behov av resurser utöver vad man själv kan tillhandahålla. Huvudprincipen är att även fortsättningsvis arbeta med närhet som en viktig del. Som komplement och i vissa speciella situationer finns dock behov av distansplaceringar (där inget positivt finns att bygga på och där distansplacering uppenbart är ett bättre alternativ). Vidare finns behov av alternativa placeringar när hela gäng måste placeras eller närheten till droger, brottsplats, dålig miljö etc gör det olämpligt med närhetsplaceringar. Rymningsbenägenhet eller risk för "hämtning" är också faktorer som kan motivera alternativa lösningar.

Regionens storlek och institutionernas nuvarande placeringar gör det möjligt att företa aktiviteter (hembesök, behandlingskollegier m m) under loppet av en dag inkl resor, vilket talar för att den tänkta regionen har en ändamålsenlig storlek.

I stället för införande av särskilda institutioner för extremt rymnings- och våldsbenägna ungdomar, torde några av de nuvarande §12-hemmen kunna dela på den uppgiften och med viss förändring av lagstiftningen också i nuvarande former kunna bedriva en adekvat vård. Det handlar då om att få vistas längre tider på låsbara enheter. Då relationen mellan vårdare och vårdtagare är det överlägset viktigaste instrumentet i vården, bör man komma bort från omflyttningar för den här gruppen mycket störda elever. Att placera dem på avdelningar med tillgång till mycket resurser (personal, möjligheter till slutenhet och avskiljning) och där få vistas under långa tider med "anpassad slutenhet", skulle med stor sannolikhet lösa en avsevärd del av problemet för en i vården liten men mycket svår grupp. Om flera institutioner kunde dela på den här uppgiften skulle vi också förhindra att vissa institutioner får en "värstingstämpel".

De nuvarande §12-hemmen har en mjukare framtoning än de tidigare statliga ungdomsvårdsskolorna och vid många §12-hem har en mycket positiv behandlingsutveckling ägt rum. Detta är värt att värna om.

B. INSTITUTIONSRIKA LÄN

I Kristianstad och Jönköpings län finns fler platser på §12-hemmen än vad resp län har behov av. Då landet som helhet har ett större behov av platser än de nu existerande, vore det fel att i dag avveckla platser för att de ligger i "fel län". Riktigare är att utveckla en organisation som låter alla län spela med på lika villkor, i stället för att institutionsfattiga län för stora kostnader bygger upp egna resurser.

Rådande principer har lett till att Kristianstad län anpassat sin institutionsverksamhet efter ett länsperspektiv: Länets geografiska läge torde dock innebära att man med små medel och små förändringar kan vara en resurs tillgänglig för fler län och för Malmö som storstadsområde. Jönköpings län har sedan tidigare ett aktivt samarbete med omkringliggande län och med Malmö som storstadsområde, varför här finns goda traditioner att vara rädd om.

C. INSTITUTIONSFATTIGA LÄN

Blekinge, Kronobergs och Kalmar län saknar tillgång på §12-hem och har varit hänvisade till institutionernas goda vilja om man inte gått ut och tecknat avtal om platser. Med begränsade behov av platser och med många relativt små kommuner har man säkert ibland avvaktat och varit inriktade på att försöka lösa problemen när den akuta situationen inträffar. Denna strategi har varit ödesdiger och har försatt många kommuner i en besvärlig situation, då den ofta lett till dåliga lösningar för en svår grupp ungdomar.

De tre institutionslösa länens geografiska läge i regionen möjliggör bra tillgång till alternativa platser också med tillämpande av närhetsprincipen.

D. ÖSTERGÖTLAND

När det gäller ungdomsvården önskar Östergötland tillhöra Region Syd. Missbruksvården tillhör den mellansvenska regionen. Sedan länge har Östergötland ett väl inarbetat samarbete med Jönköpings län och också avtal om platser.

Linköpings kommun står som huvudman för Folåsa och är också den kommun som gör flest placeringar där. Eftersom man arbetar efter en utpräglad närhetsprincip - vissa elever vistas på institutionen enbart dagtid och bor i närheten, har vården inte traditionell §12-hemskaraktär. Folåsa är för övrigt Östergötlands enda särskilda ungdomshem. Med vissa justeringar och anpassning till regionen, torde man kunna hålla fast vid nuvarande vårdsyn och ändå kunna tillgodose den norra delen av regionen med institutionsplatser. Det är dock besvärande med Östergötlands delning av ungdomar och vuxna missbrukare och önskan att tillhöra olika regioner.

DE SÄRSKILDA UNGDOMSHEMMEN - EN NULÄGESBESKRIVNING

RÅBY YRKESSKOLA - 22 platser (15 låsbara, 7 öppna) för pojkar och flickor (13-20 år).

Huvudman: Malmöhus läns landsting

Råby är Sveriges äldsta särskilda ungdomshem, numera beläget tämligen centralt i Lund. Institutionen har många byggnader och avdelningar som ligger tätt inpå varandra. Vård bedrivs i dag på tre avdelningar och både pojkar och flickor i skolpliktig ålder och äldre kan beredas plats. Tidigare var Råby en större institution men har under landstingets ledning bantats betydligt. Närheten till regionens storstadsområde och omfattande resuser inom området gör institutionen intressant i ett utvecklingsperspektiv.

ÅBYGÅRDEN - skolhem med 8 öppna platser för pojkar och flickor (13-16 år).

Huvudman: Malmö stad

Åbygården har inköpts under senare år av Malmö kommun för sitt nuvarande ändamål. Institutionen är belägen på den skånska slätten ca 4 mil utanför Malmö, varifrån eleverna rekryteras. Det är ingen traditionell ungdomsvårdsskola/ §12-hem utan har tillkommit utifrån Malmös utveckling av sin socialtjänst. Institutionen har inga slutna platser utan vården bedrivs på denna f d gård avsedd för helt andra ändamål.

TUNAGÅRDEN - behandlingshem med 8 öppna platser för pojkar och flickor (16-20 år).

Huvudman: Malmö stad

I närheten av Malmö och i lokaler avsedda för andra ändamål är detta §12-hem placerat. Verksamheten har en utåtriktad karaktär med elever ofta placerade utanför institutionen. Verksamheten är inriktad mot en familje- och nätverksorienterad vård, som bygger på närhetsprincipen. Institutionen är föremål för översyn i URMA-utredningen och kan inom en snar framtid förändras.
Vården vid Tunagården kan inte sägas ha en traditionell §12-hemskaraktär.

ÖSTRA SPÅNG/SKOLHEMMET I PERSTORP - 8 platser för pojkar och flickor (13-16 år).

Huvudman: Kristianstad läns landsting

Verksamheten bedrivs fortfarande vid en avdelning i det tidigare Östra Spångs skolhem men flyttar i början av 1992 till en ny byggnad i Perstorp, där man har planerat för 5 låsbara och 3 öppna platser. Behandlingshemmet är inriktat mot skolpliktiga ungdomar och undervisningen blir en viktig del i vården, som bygger på närhetsprincipen.

BEHANDLINGSHEMMET LJUNGASKOG - pojkar och flickor (16-20 år) 7 låsbara och 5 öppna (tidigare Ryagården).

Huvudman: Kristianstad läns landsting

Ljungaskog tar i dag emot både pojkar och flickor enligt närhetsprincipen men sträcker sig även utanför länet. Verksamheten bedrivs i det som tidigare var Ryagården - en ungdomsvårdsskola för flickor - beläget i utkanten av samhället Örkelljunga. Detta var tidigare en stor ungdomsvårdsskola, varför en mängd byggnader finns på området vilka inte längre nyttjas inom vården. En restaurangskola har öppnats i några av lokalerna och andra står tomma. Den nuvarande vården bedrivs alltså i lokaler som varit avpassade till en mera omfattande verksamhet. En ny sluten avdelning är planerad och beräknas tas i bruk under januari 1993. Man har även projekterat men ej beslutat om renovering och tillbyggnad av en öppen avdelning. Tre öppna och en sluten, hårt slitna avdelningar blir lediga och det finns ett formellt beslut om att sälja överblivna lokaler.

ÖVEDS SKOLHEM - 6 öppna platser för pojkar och flickor (12-16 år).

Huvudman: Malmöhus läns landsting

Nyöppnat skolhem i Sjöbo som arbetar enligt närhetsprincipen och med nätverksarbete som en viktig del i vården. Skolundervisning är den vardagliga sysselsättningen i form av egen skola men institutionen har en utåtriktad karaktär med en levande kontakt med det öppna samhället.

STIGBYSKOLAN - behandlingshem för 16-20-åriga pojkar (f n försöksverksamhet med LVM-platser upp till 25 år).

Huvudman: Landstinget i Jönköpings län

Ett behandlingshem med 30-årig vårdtradition på Visingsö med en speciell karaktär p g a sitt ö-läge. Vården bedrivs i två avdelningsteam med en öppen avdelning och en avdelning med två byggnader, varav den ena kan drivas som sluten med fyra platser. På skolområdet kan ytterligare en mindre grupp elever bo i ett friare boende och sammanlagt har skolan 21 platser.

Stigbyskolan har länge rekryterat personal på Visingsö men har under senare år i större utsträckning sökt sig till fastlandet för att fylla sina behov av kompetent personal. Institutionen är på ett positivt sätt en integrerad del av ösamhället och en mycket viktig sådan som öns största arbetsplats.

UTREDNINGSHEMMET I HÄSSLEHOLM - akut- och utredningshem för pojkar och flickor (13-20 år) med tillgång till låsbara platser.

Huvudman: Kristianstad läns landsting

Nyöppnad (1 mars -91) enhet med utpräglad utredningsprofil med tidsbegränsade vistelser på upp till 8 veckor. Arbetet bygger på närhetsprincipen och har därför en karaktär av "länsresurs" i nära samarbete med socialtjänsten och anhöriga med bl a "nätverksmöten". Trots tillgången till låsbara platser har påfallande många SOL-ärenden passerat. Utredningsprofilen med en kortare vistelsetid på institutionen kräver möjligheter till vidareplacering och då inte enbart §12-hem utan kanske framför allt andra HVB-hem och familjehem.

FOLÅSA BEHANDLINGSHEM - skolhem för pojkar och flickor i öppna former (13-16-år) .

Huvudman: Linköpings kommun

Folåsa var tidigare ungdomsvårdsskola med inriktning på flickor i skolåldern. Med Linköpings kommun som huvudman har man utvecklat skolprofilen med närhetsprincipen som viktigt inslag för att kunna bedriva föräldra- och relationsbearbetning. Institutionen har 15 platser och ca hälften av dem kan bo på en öppen avdelning. Övriga elever som deltar i undervisning och behandling bor utanför institutionen.

