

Cirkulärnr: 1993:53  
Diariernr: 1993:0475  
Handläggare: Ingrid Söderström  
Avdsek: AK ÄldreIfo  
Datum: 1993-03-05  
Mottagare: Kommunstyrelsen  
Äldre-/Handikappomsorg  
Rubrik: Kommunalisering av särskolan och särskilda omsorgerna  
Bilagor: PM

### Kommunalisering av särskolan och särskilda omsorgerna

Enligt propositionen om Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade mm (LSS) skall ansvaret för de särskilda omsorgerna vara överfört till kommunerna senast 1/1 1996.

De båda Kommunförbunden har här utarbetat ett gemensamt material, som ett första stöd till kommuner och landsting inför arbetet med huvudmannaskapsförändringen. I det gemensamma materialet diskuteras ej ekonomiska spørsmål. Kommunförbundet kommer att via Kommunförbunden i länen sända ut information avseende ekonomiska frågor.

Ingrid Kennborn är projektanställd på Kommunförbundet för att svara för arbetet med huvudmannaskapsförändringen. Dessutom finns resurspersoner på förbundets olika avdelningar. Dessa personer och ansvarsområden är:

Andreas Hagnell, ekonomifrågor  
Lotta Kärger, personalfrågor  
Randolph Norberg, frågor om särskolan  
Lena Sandström, juridiska frågor  
Ingrid Söderström, frågor om omsorgslagen samt LSS

SVENSKA KOMMUNFÖRBUNDET  
Allmän kommunalpolitik

Karl Knutsson

Ingrid Söderström

### BILAGA

#### KOMMUNALISERING AV SÄRSKOLAN OCH SÄRSKILDA OMSORGER OM UTVECKLINGSSTÖRDA

- erfarenheter från genomförda huvudmannaskapsförändringar

Några centrala överenskommelser mellan Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet för överförandet av huvudmannaskapet för omsorgsverksamheten har inte träffats. Överenskommelser mellan resp landsting och kommuner måste utformas med utgångspunkt i lokala förutsättningar.

De båda kommunförbunden har gemensamt utarbetat ett första material, en erfarenhetsredovisning, som ett stöd i det genomförandearbete som bedrivs eller planeras i kommuner och landsting inför huvudmannaskapsförändringen. Redovisningen avser verksamhets- och personalfrågor.

Vi har i materialet sammanställt erfarenheter från de fyra län som redan genomfört förändringen och i vissa fall redovisat våra kommentarer. De kommentarer som lämnas kan ses som exempel på överväganden som bör göras under arbetets gång. I arbetet måste hänsyn även tas till konsekvenserna av eventuell kommande lagstiftning på handikapp- och psykiatriområdet.

Materialet är inte på något sätt uttömmande och många frågor kommer att dyka upp under förändringsprocessens gång. Ytterligare information kommer att lämnas efter hand.

Ytterligare information kan också lämnas av de kommuner som redan övertagit ansvaret för verksamheten.

Ansvariga för arbetet med huvudmannaskapsförändringen på central förbunds nivå är Ingrid Kennborn, Svenska Kommunförbundet (08-7724327 eller 0522-96661) och Margareta Liljeqvist, Landstingsförbundet (08- 7024494).

Övriga frågor besvaras av:

#### SVENSKA KOMMUNFÖRBUNDET

Andreas Hagnell	(08-772 42 50)	ekonomi
Lotta Kärger	(08-772 47 45)	personal
Randolph Norberg	(08-772 46 32)	särskolan
Lena Sandström	(08-772 44 34)	juridik
Ingrid Söderström	(08-772 43 42)	omsorgslagen och LSS

#### LANDSTINGSFÖRBUNDET

Inger Dahlgren	(08-702 45 24)	särskolan
Anders Hedberg	(08-702 43 91)	ekonomi
Margareta Liljeqvist (08-702 45 36)	(08-702 44 94)	omsorgslagen och LSS juridik
Agneta Åhlin	(08-702 44 08)	personal

#### LANDSTINGSFÖRBUNDET

SVENSKA KOMMUNFÖRBUNDET Toivo Heinsoo  
Karl Knutsson

Särskilda omsorgerna om utvecklingsstörda och särskolan

Verksamhetsfrågor

I denna del redovisar vi olika frågor om själva verksamheten, som kan vara viktiga att beakta inför planeringsarbetet, hur de län som redan genomfört en kommunalisering löst dessa samt i förekommande fall kommentarer till de alternativ som redovisats.

Underlag för denna redovisning har vi till stor del fått genom intervjuer med personal som varit ansvariga för och delaktiga i arbetet med förändring av huvudmannaskapet i Dalarna, Göteborg och Bohus, Jämtland samt Halland.

De kommentarer som lämnas skall inte ses som riktlinjer utan endast som exempel på överväganden inför de överenskommelser som kommer att träffas. Där det varit möjligt har vi försökt att väga in eventuella konsekvenser av den föreslagna lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Erfarenheter från andra huvudmannaskapsförändringar (t ex Ädel) bör kunna utgöra svar på vissa problemställningar även i detta sammanhang. Vi tar här upp frågor som är mer specifika för omsorgsverksamheten.