Institutionen, som tidigare bedrev verksamhet med flera avdelningar, har nu uthyrt en avdelning till ett privat HVB-hem. På området finns ett flertal byggnader, som tidigare hörde till institutionen i form av avdelningar, tjänstebostäder och övriga byggnader. Folåsa är beläget i Vikingstad, som kan betraktas som en förort till Linköping och ligger numera i direkt anslutning till samhället.

LÅNGANÄSSKOLAN - behandlingshem för pojkar och flickor (13-20 år).

Huvudman: Landstinget i Jönköpings län

Långanäs, som tidigare var en av de större ungdomsvårdsskolorna med lång tradition inom denna vårdform, ligger 6 km utanför Eksjö. Institutionen har f n fyra avdelningar (två öppna och två slutna) med 24 statsbidragsberättigade platser samt sex "eftervårdsplatser". Varje avdelning har sin egen profil med bl a åldersdifferentiering p g a skolplikt och etnisk bakgrund. Institutionen har en idrotts- och friluftsprofil och arbetar med både pojkar och flickor trots en av tradition manlig profil.

På skolans område finns en mängd byggnader (avdelningar, verkstäder, bostäder m m) som kunnat användas vid temporära insatser och som svårligen på grund av sitt läge kan användas till verksamheter av annat slag. Då institutionen har "lediga" byggnader finns möjligheter till utveckling. Bl a har skolan under de senaste åren haft ett positivt samarbete med Malmö.

I brist på en enhetlig organisaton har de särskilda ungdomshemmen tvingats in i administrativa enheter där de utvecklat sin verksamhet tillsammans med spädbarnshem, tonårshem, missbrukarinstitutioner etc som ingått i landstingets verksamhetsområde. I det gemensamma arbetet har det geografiska området blivit den gemensamma nämnaren. Ingen kan sägas ha haft ett sammanhållet ansvar eller en övergripande plan för tvångsinstitutionerna. Det har lett til nivåskillnader i vården både vad gäller kvantitet och kvalitet.

I samband med placeringar råder ofta en dålig samstämmighet mellan socialtjänsten och institutionerna. Placeringarna sker ofta akut och i krissituationer. Någon behovsanalys har inte skett. Efterhand som en placering framskrider tämligen lyckosamt i yttre avseenden, ställer socialtjänsten nya och andra krav samt inte minst önskar "billigare" alternativ. Då det för den här vårdkrävande gruppen handlar om långa vårdtider för att nå långsiktiga resultat, leder avbrutna och kortsiktiga placeringar inte sällan till att eleverna utvecklas till kroniska vårdtagare.

En utökning av platsantalet är inte en tillräcklig åtgärd för att kunna garantera platser i alla situationer, utan måste kombineras med ett variationsrikt och flexibelt utbud av olika institutionsplatser.

Under många år har efterfrågan på akuta platser varit hög och har ej kunnat tillgodoses. Omständigheterna omkring sådana placeringar har också ofta varit oklara. Ungdomarna kan - trots allt - vara dåligt kända, ha haft oklara behov eller varit outredda. Bristen på platser har gjort att man tagit vad man fått efter ostrukturerat letande per telefon efter ledig plats.

Inom regionen bör tillskapas en flickinstitution/avdelning för att komma ifrån direkta felplaceringar, som varit fallet länge på en pressad institutionsmarknad. Både traditionen och större behov har gjort institutionerna manligt inriktade. I samband med tillkomsten av samkönade institutioner under 1970-talet blev flickornas behov ännu mera marginellt tillgodosett.

Under många år har det rått ett omvittnat dåligt samarbete mellan sjukvården och de sociala institutionerna. Ständigt tycks ett mindre antal ungdomar med en komplicerad symptombild och med ett utagerande beteende vandra mellan den psykiatriska sjukvården och sociala institutioner för att till sist på grund av ett utagerande och våldsamt beteende bli placerade på ett särskilt ungdomshem.

A. AKUTPLATSER

I samband med övergången till ny huvudman är det av stor vikt att särskilda akutplatser tillskapas. I denna behandlingsform ska råda höga krav på tillsyn men begränsade behandlingsambitioner. Det är av vikt att kunna erbjuda meningsfyllt arbete/skola och fritidssysselsättning. Däremot bör stor försiktighet iakttas vid uppbyggandet av relationer till eleverna med anledning av det korta tidsperspektivet och en smärtsam separationsprocess.

Ett oundgängligt krav är att akutplatser alltid måste finnas tillgängliga för undvikande av att akuta omhändertaganden inte kan verkställas. Detta kräver en flexibel organisation och hög improvisationsförmåga hos personalgruppen. Även vid fullbeläggning ska man lösa problemen för socialtjänsten och ha möjligheter att genomföra placeringar. Socialtjänsten ska bara behöva aktualisera ett ärende och sedan efter mycket kort tid anvisas en plats.

För en hög servicenivå kan man inom de särskilda ungdomshemmen införa ett löpande joursystem, där det alltid finns någon som har ansvaret för tillfälliga akutplatser, även om det måste ske i form av överbeläggning, tillfälliga avdelningar, jourfamiljer etc. Institutionerna måste ha fysiska förutsättningar att klara sådana situationer.

En akutverksamhet har stort beov av närhet, varför sådana platser bör tillhandahållas både i norra och södra delen av regionen. I söder kan en sådan avdelning utvecklas på Råby. Ett alternativ kan vara i Malmö inom de nya platserna för URMA. I norr finns möjligheter vid Långanäs (Torpet), som utan större förändringar kan omforma verksamheten och tillskapa en akutavdelning, förutsatt att Östergötland ingår i regionen.

Utredningshemmet i Hässleholm kan ha kvar sin utredningsfunktion men också få en mera uttalad akutfunktion. Likaså bör målgruppen få en mera utpräglad LVU-inriktning och ett vidgat upptagningsområde från Malmö i söder till Kronoberg och Blekinge i norr, vilket torde kunna ske utan att den viktiga närhetsprincipen åsidosätts.

Vistelsen på en akutavdelning ska vara individuell, vilket kan betyda från några dagar upp till förslagsvis två månader. En komplikation i sammanhanget kan vara socialtjänstens begränsade tid till utredning vid ett LVU-förfarande.

B. FLICKINSTITUTION

Bristen på separata flickplatser är ett påtagligt men marginellt problem. För en mindre grupp flickor med en utpräglad social och psykologisk problematik i form av prostitution, incest etc är det angeläget med en enkönad institution/avdelning - inte minst för att flickorna ofta är i minoriteet på manligt dominerade blandinstitutioner.

Under 1970-talet omvandlades institutionerna från enkönade till blandinstitutioner. I dag finns endast en flickskola i landet (Brättegården) och en pojkskola i regionen (Stigby).

Tillskapandet av sådana platser i regionen sker lämpligen genom att en institution ändrar målgrupp (alternativt en avdelning). Vilken institution som är lämplig för denna uppgift är oklart men detta torde inte vara något större problem.

C. SOCIAL-PSYKIATRISK AVDELNING

I regionen bör skapas en resursstark enhet/avdelning inom de särskilda ungdomshemmen men med en psykiatrisk inriktning och med ett klart uttalat ansvar för gruppen utagerande, gränspsykotiska ungdomar.

Personal bör rekryteras både från de särskilda ungdomshemmen och från sjukvården. Det är helt nödvändigt att svårigheterna med samarbetet mellan de sociala institutionerna och sjukvården löses inom regionen och för landet.

D. UTSLUSSNING-EFTERVÅRD

När en institutionsvistelse ser ut att ha givit ett bra resultat, är det mycket viktigt att utslussningen från institutionen sker med mycket stor omsorg för att inte värdet av institutionsvistelsen ska gå förlorad. Den kanske känsligaste fasen i institutionsbehandlingen är den period när man flyttar från institutionen och ska etablera sig i samhället. För att här kunna använda sig av uppbyggda relationer, är det angeläget att institutionen handhar och ansvarar för detta viktiga skede och att institutionsbehandlingen bryts med stor känslighet och varsamhet.

Det är väl känt vid de särskilda ungdomshemmen att en lång och välfungerande behandlingsperiod alltför lätt kan gå om intet på grund av en dåligt planerad och genomförd utslussning. Kortsiktiga ekonomiska motiv kan här få förödande verkan och försätta ungdomarna i en mycket destruktiv situation präglad av uppgivenhet.

E. TRE NIVÅER

Verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen bör inriktas på tre olika nivåer vad gäller resurser, tillsyn och behandlingsambitioner.

Resursnivå ett handlar om akut- och utredningsinsatser som kräver mycket resurser genom höga krav på tillsyn och slutenhetsmöjligheter samt lägre krav på beläggning för att kunna upprätthålla en hög akutberedskap. I ett mera långsiktigt perspektiv är det viktigt att det finns naturliga vägar över till behandlingshem/avdelningar (resursnivå två).

Resursnivå två avser den nuvarande behandlingsinriktningen vid de särskilda ungdomshemmen, vilken kan inrymmas i såväl öppna som slutna former. Här finns höga behandlingsambitioner som kräver omfattande resurser och låsbara enheter. Placering på sådan avdelning bör kunna ske utan begränsningar i tid för att upparbetade relationer ska kunna få bli det positiva och viktiga instrument som är av största vikt i den här vårdformen.

Resursnivå tre har inriktningen mot utslussningsfasen efter institutionsvistelsen. Här kan det handla om många olika vistelseformer - familjehem, lägenhet, folkhögskola etc. Den här formen kräver både mindre resurser och tillsyn men behandlingsambitionen ska vara hög. I nuvarande skede är denna verksamhet begränsad vid de särskilda ungdomshemmen då det tillhör socialtjänstens ansvar. Institutionerna har i dag möjlighet att formellt följa ungdomarna under ca en månad - (den maximala permissionstiden). Utslussningen med en på institutionerna utvecklad eftervård bygger på upparbetade relationer (under nivå två).

Med utgångspunkt från riksdagsbeslutet om nytt huvudmannaskap för den tunga ungdoms- och missbruksvården, kan sannolikt utvecklingen av regioner bli en angelägen lösning. Länen har i många sammanhang varit för små för att kunna tillgodose behoven. Det handlar då framför allt om möjligheterna till differentiering och en större tillgänglighet till platser i samband med akuta situationer. Med erfarenheterna från den statliga ungdomsvårdsskoleorganisationen kan också sägas, att en riksomfattande organisation är för stor.

Den numera allmänt tillämpade närhetsprincipen, som gjort det möjligt att utveckla det i dag positiva samarbetet mellan socialtjänsten och institutionerna, talar kanske för nuvarande organisation men måste också anses tillämplig i ett regionperspektiv.

De "institutionslösa" länens situation måste beaktas i en framtida organisation, då dessa kommit på mellanhand och inte fått tillgång till tvångsvårdsplatser i samband med att vårdresursplaner tillkommer i ett länsperspektiv. Detta har tydligt slagit hårt emot de "institutionslösa" länen, som möjligen kunnat skriva avtal om platser eller fått hoppas på ett positivt bemötande i sökandet efter platser. De har å andra sidan inte behövt gå in i tunga ekonomiska och personella ansvarsåtaganden.

Regionen bedöms tillräckligt stor för att kunna upprätthålla en nödvändig differentiering och tillräcklig bredd på institutionsutbudet. Befolkningsunderlaget kan också anses vara tillräckligt stort för att motivera och bekosta igångsättning och drift av en kostbar akutverksamhet. En större planeringsbas än den nuvarande krävs för att upprätthålla tvångsvården som en särskilt kvalificerad resurs, vilket hävdas av många och som också förre JO Tor Sverne påtalade i sin översyn av § 12-hemsvården.

Institutionernas läge i förhållande till regionens befolkningsstruktur gör det möjligt att tillämpa en "anpassad närhetsprincip". Besök på institutionerna och i hemkommunerna för samråd, behandlingsplanering, hembesök o s v kan äga rum under en dag, vilket får anses vara en godtagbar tillämpning av närhetsprincipen i det praktiska behandlingsarbetet. För övrigt medger regionens storlek också möjligheter till distansplaceringar, som är ett uttalat behov p g a de negativa konsekvenserna av närhet (rymning, hämtning, negativa miljöer på hemorten etc).

Med "Region Syd" avses:

Malmö stad
Malmöhus län
Kristianstad län
Blekinge län
Kronobergs län
Kalmar län
Jönköpings län
Östergötlands län (enbart ungsomsvården)

A. RENODLAT STATLIGT HUVUDMANNASKAP

En statlig myndighet skapas som blir huvudman för tvångsvården vad gäller §12- och §23-institutioner.

Institutionerna drivs med stor självständighet (resultatenheter) och får ett eget ansvar för ekonomi, personal och byggnader. Institutionerna blir direkt underställda den statliga myndigheten.

Långsiktiga frågor som exempelvis målgruppsförändringar, platsförändringar, långsiktiga investeringar, akuta kriser blir den statliga myndighetens ansvarsområde.

I regionen skapas regionssekretariat för en mera rådgivande och frivillig funktion till vilket lämpligen kopplas en politisk referensgrupp med representanter för olika intressen i regionen samt en tjänstemannagrupp med representation från regionens institutioner, öppenvården och tillsynsmyndigheter. Ett mindre kansli som handhar och administrerar placeringsservice (rådgivande och informerande), vissa utbildningsfrågor samt en viss löpande verksamhet kan bli den enhet som till vardags håller ihop den regionala verksamheten.

B. ENTREPRENADAVTAL MELLAN STATEN OCH DE NUVARANDE HUVUDMÄNNEN

Denna form av statligt övertagande innebär på kort sikt den minsta förändringen i nuvarande organisation. Driften av institutionerna sker då även fortsättningsvis i form av de nuvarande huvudmännen. Det kan betyda att de särskilda ungdomshemmen (och missbruksinstitutionerna) utvecklas olika beroende på synsätt och prioriteringar hos de olika huvudmännen.

Den nye huvudmannen kan i en sådan här modell välja en övergripande funktion och påverka utvecklingen långsiktigt genom statsbidragens utformning.

Nuvarande system har kritiserats för att inte vända sig till rätt målgrupp, att tillåta "utstraffning" och att institutionerna inte klarat av att behålla de mest utagerande ungdomarna. Vidare har det i många akuta situationer saknats tillgång på platser., varför angelägna placeringar inte kunnat genomföras. Inskrivningsrätten och intagningsförfarandet på institutionerna är en viktig fråga inte bara för den nye huvudmannen utan också för institutionerna, som inte känner igen sig i ovanstående utan ser organisatoriska faktorer bakom problembeskrivningen.

Genom ett riksperspektiv kan staten som huvudman ombesörja att resurser och kompetens är tillräckliga för att möta de krav på platstillgång, personaltäthet, utbildning och personalutveckling m m som verksamheten kräver.

Om man väljer denna modell kan en komplikation bli att institutionerna kan uppleva ett dubbelt huvudmannaskap - de nuvarande och staten - och att man hamnar i en "omöjlig" situation när "de olika huvudmännens" intresseområden går i varandra. Med en komplicerad yttre struktur blir det svårt att agera tydligt, vilket är olyckligt med tanke på många olika intressenter; vem beslutar vad och vem beslutar när man har olika syn?

Med den struktur som "Region Syd" har för närvarande och med det regionsamarbete som börjat ta form är det här en tänkbar regionmodell om man kan skapa möjligheter för de institutionslösa länen att vara med på lika villkor, vilket är en viktig fråga.

Regionsamarbetet utformas lämpligen som under "Modell A" men med en mera utvecklad placeringsservice.

C. UTVECKLING MOT EN SJÄLVSTÄNDIG REGION

En regionbaserad organisation under en ny statlig myndighet är den principiellt riktigaste formen för de särskilda ungdomshemmen (och § 23-hemmen). Regionsekretariaten ute i landet bör då utveckla en hög grad av självständighet och bli ansvariga för regionernas samlade tvångsvårdsresurser. En mindre, central statlig myndighet verkar då företrädesvis igenom regionsekretariat.

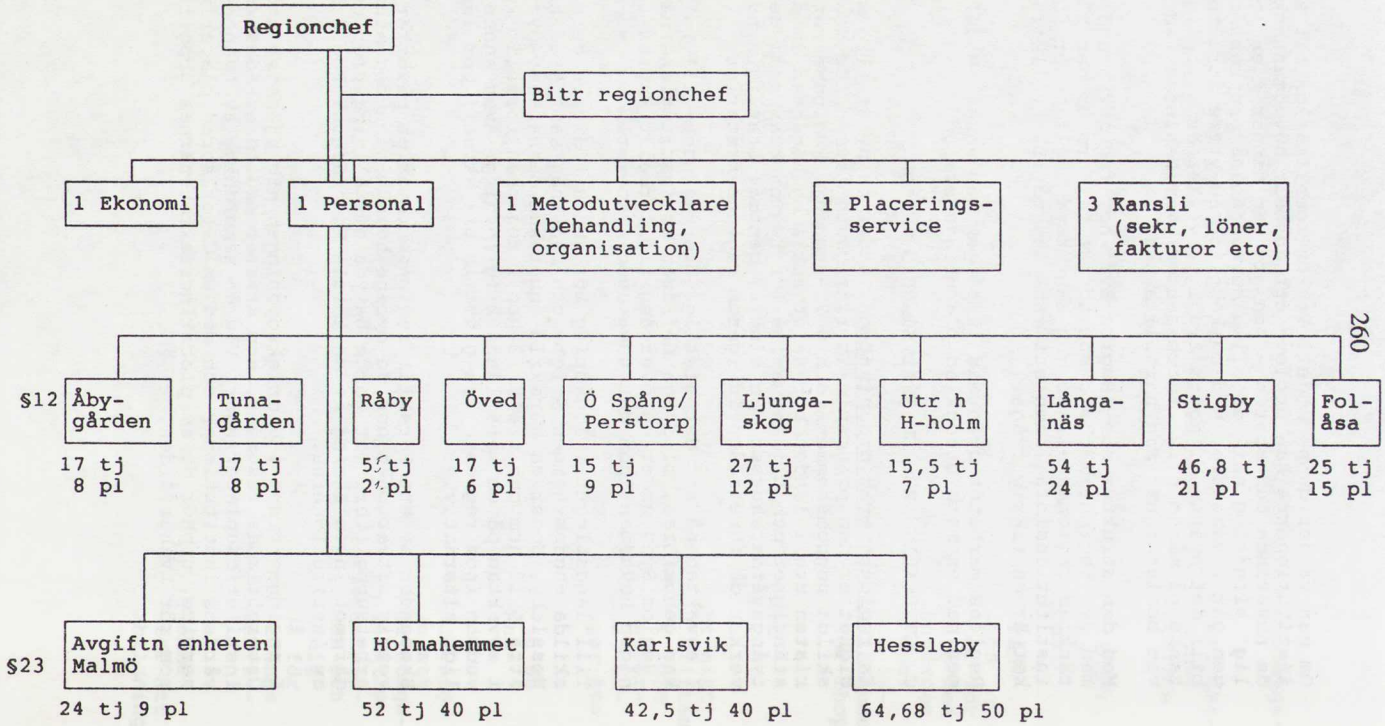
I avvaktan på att det statliga övertagandet till fullo kan genomföras, bl a ägandefrågan av institutionerna, kan "Region Syd" under en övergångstid formellt knytas till någon huvudman inom det nuvarande systemet.

Till landstinget i Jönköping hör sedan tidigare de särskilda ungdomshemmen Stigby och Långanäs samt § 23-hemmet Hessleby. Under en särskild enhet kan dessa samt övriga åtta § 12-hem och tre § 23-hem i regionen formellt knytas i avvaktan på en mera långsiktig lösning. Även annan huvudman inom regionen kan givetvis bli aktuell som lämpligt alternativ.

Skapandet av ett särskilt regionsekretariat påverkar givetvis situationen hos de övriga huvudmännen med minskade arbetsuppgifter. Det torde betyda omställningsproblem men däremot ingen ökning av de totala kostnaderna för driften av institutionerna.

I regionen finns i storleksordningen nio tjänster utöver Östergötlands resurser, som arbetar med företrädesvis institutionsplaceringar. Vid en samordning av tvångsvårdens institutioner och med en datoriserad placeringsservice, upphör de av placeringssekreterarnas uppgifter som rör tvångsvården.

REGION SYD - EN ÖVERSIKTLIG MODELL



REGIONSEKRETARIAT I REGION SYD - EN RESURSMODELL

Tjänster - kostnader	
1 regionchef	430.000
1 bitr regionchef	360.000
1 ekonomichef	360.000
1 personalsekr	290.000
1 metodutvecklare	340.000
1 placeringssekr	290.000
3 kanslister	650.000
9 tjänster	2.720.000

Kostnad "Region Syd" 3.623.800 - 3.751.040
Antal behandlingsplatser
för ungdomar 132
Antal behandlingsplatser
för vuxna missbrukare 141
Kostnad "Region Syd"
per plats 3.623.800-3.751.040/272 = 13.273-13.740/år
Kostnad per dag o vårdplats 36-37:-

Rikstäckande dator-system för inform o placeringar. Alt 1-3	553.800 - 681.040 (se bil 6)
Hyra lokaler	150.000
Resor, konferenser, tel	200.000
Summa kr	3.623.800 - 3.751.040

Bil 1

UPPDELNING AV ANSVARSOMRÅDEN

CENTRALT (landet)	REGIONALT	LOKALT (institutionerna)
*Dimensionering av resurser	*Referensgrupp (repr fr inst, socialtjänst o tillsynsmyndighet)	*Drift
*Utbildning (för en gemensam nivå över landet)	*Utbildning (specialkurser, teamutveckling o likn)	*Utbildning
*Verksamhetsmål	*Hantering av kriser på institutioner	*Vårdutveckling
*Kvalitetskontroll	*Placeringar (med riksjour)	
*Chefsutveckling för enhetlig rekrytering	*Differentiering inom regionen	
*Expertuveckling	*"Troubleshooting"	
*Forskning	*Återkoppling till från kommunerna	
	*Regionsekretariat	

§12-HEMSPLATSER I RELATION TILL ANTALET TJÄNSTER

	PLATSER öppna	slutna	totalt	utred-ning	ANTAL TJÄNSTER	TJÄNSTER PER ELEVPLATS
ÅBYGÅRDEN	8	-	8	-	17	2,13
TUNAGÅRDEN	8	-	8	-	17	2,13
RÅBY	7	15	22	-	55	2,50
ÖVEDS SKOLHEM	6	-	6	-	17	2,83
Ö SPÅNG/ PERSTORP	4	5	9	-	15	1,67
LJUNGASKOG	7	5	12	-	27	2,25
UTREDN HEMMET HÄSSLEHOLM	0	7	7	(7)	15,5	2,21
LÅNGANÄS	10	14	24	-	54	2,25
STIGBY	13	8	21	-	46,8	2,29
FOLÅSA	15	-	15	-	25	1,67
SUMMA REGION SYD	78	54	132	(7)	289,3	2,19

§23-HEMSPLATSER I "REGION SYD"		SLUTNA PLATSER	HUVUDMAN
Avgiftsenheten i Malmö	9 platser		Malmö kommun
Karlsvik	40 "	12	"
Holmahemmet, Höör	40 "	10	Malmöhus läns lt
Hessleby, Mariannelund	50 "	8	Lt i Jönköpings län
Summa platser	139	30	

ANTAL PLATSER INDELADE EFTER KÖN OCH ÅLDER

	Antal platser	Separat flickor	Separat pojkar	Komb flick/ pojk	Akut platser	Skol- platser	Äldre ung- domar
ÅBYGÅRDEN	8	-	-	8	-	8	-
TUNAGÅRDEN	8	-	-	8	-	-	8
RÅBY	22	-	-	22	-	11*	11*
ÖVEDS SKOLHEM	6	-	-	6	-	6	-
Ö SPÅNG/PERSTORP	9	-	-	9	-	9	-
LJUNGASKOG	12	-	-	12	-	-	12
UTREDNING, H-HOLM	7	-	-	7	7	-	-
LÅNGANÄS	24	-	-	24	-	12	12
STIGBY	21	-	21	-	-	-	21
FOLÅSA	15	-	-	15	-	15	-
REGION SYD	132	-	21	111	7	61	64

* Ingen uppdelning av 13-20-åringar

Bil 4

FRÅN REGIONEN PLACERADE PÅ SÄRSKILDA UNGDOMSHEM 910612 OCH 920101

	Antal placerade 910612	920101	§12-hemsplatser inom länet
Malmö stad	16	20	16
Malmöhus län (utom Malmö stad)	27	23	28
Kristianstad län	15	13	27
Blekinge län	2	4	0
Kalmar län	7	10	0
Kronobergs län	2	3	0
Jönköpins län	18	17	45
Östergötlands län	27	26	15
Summa	114	116	132

Antalet statsbidragsberättigade platser i regionen 132.

Av ovanstående siffror kan man konstatera att tillgången på egna §12-hemsplatser i länet också betytt att man haft fler placerade. Det är också tydligt att avsaknaden av egna platser troligen lett till uteblivna placeringar vilket bl a berott på svårigheten att finna en plats när behovet har dykt upp.

Av de på de särskilda ungdomshemmen placerade ungdomarna var huvuddelen placerade inom "Region Syd" men det fanns också placeringar på ett flertal av §12-hemmen utanför regionen.

Vid mätningen 920101 kan konsteras att av 116 inskrivna var 85 pojkar och 31 flickor. Sex av flickorna var placerade på landets enda separata, särskilda ungdomshem för flickor, som är beläget utanför regionen (Brättegården). Vidare fanns ungdomar från regionen på 16 av de 26 §12-hemmen.

1/1 1992 kommun	skola	BERGSMANSGÅRDEN	BJÖRKBACKEN	BRÄTTEGÅRDEN	BARBY	EKNÄS	FAGARED	FOLÅSA	GRANHULTSKOLLEKTIVE	GRÄSKÄRR	HAMMARGÅRDEN	HÄSSLEHOLMS UTREDN.	JOHANNISBERG	LJUNGASKOG	LÅNGANÄS	LÖVSTA	MARGRETELUND	NERÉBY	RÅBY	STIGBY	STRÖMSEGÅRDEN	SUNDBO	TUNAGÅRDEN	VEMYRA	ÄBYGÅRDEN	ÖSTRA SPÅNG	ÖVEDS SKOLHEM	Bil 5	summa	POJKAR	FLICKOR
MALMÖ			1												4				1	2			6		6				20	14	6
BJUV										1									1										2	2	
HELSINGBORG																	1		2	1							1		5	5	
HÖÖR																			1	1									2	2	
KÄVLINGE														1															1	1	
LANDSKRONA																										1			1	1	
LUND			2											1					3							1	1		8	5	3
SJÖBO																			1										1	1	
TRELLEBORG																			2										2	1	1
STAFFANSTORP																											1		1	1	
Malmöhus län utom Malmö			2							1				2			1		10	2						2	3		23	19	4
BROMÖLLA			1									1																	2	1	1
HÄSSLEHOLM														1															1		1
KRISTIANSTAD											2			2															4	1	3
ÄNGELHOLM																										2			2	1	1
ÖRKELJUNGA																										1			1	1	
ÄNGELHOLM														2					1										3	3	
Kristianstads län			1									3		5					1							3			13	7	6
RÖNNEBY			1																										1		1
SÖLVESBORG									1						1						1								3	3	
Blekinge län			1						1						1						1								4	3	1
ALVESTA																			2										2	1	1
VÄXJÖ																	1												1	1	
Kronobergs län																	1		2										3	2	1
EMMABODA			1											1															2		2
KALMAR																	2	1	1										4	3	1
MÖRBYLÅNGA															1														1	1	
OSKARSHAMN																			1										1	1	
VÄSTERVIK															2														2	1	1
Kalmar län			1											1	3		2	1	2										10	6	4
EKSJÖ															1														1	1	
VISLANDA															1														1	1	
JÖNKÖPING					1										2				1	5									9	6	3
NÄSSJÖ														1	1		1		2										5	5	
VETLANDA																			1										1	1	
Jönköpings län					1									1	5		1	1	8										17	14	3
BOXHOLM								1																					1	1	
FINSPÅNG																				1									1	1	
KISA								1																					1	1	
LINKÖPING								11							2														13	11	2
MJÖLBY																				1									1	1	
MOTALA								2							1														3	1	2
NORRKÖPING					1			2							1														4	2	2
VADSTENA								1																					1	1	
ÅTVIDABERG															1														1	1	
Östergötlands län					1			18							5					2									26	20	6
Antal plac. elever från REG.SYD		0	0	6	0	2	0	18	0	2	0	3	0	9	18	0	4	2	17	14	0	1	6	0	6	5	3		116	85	31

JÖNKÖPINGS LÄNS LANDSTING
Sociala förvaltningen
Kenneth Kennerhoff
socialläkare

PM 1992-01-06

DISTRIBUERAT LEDNINGSSYSTEM OCH DATORSTÖDD ADMINISTRATION FÖR SÄRSKILDA UNGDOMSHEM (+ LVM-hem)

Inledning: Här beskrivet system kan användas oavsett om man väljer en riksövergripande eller en regionbaserad ledningsform för de särskilda ungdomshemmen (och vid behov LVM-hemmen).

Sammanfattning: Det måste anses vara slöseri med resurser, att för att skapa en duglig ledning av landets tunga behandlingsinstitutioner, samla de fåtaliga erfarna och kompetenta människor som finns i landet på ett ställe, eftersom man därigenom med nödvändighet drar dem längre bort från den verksamhet de skall även fortsättningsvis vara kompetenta på. Endast kompetens som visats fungera i praktiskt behandlingsarbete i institutionell form bör beaktas, eftesom det är där den skall appliceras, vilket utesluter en del av de självutnämda experter som brukat med stor säkerhet förmedla patentlösningar utan att dessa behöver utsättas för praktisk prövning.

Därför bör ett ledningssystem konstrueras så att erfarna ledare, experter och administratörer från hela landet kan medverka, beroende på sin kompetens snarare än på sin bostadsort. Vissa administrativa, för landet gemensamma, funktioner kan dock exempelvis placeras där för uppgiften mest kompetenta medarbetare finns. Den huvudsakliga driftsadministrationen organiseras givetvis regionsvis. Intagningsfunktionen kan vara (om man så väljer) regionalt fördelad under kontorstid, men *ett* regionssekretariat kan via vidarekopplad telefon alternerande sköta intagning för hela riket under jourtid. Detta kräver dock att de samverkande personerna kan kommunicera *lika lätt* med varandra som om man arbetade i samma byggnad och ha direkt tillgång till alla för sina bedömningar nödvändiga data. Dessutom bör landets institutioner kunna medverka i förändringsplanering på ett betydligt mera integrerat sätt än vad som hittills varit fallet. Den *aktuella* behandlingskunskapen finns alltid där det finns klienter att kontrollera sin behandlingsförmåga på.

Nu finns möjligheter att skapa en sådan ledningsorganisation utan jättelika investeringar eller driftskostnader. Med ett terminalbaserat ledningssystem bestående av gemensamt tillgängliga databaser och ett lättanvänt konferenssystem via datorterminal kan man nå en *effektivare samverkan* mellan medarbetare, än man normalt når vid arbetsrumsplacering i samma byggnad!

Vid Stigbyskolan på Visingsö finns redan basutrustningen för ett sådant system i drift och används idag av Långanäs- och Stigbyskolorna. Det som behöver tillföras är framför allt nya, för driftsledningen och platstillgänglighet nödvändiga tabeller, menyer och rapporter i befintlig databas samt en uppgradering av datorn till högre kapacitet så att den klarar kommunikation med landets/regionens samtliga särskilda ungdomshem (+ LVM-hem). Hela systemet bör klara sig med en drifts+ investeringsbudget om 6-700KKr per år under förutsättning att investeringar får ske lokalt och via upparbetade pålitliga kanaler.

Motiv: De särskilda ungdomshemmens nuvarande personal upplever nu sin andra huvudmannaskapsreform. Den förra, som innebar att ledningen överflyttades från stat till i huvudsak landstingskommuner, innebar en smärtsam omställningsprocess för många institutioner. Det var inte så att de nya huvudmännen anpassade sin organisation till ungdomshemmens behov, utan strävade att inordna/underställa hemmen i sin egen centrala organisation. Den organisatoriska kunskap som fanns på de nytillkomna institutionerna om deras egna behov och förutsättningar, beaktades med mycket låg prioritet. Centrala administratörer fick emellertid fler och nya typer av underställda i förhållande till vilka man inte hade självklar professionell auktoritet, vilket lett till en hel del och ömsesidigt misstroende. Huvudmännen hade också, framför allt i början, själva svårigheter att få fram tillräckligt kompetenta administratörer med sådan kunskap om vårdområdet att man kunde bedöma rimligheten av institutionernas förslag och ideer. Under sådana förhållanden upplevdes lätt institutionernas egna initiativ som hotande.

Hur senare förhållandet mellan institutionerna och huvudmännen har utvecklat sig, har varierat i landet. Mest positivt har samarbetet skett där institutionerna har fått ta mesta möjliga egna ansvar för både drift och ekonomi. Bristen på professionell ledning under långa perioder har också fört det goda med sig att institutionerna själva började ta initiativ till egen behandlingsutveckling. Ekonomiskt har de också under ett antal år fått leva i gynnsamt klimat och många huvudmän har moderniserat och utökat byggnadsbeståndet, personalstaben etc.

Den kompetens som finns inom vårdområdet är utspridd i landet och samordnas dåligt. Man bör ta tillvara de ledarbegåvningar som också har den fackkunskap som behövs för att avgöra prioriteringar inom vården av sociala avvikare och driva utvecklingen av behandlingstekniken framåt.

Behov: Tvångsinstitutionsvården behöver en flexibel, resurssnål ledningsorganisation som kan tillvarata den kompetens som finns i landet, om än utspridd på många orter, men som samtidigt innebär korta och framför allt entydiga beslutsvägar. Initiativ från institution, där den inte själv får besluta i ärendet, måste entydigt kunna hänskjutas till *en* överordnad myndighet. Man bör noga planera ledningsorganisationen så att en enskild fråga inte för sitt genomförande behöver godkännande av samtidigt flera överordnade beslutsfattare. Om samordning behövs måste *noga definieras vem som beslutar och vilka som har konsultativ roll.* Underlåtenhet att skapa entydiga beslutsvägar är vanlig, men skapar en myckenhet av fördyrande och försenande argumentation, beredning och lobbying-verksamhet. Den *verksamhetsansvarige* på respektive nivå måste således också vara den *ytterst beslutsansvarige* i alla frågor av strategisk betydelse. Detta medför att sidoordnade *beslutsfunktioner* i ekonomifrågor, personalfrågor, inköpsfrågor etc ej bör tillskapas. Alla sådana funktioner bör vara rena servicefunktioner.

Det har med all önskvärd tydlighet konstaterats att nuvarande ansvars och upptagningsområden för klienter till de aktuella institutionerna, är för begränsade. En regional eller central inskrivningsorganisation alternativt en kombination av dessa behövs.

Det är viktigt att hög kompetens finns där beslut om inskrivning vid institutionerna beslutas, eftersom hänsyn måste tas både till individuella behandlingsbehov hos klienterna och till de olika institutionernas aktuella förmåga att uppfylla sådana behov. Eftersom inskrivningsbeslut på ett avgörande sätt påverkar de enskilda institutionernas arbetsklimat och behandlingsförutsättningar måste den som beslutar om inskrivning ha sådan kompetens i behandlingsfrågor att han/hon har föreståndarnas förtroende för sådana beslut. Således krävs ingående kunskaper om

inte bara den enskilda klientens behandlingsbehov utan även det aktuella behandlingsklimatet och beläggningssituationen (kvantitativt och kvalitativt) på respektive institution. Man kan räkna med att det går att tillhandahålla sådan kompetent personal endast på regional nivå.

En stor del av behandlingsutvecklingen vid institutionerna bör ske inom dessa själva. Det finns dock ett intresse för huvudmannen att kunna påverka inriktningen av utvecklingen så att den sker i en riktning som motsvarar förändringar i vårdbehov inom klientgruppen. Sådan styrning måste ske på nivån över institutionerna, eftersom alltid vissa typer av behandling upplevs som mera tacksam att bedriva än andra typer. Om ingen styrning sker kommer vissa behandlingsområden ej alls att tillfredsställas och andra kommer att bli områden för konkurrens mellan institutionerna.

Förslag: Ett distribuerat ledningssystem tillskapas. D v s ett sekretariat för övergripande institutionsledning, resursfördelning, intagningsbeslut m m upprättas på regional nivå. Denna organisation kan självständigt försörja den egna regionen i varierande omfattning. Systemet behöver ej alls vara symmetriskt. D v s vissa funktioner kan vara vara fördelade per region, som expempelvis tillsynsansvar, regionala budgetmedel, vissa utbildningsresurser och utvecklingsresurser för projekt av regional karaktär, samrådsorgan för regionens institutioner och företrädare för avnämarna, medan man om så önskas och man har goda resurser inom någon enskild region härför, kan samarbeta om vissa administrativa funktioner.

Det centrala sekretariatet måste med nödvändighet endast innehålla chefstjänstemannen och resurser för beredning inför den politiska förankring som beslutas om. Någon stabsresurs för budgetering mellan regioner och för riksövergripande utvecklingsplanering behövs också.

Om man bestämmer sig för en inskrivningsfunktion som skall fungera riksövergripande och under jourtid, kan man med fördel låta den regionala organisationen administrera denna med alternerande jouransvar mellan regionsekretariaten. Varje social handläggare har då endast ett telefonnummer till sin regionala beslutsfattare i placeringsfrågor. Under jourtid vidarekopplas detta telefonnummer till den som är jourhavande placerare.

En sådan decentraliserad organisation kräver att alla medverkande har lika och aktuell tillgång till samma information och att behövliga diskussioner mellan handläggare kan ske utan att man är beroende av att se när vederbörande kommer in på sitt kontor. Dessutom krävs kunskaper om de olika institutionernas aktuella behandlingssituation, både kvantitativt och kvalitativt. (Det räcker ju att en enda viktig person på en slutbar avdelning är sjuk, för att hela avdelningen skall vara tillfälligt försvagad, eller att man har en enda elev på avdelningen som i sitt utagerande tangerar avdelningens maximala förmåga att hantera. Sådana tillfälliga variationer kan enkelt halvera en avdelnings behandlingsförmåga för en nyintagen).

Man behöver således ha aktuell information om:

- Platstillgång vid olika institutioner för pojkar, flickor, olika åldersgrupper, skoltillgång, speciella behandlingsprogram, akutplatser, slutbara platser etc.

- Antalet inskrivna vid olika typer av avdelningar vid alla institutioner. (Pojkar, flickor, åldersgrupper, skolgångsbehov, behov av speciell behandling, behov av placering på slutbar avdelning, akutavdelning etc).

- Antalet faktiskt närvarande klienter vid de olika avdelningarna.

- Antalet inskrivna, men ej närvarande, som väntas snabbt komma tillbaka till avdelning. (Korttidspermitterade, långtidspermitterade där permission behöver avbrytas, andra utplacerade som behöver återtas till institutionen).

- Planerade utskrivningar och verkställda utskrivningar.

Dessa uppgifter lämpar sig för registrering i databas som beslutande i inskrivningsfrågor har omedelbar tillgång till. Registrering går till så att den som fattar beslut om inskrivning, gör direkt registrering härom i databasen, medan institutionerna själva gör alla registreringar om förändringar avseende den inskrivnes förhållanden (intagning, permission, utplacering, återtagning, utskrivning etc).

Härav följer att såväl de som beslutar om inskrivning, som institutionerna själva måste ha tillgång till samma databas, men med olika rättigheter att läsa/skriva olika typer av uppgifter.

(Om man samtidigt vid inskrivning registrerar, med någon form av svårighetsgradering, de angivna beteendestörningar som är skälen för omhändertagande och placering vid aktuell institution, finns möjlighet att vid utskrivning göra om denna värdering och få ett mått på förändring av störningsgrad under vårdtiden. Det är givetvis bedömning från ansvarig tjänsteman vid omhändertagande socialförvaltning, som är av intresse här. Vid en centraliserad inskrivning torde finnas möjligheter att införa sådana bedömningar i begärda intagningshandlingar).

Vidare krävs möjligheter till kommunikation mellan inskrivningsansvariga oavsett om man är anträffbar per telefon eller inte. Här kommer som ett komplement till andra kontakter, även ett elektroniskt brev- och konferenssystem in som en nödvändig komponent. Betydligt mer än hälften av alla telefonkontaktförsök leder *inte* till att man får kontakt med den man söker. Ett elektroniskt konferenssystem får kontakt bara vederbörande *någon* gång är anträffbar.

Ju fler människor som behöver samverka, dessto svårare är det att samordna gemensamma tider när dessa kan mötas. Eftersom verksamheterna som skall samordnas ligger avsevärt geografiskt utspridda, innebär alla fysiska sammanträffande både tidsödande och dyra resor. Det är väl känt att elektroniska konferenssystem kan i avsevärd grad minska behovet av sammanträden med fysiskt närvarande personer. I praktiken påverkas hela samverkansklimatet, i en organisation som utnyttjar datorbaserade konferenssystem, så att fler människor bidrar med information, men med mindre individuell tidsförlust. I en distribuerad ledningsorganisation för våra tvångsvårdsinstitutioner finns unika möjligheter att utnyttja de största fördelarna med ett datorbaserat konferens- och brevsystem.

Självklart behöver människor som dagligen samarbetar, också träffa varandra ibland, men detta är inte nödvändigt bara för att distribuera information, eller samla argument inför beslut och inte heller för att gemensamt samarbeta om en skrivelse, en budget eller en rapport.

I ett konferenssystem för ledning av en mängd institutioner bör finnas särskilda konferenser för budgetfördelning, personalpolicy, rapportering om ny lagstiftning, förordningar och allmänna råd, otillfredsställda behandlingsbehov, kursbehov och kursplaner, beslut från huvudmannen, diskussioner i enskilda intagningsärenden,

arbetsgrupper för olika projekt, intressegrupper som rektorsföreningen, diskussioner om inskrivningspolicy, överflyttningspolicy, ren kursverksamhet m m.

Den som skapar respektive konferens bestämmer vilka som får / skall deltaga i den. Sekretess råder i förhållande till alla som ej är medlemmar. Alla får automatiskt reda på nytillkomna inlägg i alla konferenser man är medlem i. Databasen i sig själv är krypterad. Behörig medlem kan dock göra utdrag ur konferens till datafil eller på papper.

Mellan alla medlemmar i konferenssystemet kan man dessutom skicka personliga brev som då endast kan läsas av adressaten. Detta är en mycket effektiv kommunikationsform som smidigare än telefon sköter korta meddelanden och förfrågningar, liksom förmedlar längre skrivelser snabbt och säkert. Detta är en etablerad kommunikationsform mellan världens forskare. Den har dock ännu inte etablerat sig lika fast ännu bland svenska administratörer. Kommundata håller dock på med utveckling av exakt motsvarnde system som vi här planerar, men för kommunikation mellan landets kommuner. Skulle deras system bli våletablerat och utbrett, finns teknisk möjlighet att samköra systemen med bibehållet sekretessskydd.

Ekonomi: Det främsta argumentet för ett datorbaserat distribuerat ledningssystem för de institutioner som är föremål för byte av huvudman, är den däri liggande goda ekonomin. Härmed menas både de jämförelsevis låga investerings- och driftskostnaderna och det ekonomiska utnyttjandet av befintlig personal samt möjligheterna att med bibehållen god ärendeberedning ändå skapa entydiga och korta beslutsvägar.

I bilagan "Datorstödd Administration Institutioner" finns en investerings- och driftbudgetkalkyl för en utbyggnad av befintligt datorsystem vid Stigbyskolan så att detta kan betjäna samtliga tvångsinstitutioner i Sverige med placeringsdatabas och konferenssystem till en driftskostnad som, även utan att man räknar in alla andra effektivitetshöjande faktorer, besparing av lokalinvesteringskostnader, svårigheter att centralt anställa tillräckligt många, tillräckligt kvalificerade personer etc, ändå är finansierad om man genom systemet inbesparar lite mer än 1 (en) konferns med nödvändigaste samarbetspartners, per år. Ett datorsystem kan givetvis förbättra och effektivisera flera funktioner i en stor organisation, men då med ökande krav på datorsystem och systemadministration. I den beräkning som gjorts, har vi bara tagit med sådan funktioner som vi bedömer att man kan utveckla och underhålla med befintlig teknisk kompetens. Allteftersom organisationens datormognad ökar, kommer givetvis också kraven på datorstöd att öka. Vi bedömer dock att den ökningen vanligtvis går någorlunda parallellt med den tekniska utvecklingen och prestandaökningen hos standarddatorn. Modellen som datorsystemet utgår ifrån innebär inga framtida utbyggnadsbegränsningar. Därför torde i kalkylen redovisade totala investerings och driftskostnad om 6-700 KKr per år, vara realistisk (med endast inflationsuppräkning och beräknad med MOMS avräknad) även för överskådlig framtid. Detta förutsätter dock att vi också fortsättningsvis får sköta inköp/upphandling via egna upparbetade kanaler där vi kan påräkna det tekniska stöd vi behöver och där den vanliga priskonkurrensen på marknaden får styra inköpen. En central upphandling kräver så mycket mera arbete och innebär sådan tidsfördröjning att vi inte klarar att utan sårskild extra personal administrera denna. Dessutom kommer priskalkylen med största sannolikhet ej att hålla vid central upphandling.

Jönköping dag som ovan

/Kenneth Kennerhhoff/

INVESTERINGS OCH DRIFTSKALKYL		Uppdaterad 92-01-06													
AVSER: Rikstäckande / Regionalt informationssystem och platsöversikt för Särskilda ungdomshem (+ vid behov även LVM-hem)	Olika tillkommande kostnadskrävande alternativ visas. Det billigaste alternativet kan endast utnyttjas i ett inledningsskede eftersom det inte uppfyller kraven på en god arbetsmiljö. Alla priser är exclusive MOMS 1991-12	SUBSUMMOR		CENTRAL DATOR ALTERNATIV 1. Minimal kostnad. 6 ingående kanaler. 9.6 Kb/s		CENTRAL DATOR ALTERNATIV 2. Hyggig arbetsmiljö inledningsvis. 14 ingående kanaler. 14.4 Kb/s		CENTRAL DATOR ALTERNATIV 3. Kostnads-effektiv miljö. 32 ingående kanaler. 64Kb/s		ANVÅNDARE Alt 1. Minimal kostnad. Uppringd X.28 förbindelse. 2400 b/s.		ANVÅNDARE Alt 2. Hyggig arbetsmiljö för EN användare. Uppringd X.28 förbindelse. 9600 b/s.		ANVÅNDARE Alt 3. Bra arbetsmiljö. Egen PAD 9600 b/s. Flera samtidiga användare. Möjlig Fast virtuell kanal.	
	SPECIFIKATION	INVESTE-RING	DRIFT/ÅR	INVESTE-RING	DRIFT/ÅR	INVESTE-RING	DRIFT/ÅR	INVESTE-RING	DRIFT/ÅR	INVESTE-RING	DRIFT/ÅR	INVESTE-RING	DRIFT/ÅR	INVESTE-RING	DRIFT/ÅR
INGÅENDE KOMMUNIKATION. X.25 som kommunikationsväg ger säker kommunikation och billigare än telefonkontakt samt möjlighet att identifiera den uppringande. Utökning behövs av befintlig X.25-kanal med fler ingående datalinjer	6 st extra a (110:-Kr investering + 60:-Kr per kvartal) / kanal . Ger totalt 14 samtidigt tillgängliga ingående linjer. Kan vid behov utökas till 64 linjer utan extra investering i hårdvara.	880 kr	1 920 kr	0 kr	0 kr	880 kr	1 920 kr	2 880 kr	6 240 kr						
Ökad linjehastighet (Med fler ingående kanaler behövs högre totalhastighet för att alla samtidigt inloggade skall kunna arbeta under full hastighet).	Till 64Kb/s som gör att 6 samtidigt inloggade samtidigt kan utnyttja full hastighet vid 9600 Kb/s. I praktiken fler eftersom alla inte sänder exakt samtidigt)	22 700 kr	79 200 kr	0 kr	22 000 kr	13 200 kr	46 000 kr	22 700 kr	79 200 kr						
UT/IN-GÅENDE KOMMUNIKATION TCP/IP	14.4 Kb/s. Kan framför allt för vissa användare vara en alternativ ingång, framför allt i ett senare skede, vid hög interaktiv applikationsanvändning och X-windowsmiljö. Som utgående kommunikation för kontakt med universitetsvärldens datorer.	40 000 kr	45 600 kr					40 000 kr	45 600 kr						
KOMMUNIKATION MOT STIGBY X.25															
PAD för möjlig fast virtuell X.32/X.25 förbindelse för koppling mot stigby PAD	Kan vara i form av extern PAD (=13 800 Kr) eller i form av inbyggt kommunikationskort (=20 000 Kr)	13 800 kr				13 800 kr		13 800 kr						13 800 kr	
Portkort för anslutning till PAD		10 000 kr				10 000 kr		10 000 kr							
Fast linje X.21	9600 b/s (inklusive hyrt modem)	4 250 kr	8 000 kr			4 250 kr	8 000 kr	4 250 kr	8 000 kr					4 250 kr	8 000 kr
X.32-X.25anknytning (Detta är ett billigare alternativ än ordinär X.25-anknytning) Kan framför allt vara lämplig för uppkoppling MOT stigby X.25	400:- i installationskostnad + 150:-/kvartal= kommunikationskostnader. Kommunikationskostnader blir lägre än motsvarande uppringd telefonförbindelse. Vidare uppnår man snabbare upp och nerkoppling (ca 1 sekund i stället för mer än 1 minut)	400 kr	600 kr			400 kr	600 kr	400 kr	600 kr					400 kr	600 kr
X.25 fast virtuell förbindelse. Innebär fast uppkoppling av EN kanal från perifer X.25 eller X.32-X.25 anknytning mot EN permanent kanal på stigby X.25 till en fast kvarlats och överföringskostnad. Denne typ av koppling kräver FLER virtuella kanaler.	Kostnadseffektiv uppkoppling av alla som har daglig kontakt med stigby X.25. Förutom X.25 eller X.32 abonnemang betalar man 650 kr per kvartal men ru med FRI dataöverföring (telefoninformation från televerket) Kostnad per fast virtuell kanal:	800 kr	2 600 kr			800 kr	2 600 kr	800 kr	2 600 kr					800 kr	2 600 kr
Hårdvaruinvestering för anslutna persondatorer kan begränsa sig till ett modem. Om flera dagligen skall ha datorkontakt kan en X.25PAD var nödvändig för kostnadseffektiv kommunikation.	Minimikravet på hårdvaruinvestering för anslutna PC-datorer är ett standardmodem med en överföringshastighet av 2400 b/s. Under 1992 även uppringd förbindelse 9600 b/s . Kostnad: 1500-12000:- Kr	2 000 kr	0 kr							2 000 kr	2 600 kr	12 000 kr	5 000 kr		

BASFAKTA § 12-hemmen November 1991

Huvudman	Institution	Plats	Varav: Öppna	Slutna	Tkr Statsbidr	Anställ	Budget 91 Tkr Bruttokostn	Budget 91 % Beläggn	Budget 91 Antal vårddygn	Deb vårdavgifter Inom län/kommun Öppen	Sluten
Stockholms landst	Bärby	23	6	17	8000	75	23160	80	6716	3360	4360
	Hammargården	23	6	17	8000	64	21758	80	6716	2990	3990
	Lövsta	28	16	12	8000	86	29082	80	8176	3200	4200
	Frossarbo	6	6		1200	7	3354	80	1752	1350	
	Bågen	6	6		1200	12	3378	80	1752	3360	
Uppsala kommun	Eknäs skolhem	24	12	12	7200	53	20550	80	7008	1900	2500
Linköpings kommun	Folåsa	15	15		3000	25	7229	82	4490	1706	
Jönköpings landst	Långanäs	24	10	14	7600	54	17500	90	7884	1750	1750
	Stigby	21	13	8	5800	45	16494	90	6899	1560	1560
Kristianstads land	Hässleholm	7		7	2800	15	6038	80	2044		2317
	Ljungaskog	12	5	7	3800	27	10809	80	3504	2317	2317
	Perstorp	6	6		1200	12	5169	80	1752	2317	
Malmö kommun	Tunagården	8	8		1600	17	5097	75	2190		
	Åbygården	8	8		1600	16	5696	75	2190		
Malmöhus landst	Råby	22	7	15	7400	53	18343	80	6424	2000	2000
	Öved	6	6		1200	16	4913	70	1533	2650	
Göteborgs kommun	Björkbacken	12	12		2400	23	7893	80	3504	1550	
	Fagared	39	26	13	10400	85	29437	74	10534	1500	1750
	Nereby	22	16	6	5600	42	17790	75	6023	1450	1700
Bohuslandstinget	Gräskärr	52	38	14	13200	109	47075	56	10629	2100	2800
Älvsborgs landst	Brättegården	23	15	8	6200	52	21027	80	6716	2211	2211
Skaraborgs landst	Margretelund	24	16	8	6400	50	17775	70	6132	2075	2075
Örebro landsting	Bergsmansgården	10		10	4000	27	9713	65	2373		2560
	Granhult	10	10		2000	18	6444	80	2920	1325	
Västmanlands landst	Stubinen	6	6		1200	11	3252	75	1643	2280	
	Sundbo	36	29	7	8600	87	25733	75	9855	1500	2000
Västernorrlands lt	Vemyra	24	7	17	8200	53	21350	80	7008	2100	2100
Kalix kommun	Johannisberg	20	8	12	6400	45	13926	85	6205	1800	2500
Norrbottens landst	Strömsegården	6	6		#VALUE!	12	3470	80	1752	1302	
	TOTALT:	523	319	204	144200	1191	423455	78	6321	2066	2483

BASFAKTA § 23-hemmen November 1991

Huvudman	Institution	Platser	Varav: Öppna	Slutna	Tkr Statsbidr	Anställn	Budget 91 Tkr bruttokostn	Budget 91 beläggn %	Budget 91 vårddygn	Vårddygnsavg Inom län/komm Öppna	Slutna
Stockholms stad	Hornö	29	17	12	5300	41	14892	80	8468	2662	2662
	Håkanstorp	25	10	15	5500	50	16888	80	7300	2662	2662
	Rålambshov	13		13	3900	33	11941	80	3796	2662	2662
	Salberga	18		18	5400	42	15376	80	5256	2662	2662
Jönköpings landst	Hessleby	50	42	8	6600	61	24158	90	16425	1060	1060
Malmöhus landst	Holmahemmet	42	32	10	6200	52	17022	70	10731	1700	1700
Malmö kommun	Avgiftningsenheten	9		9	2700	20	7653	80	2628		
	Karlsvik	45	32	13	7100	43	14627	80	13140	700	900
Göteborgs kommun	Västkusthemmet	70	63	7	8400	66	23001	83	21206,50	950	950
Skaraborgs landst	Gudhemsgården	68	60	8	8400	50	29354	89	22089,80	1265	1265
Örebro landst	Runnagården	46	30	16	7800	63	22587	70	11753	1460	1460
Lanstinget Dalarna	Älvgården	48	36	12	7200	60	24057	88	15417,60	950	950
Gävleborgs landst	Nordsjöhemmet	31	21	10	5100	44	16861	80	9052		
Jämtlands landst	Frösö	52	13	39	13000	113	41883	80	15184		
Norrbottens landst	Holmforshemmet	30	24	6	4200	32	12331	80	8760	978	978
	Total:	576	380	196	96800	770	292631	80,67	171207	1642,58	1659,25

BASFAKTA § 22-hemmen	November 1991			Tkr	%		Vårddygnsavgift	
Huvudman	Institution	Platser	Anställ	Bruttokostn	Beläggn	Vårddygn	Inom län	Utom län
Stockholms stad	Edshemmet	36	16	5798	82	10775	699	699
	Ekebylund	25	16	5903	92	8395	857	857
	Lidöborg	22	17	6213	85	6826	1069	1069
	Östfora	71	50	16696	90	23324	850	850
Vårdförbundet Sörmland	Vårnäs	33	22	8912	90	10841	1230	1230
Norrköpings kommun	Hägerstad	27	22	6956	80	7884	995	1100
	Händelö	12	8	3061	80	3504	925	1020
	Västerbyholm	8	10	3710	80	2336	1300	1710
Linköpings kommun	Solvikshemmet	34	17	6449	75	9308	800	800
Jönköpings kommun	Österängsgården	8	7	2113	80	2336	1075	1075
Kronobergs landsting	Ryds Brunn	40	29	11513	85	12410	984	984
Kalmar landsting	Målilla	14	11	4258	72	3679	1100	1100
Gotlands kommun	Västerbyhemmet	49	43	22895	100	17885	615	615
Blekinge landsting	Björkbacken	10	9	3025	80	2920	1400	1650
Kristianstad landst	Björstorp	39	25	8371	80	11388	771	771
Göteborgs stad	Romanäs	88	48	16684	85	27302	750	980
Bohus landsting	Arödshemmet	32	23	9090	76	8877	985	985
Älvsborgs landsting	Schéelegården	30	23	10167	80	8760	1151	1151
Örebro landsting	Rällsögården	31	27	8157	85	9618	1320	
Västmanlands landst	Sörby	12	8	3679	80	3504	1395	1395
Västernorrlands landst	Nolaskog	20	14	5792	80	5840	1050	1150
	Stornäset	25	25	8895	80	7300	1270	1370
Västerbottens vårdförb	Hemselegården	7	7	2780	78	1993	1259	1259
	Renforsen	20	12	4956	75	5475	969	969
	Total	693	489	186073	82,08	212480	1034,13	1077,78

Kommittédirektiv

Institutioner inom ungdomsvården och missbrukarvården

Dir. 1991:55

Beslut vid regeringssammanträde 1991-06-27

Statsrådet Lindqvist anför.

Mitt förslag

Jag föreslår att en särskild utredare tillkallas för att utreda förutsättningarna för att överföra de särskilda ungdomshemmen till statligt huvudmannaskap. Den särskilde utredaren skall även belysa missbrukarvårdens innehåll och organisation främst vad avser tvångsvårdens institutioner.

Bakgrund

Lagstiftning m.m.

I samband med socialtjänstreformen överfördes år 1983 huvudmannaskapet för de statliga ungdomsvårdsskolorna och vissa institutioner för nykterhetsvård till kommuner och landsting. I socialtjänstlagen (1980:620), SOL, anges att behovet av hem för vård eller boende inom varje landstingskommun skall tillgodoses av landstingskommunen och kommunerna i området. Vidare föreskrivs att landstingskommunerna och kommunerna gemensamt skall upprätta en plan över behovet av sådana hem och fördelningen av ansvaret för deras inrättande och drift. I socialtjänstförordningen (1981:750) preciseras vilket innehåll planen skall ha. Bl.a. skall den omfatta en samlad vårdresursplanering som även innebär att öppenvårdens resurser utnyttjas.

I 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) anges att för ungdomar som behöver stå under särskilt noggrann

tillsyn skall det finnas särskilda ungdomshem som är anpassade för sådan tillsyn. I 22 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) anges att tvångsvård för missbrukare lämnas genom hem som drivs av landsting eller kommuner och som är särskilt anpassade att lämna sådan vård. Enligt 23 § samma lag skall det för missbrukare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn finnas LVM-hem som är anpassade för sådan tillsyn. Socialstyrelsen beslutar om vilka hem som skall vara anpassade för särskilt noggrann tillsyn såväl enligt LVU som LVM.

Statsbidrag m.m.

Inför huvudmannaskapsreformen 1983 träffades en överenskommelse mellan staten, Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet om att statsbidrag skulle utgå till missbrukarvård m.m. Statsbidraget var de första åren i hög grad riktat till huvudmännen för vissa institutioner. Det statsbidragssystem som överenskoms om för åren 1986-89 och som godkändes av riksdagen syftade bl.a. till att luckra upp gränserna mellan institutionsvård och öppenvård. Bidraget skulle främja målen för socialtjänsten.

Under senare hälften av 1980-talet förekom en växande kritik mot att statsbidraget inte i tillräcklig grad garanterade vården för de sämst ställda ungdomarna och missbrukarna. I den överenskommelse om statsbidragssystem för perioden 1990-92 som träffades mellan staten och de båda kommunförbunden konstaterades att vård- och behandlingsresurserna för de mest utsatta grupperna av ungdomar och missbrukare visat sig bli otillräckliga. En riksomfattande inventering av behov och möjliga lösningar av problemen genomfördes våren 1990. Denna inventering visade bl.a. att ett stort antal ungdomar och missbrukare inte kunde beredas plats på de särskilda ungdomshemmen och de s.k. § 23-hemmen.

Proposition (1990/91:96) om statsbidrag till missbrukarvård och ungdomsvård m.m.

I syfte att ge förutsättningar för en snabb utbyggnad av institutionsresurserna för de mest utsatta ungdomarna och missbrukarna föreslog regeringen en tillfällig omläggning av statsbidraget. Förslagen innebar att en större del av statsbidraget skulle ges i form av höjda platsbidrag till de särskilda ungdomshemmen och § 23-hemmen. Vidare föreslogs att, inom

en finansiell ram av 950 milj. kr. 75 milj. kr. skulle avsättas för ett tillfälligt anordningsbidrag avseende åren 1991 och 1992. I och med dessa förändringar inom statsbidragssystemets ram beräknades en utbyggnad ske med 200 platser vardera i särskilda ungdomshem och § 23-institutioner under en tvåårsperiod.

I propositionen anfördes även att olika utvärderingsrapporter m.m. gav intrycket att institutionsvården inte är organiserad på ett sätt som ger effektivast möjliga vård och behandling för de mest utsatta grupperna. Orsakerna till problemen är många men tre huvudfaktorer definierades, nämligen det delade huvudmannaskapet för institutionerna, den otillräckliga differentieringen av vårdresurserna och oklarheter om organisation och kompetens i det direkta vårdarbetet men också vad gäller ledning, planering, intagningsförfarande och personalutveckling.

Regeringen meddelade i propositionen sin avsikt att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att lägga fram förslag om hur en omorganisation skulle kunna genomföras. De principer som enligt propositionen bör vara styrande för förändringar av vården är

- ett sammanhållet ansvar för vård, behandling, resurser och ekonomi,
- en differentiering av vårdresurserna och
- en regional samordning.

Riksdagens behandling av prop. 1990/91:96

Socialutskottet konstatede vid behandlingen av regeringens proposition om statsbidrag till missbrukarvård och ungdomsvård i sitt av riksdagen godkända betänkande (SoU14, rskr. 267) att den nödvändiga utbyggnaden och differentieringen av institutionsvården inte ägt rum. De båda kommunförbunden har klargjort att nuvarande regelsystem och organisation lägger hinder i vägen för en sådan utbyggnad och har krävt en förändring av huvudmannaskapet.

Utskottet anförde att staten är mer lämpad som huvudman för tvångsvården i de särskilda ungdomshemmen. Utskottet uppställde två krav på denna vård. För det första måste alla ungdomar som behöver tvångsvård kunna beredas plats. För det andra måste det finnas ett väl differentierat utbud av olika vårdmöjligheter.

Enligt utskottet behövs ett samlat ansvar för de särskilda ungdomshemmen och en samordning för riket. Det är nödvändigt att inrätta hem som har hela landet som upptagningsområde samt en central inskrivning och fördelning av vårdbehövande ungdomar på de särskilda ungdomshemmen.

Dessutom bör vissa hem med särskilt hög bevakningsgrad inrättas för att vård även skall kunna ges till de svårast störda ungdomarna.

En huvudmannaskapsförändring bör enligt utskottet ske snarast och skall vara genomförd under år 1992. I samråd med berörda myndigheter och organisationer bör regeringen utan dröjsmål utreda och förbereda erforderliga åtgärder. Bl.a. måste de ekonomiska och organisatoriska frågorna skyndsamt ses över liksom frågor om vårdens innehåll och utveckling, befintlig kompetens i det direkta vårdarbetet, personalutveckling och möjligheter till effektiv eftervård. Förutsättningar måste skapas för en fortsatt god kontakt mellan de särskilda ungdomshemmen och den övriga öppna och slutna socialtjänsten. Det finns skäl att överväga ett fortsatt kommunalt betalningsansvar för verksamheten för att motverka en överströmning till den statliga vården av enbart ekonomiska skäl. Frågan om hur det framtida stödet till missbrukarvården skall utformas måste givetvis också övervägas i sammanhanget. Även frågor som rör missbrukarvårdens innehåll och utformning kan komma att behöva belysas ytterligare.

Det är angeläget att garantier skapas för att huvudmännen kompenseras för gjorda investeringar vid den kommande ekonomiska regleringen parterna emellan.

Riksdagen beslöt godkänna regeringens förslag i propositionen om ett tillfälligt anordningsbidrag avseende ungdomsvård och missbrukarvård.

UPPDRAGET

Riksdagens beslut som jag redovisat i det föregående innebär att huvudmannaskapet för de särskilda ungdomshemmen under år 1992 skall överföras från kommuner och landsting till staten. Utredaren bör få i uppdrag att utreda alternativa lösningar och konsekvenserna av deras genomförande. Ett alternativ är att staten övertar det totala ansvaret för institutionerna, dvs. såväl planeringsansvar som driftansvar på det sätt som var fallet före huvudmannaskapsreformen år 1983. Ett annat alternativ är att staten ges ett mera övergripande ansvar och att t.ex. kommuner eller landsting som entreprenörer svarar för driften av verksamheten. Även andra alternativ skall kunna prövas av utredningen.

Utredaren bör överväga för- och nackdelar med olika lösningar för hur *den statliga administrationen* bör vara uppbyggd. Före år 1983 hade socialstyrelsen det totala ansvaret för de dåvarande ungdomsvårdsskolorna. Socialstyrelsen har emellertid därefter fått en annorlunda inriktning mot mera övergripande uppgifter. Syftet har varit att renodla inriktningen

till att avse tillsyn, uppföljning, utvärdering samt kunskapsförmedling. Detta innebär att styrelsen i dag inte utan nya förändringar i sin inriktning och organisation skulle kunna ta över ett huvudmannaskapsansvar, särskilt inte om detta skulle innebära driftansvar. Ett alternativ är att bygga upp en ny självständig myndighet. Detta strider dock i sin tur mot regeringens ambitioner om omställning och bantningar av den statliga administrationen.

En annan fråga som bör tas upp i detta sammanhang är huruvida någon form av regional organisation är lämplig. Under senare år har det regionala samarbetet inom ungdoms- och missbrukarvården byggts ut, bl.a. inom ramen för vårdresursplaneringen. Den nu planerade förhållandevis omfattande utbyggnaden av institutionsresurserna har i hög utsträckning regioner som underlag. Jag har uppfattningen att det även med ett statligt huvudmannaskap kan finnas behov av en regional samverkan.

Utredningen bör innefatta förslag om och en beskrivning av hur ett centralt intagningsförfarande kan utformas. Socialutskottet har betonat riksintressena och har bl.a. framfört att det behövs en central inskrivning och fördelning av de vårdbehövande ungdomarna.

Utredningen bör ta ställning till vilka *differentieringsmöjligheter* som bör finnas. Likaså bör utredningen lämna förslag om hur utskottets krav om *hem med särskilt hög bevakningsgrad* skall kunna genomföras. Socialutskottet har anfört att det är nödvändigt att inrätta hem som har hela landet som upptagningsområde. Utskottet har dessutom fört fram att det bör inrättas vissa hem med särskilt hög bevakningsgrad för de svårast störda ungdomarna. Enligt min mening är det viktigt att betona behovet av samverkan mellan kommunens socialnämnd och institutionerna, vilket också utskottet gjort. Detta bör innebära att närhetsaspekter får stor betydelse vid ett placeringsbeslut. I vissa fall är dock ungdomarnas problematik så speciell att det endast finns underlag för någon eller några institutioner i riket, vilket då kan innebära att närhetsprincipen får vika.

De ekonomiska konsekvenserna vid en återgång till statligt huvudmannaskap blir olika beroende på vilket alternativ som väljs. Utredningen bör utvisa vilka *konsekvenser av ekonomisk natur* som huvudmannaskapsförändringen kommer att medföra. Utgångspunkten skall härvid vara att den finansiella ramen för statens kostnader för missbrukarvård och ungdomsvård är 950 milj. kr. Utredningen bör också överväga vilka frågor som behöver tas upp i förhandlingar mellan staten och de nuvarande huvudmännen.

Utredningen bör ta ställning till hur *kommunernas betalningsansvar* i form av vårdavgifter bör utformas. Därvid bör utredningen beakta den

reducering av kommunernas kostnader som nuvarande statsbidragsystem innebär. Socialutskottet har i sitt betänkande angett att det finns skäl att överväga ett fortsatt kommunalt betalningsansvar för verksamheten för att motverka en överströmmning till den statliga vården av enbart ekonomiska skäl. Regeringen har i den redovisade statsbidragspropositionen anfört att de höga kostnaderna för de särskilda ungdomshemmen och § 23-hemmen motiverar särskilda platsbidrag. Om sådana platsbidrag inte fanns, skulle det bli svårt åtminstone för de mindre kommunerna att anlita denna vårdform i synnerhet när flera ungdomar eller missbrukare från kommunen samtidigt är i behov av sådan institutionsvård.

Utredningen bör också göra bedömningar av vilka behov av förändringar som finns av innehållsmässig karaktär. En fråga som särskilt bör uppmärksammas är *eftervårdens* innehåll och utformning. I olika sammanhang har framförts krav på att institutionerna borde få ett vidgat ansvar för utslussningen av ungdomarna från de särskilda ungdomshemmen. En annan fråga som utredningen bör ta upp är om det borde införas en möjlighet att göra längre placeringar i *slutna avdelningar* än vad nuvarande lagstiftning medger.

Andra frågor av central betydelse är *personalfrågor* av olika slag. Det är självklart viktigt att anställningsfrågor m.m. i samband med en huvudmannaskapsförändring tas upp. Det är också betydelsefullt att frågor om utbildning, fortbildning, personalutveckling etc. belyses.

Utredaren bör lämna förslag till alternativa lösningar beträffande ett statligt huvudmannaskap för de särskilda ungdomshemmen och lämna förslag till lösningar av legala, ekonomiska, administrativa och innehållsmässiga konsekvenser av de olika alternativen. Även *missbrukarvårdens situation* bör genomlysas.

Socialutskottet har anfört att frågan om hur det framtida stödet till missbrukarvården skall utformas också måste övervägas i sammanhanget. Även frågor som rör missbrukarvårdens innehåll och utformning kan komma att behöva belysas ytterligare. I många kommuner och landsting är institutionsfrågorna vad gäller ungdomsvård och missbrukarvård administrativt sammanförda. Det finns självfallet många fördelar från såväl administrativa synpunkter som innehållsmässiga med en samordnad institutionsförvaltning. Härtill kommer att problemen vad beträffar LVM-vården i många avseenden är desamma som inom ungdomsvården. Enligt min mening finns skäl i att överväga för- och nackdelar i att ha en samordnad förvaltning av de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen. Utredningen bör således bl.a. belysa frågan om huvudmannaskapet för LVM-vården. Även om man skulle stanna för att ge de särskilda ung-

domshemmen och LVM-vården olika huvudmän kvarstår den problematik som beskrivits i propositionen om statsbidrag till missbrukarvård och ungdomsvård.

Utredningen skall vara slutförd den 15 januari 1992. För utredningen gäller regeringens direktiv (dir. 1984:5) till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningsförslag och konsekvenser samt angående beaktande av EG-aspekten (dir. 1988:43).

HEMSTÄLLAN

Med hänvisning till vad jag nu anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden om barn- och familjefrågor

- att tillkalla en särskild utredare – omfattad av kommittéförordningen (1976:119) med uppdrag att dels utreda de åtgärder som måste vidtas för att överföra de särskilda ungdomshemmen till statligt huvudmannaskap, dels belysa missbrukarvårdens innehåll och organisation vad avser tvångsvården,
- att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns anslag A 2. Utredningar m.m.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 1992

Kronologisk förteckning

1. Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. U.
2. Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. M.
3. Psykiskt störda situation i kommunerna –en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. S.
4. Psykiatrin i Norden –ett jämförande perspektiv. S.
5. Koncession för försäkringssammanslutningar. Fi.
6. Ny mervärdesskattelag.
   – Motiv. Del 1.
   – Författningstext och bilagor. Del 2. Fi.
7. Kompetensutveckling - en nationell strategi. A.
8. Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. Fi.
9. Ekonomi och rätt i kyrkan. C.
10. Ett nytt bolag för rundradiosändningar. Ku.
11. Fastighetsskatt. Fi.
12. Konstnärlig högskoleutbildning. U.
13. Bundna aktier. Ju.
14. Mindre kadmium i handelsgödsel. Jo.
15. Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. U.
16. Kroppen efter döden. S.
17. Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. S.
18. Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. S.

Statens offentliga utredningar 1992

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Bundna aktier. [13]

Socialdepartementet

Psykiskt störda situation i kommunerna
–en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. [3]
Psykiatrin i Norden – ett jämförande perspektiv. [4]
Kroppen efter döden. [16]
Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. [17]
Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. [18]

Finansdepartementet

Koncession för försäkringssammanslutningar. [5]
Ny mervärdesskattelag.
– Motiv. Del 1.
– Författningstext och bilagor. Del 2. [6]
Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. [8]
Fastighetsskatt. [11]

Utbildningsdepartementet

Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. [1]
Konstnärlig högskoleutbildning. [12]
Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. [15]

Jordbruksdepartementet

Mindre kadmium i handelsgödsel. [14]

Kulturdepartementet

Ett nytt bolag för rundradiosändningar. [10]

Arbetsmarknadsdepartementet

Kompetensutveckling - en nationell strategi. [7]

Civildepartementet

Ekonomi och rätt i kyrkan. [9]

Miljö- och naturresursdepartementet

Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. [2]

KUNGL. BIBL.
1992-03-31
STOCKHOLM

ALLMÄNNA FÖRLAGET

BESTÄLLNINGAR: ALLMÄNNA FÖRLAGET, KUNDTJÄNST, 106 47 STOCKHOLM,
TEL: 08-739 96 30, FAX: 08-739 95 48.
INFORMATIONSBOKHANDELN, MALMTORGSGATAN 5 (VID BRUNKEBERGSTORG), STOCKHOLM.

ISBN 91-38-10989-1
ISSN 0375-250X