Vi har valt följande uppläggning av redovisningen:

1. Omsorgslagen och de särskilda omsorgerna samt särskolan. En kortfattad, allmän beskrivning av den verksamhet som berörs (sid 4).
2. Förslag till Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (sid 7).
3. Rådgivning och annat personligt stöd enligt omsorgslagen (sid 9).
4. Rehabilitering enligt Hälso-och sjukvårdslagen (sid 9).
5. Varför kommunalisering? En beskrivning av syftet med förändringen (sid 13).
6. Genomförandeprocessen (sid 14).
7. Vårdhemsavvecklingen (sid 19).
8. Omsorgernas placering i den kommunala organisationen (sid 20).
9. Handikapphjälpmedel (sid 22).
10. Icke verkställda domar (sid 23).

## OMSORGLAGEN OCH DE SÄRSKILDA OMSORGERNA

Den nuvarande omsorgslagen trädde i kraft 1 juli 1986 och ersatte då en tidigare lag från 1967.

Landstingen har sedan länge haft en lagstadgad skyldighet att svara för vård och undervisning av psykiskt utvecklingsstörda. Utvecklingsstörda kan behöva extra stödinsatser, som inte kan tillgodose genom socialtjänst eller hälso-och sjukvård. Omsorgslagen är därför den särskilda lag ("pluslag"), som skall garantera att sådana behov blir tillgodosedda.

Omsorgslagen innehåller föreskrifter om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda. All undervisning finns reglerad i skollagen och behandlas inte i omsorgslagen. När det gäller undervisning så finns numera särskoleförordningen som ett komplement till övriga skolförordningar.

Svenska Kommunförbundet har tagit fram en skrift om särskolan, "SÄRSKOLAN - EN KOMMUNAL ANGELÄGENHET". Den beskriver förändringarna som beslutades av riksdagen under 1992. Skriften kan beställas på tfn 08/772 4493.

Vad som sägs om psykiskt utvecklingsstörda i omsorgslagen gäller även personer med barndomsspykos samt personer, som på grund av hjärnskada, föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, har fått ett betydande och bestående begåvningshandikapp.

Särskilda omsorger ska ges den utvecklingsstörde endast om han eller hans legale företrädare begär det.

De särskilda omsorgerna finns intagna i omsorgslagens 4 §:

- 1 Rådgivning, annat personligt stöd samt stöd av en kontaktperson
- 2 Daglig verksamhet i dagcenter eller annan sysselsättning för dem över skolåldern, som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig
- 3 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet i syfte främst att avlösa anhöriga i vård och tillsyn, samt korttidstillsyn utanför hemmet av skolungdom över 12 år före och efter skoldagen samt under lov dagar
- 4 Boende i familjehem eller i elevhem för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet

## 5 Boende i gruppbostad för vuxna som inte kan bo i en egen bostad

### Rådgivning och annat personligt stöd

Rådgivning och annat personligt stöd ges av tvärfackligt sammansatta team som består av bl a arbetsterapeut, kurator, logoped, psykolog och sjukgymnast. Teamet ger stöd, service och behandling till den utvecklingsstörde och dennes närstående.

### Stöd av kontaktperson

En kontaktperson är en medmänniska som kan ersätta eller komplettera kontakten med anhöriga. Kontaktpersonen kan ge råd till eller vara förespråkare för den utvecklingsstörde i olika situationer och bl a medverka till att den utvecklingsstörde får en meningsfull fritid.

### Gruppbostad

Gruppbostad är en boendeform för vuxna utvecklingsstörda, som inte kan bo självständigt. Syftet är att vuxna utvecklingsstörda, liksom alla andra vuxna, skall få möjlighet att lämna föräldrahemmet och skapa sig ett eget hem. Detta är ett viktigt led i normaliseringen och kräver tillgång till gruppbostäder och individuellt stöd för att den utvecklingsstörde och de anhöriga skall känna trygghet inför flyttningen.

### Familjehem, Elevhem

Utvecklingen har lett fram till att de flesta föräldrar har sina utvecklingsstörda barn boende hemma hos sig. Detta är en positiv utveckling men förutsätter att föräldrarna får ett bra och behovsanpassat stöd. Om det inte är möjligt för barnet att bo i föräldrahemmet, så söker man lösa behovet genom familjehem, dvs att barnet får sina grundläggande behov tillgodosedda genom boende i en annan familj.

Ibland finns det dock skäl att välja en annan boendeform och då kommer elevhem in i bilden.

### Daglig verksamhet eller sysselsättning

Huvudmannen är enligt omsorgslagen skyldig att anordna daglig verksamhet för de utvecklingsstörda, som inte förvärvsarbetar eller utbildar sig. Främst avses här verksamhet i dagcenter. Vistelsen på dagcenter får emellertid inte ses som slutgiltig, utan som en förberedelse inför den öppna arbetsmarknaden eller skyddat arbete. Huvudmannen har därför också skyldighet att medverka till att utvecklingsstörda om möjligt får en meningsfull sysselsättning genom förvärvsarbete.

### Korttidsvistelse utanför det egna hemmet

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet har som främsta syfte att avlösa anhörig i vård och tillsyn och utgör en särskild omsorg. Korttidsvistelse kan ordnas i form av särskilda korttidshem eller genom sk stödfamiljer.

### Korttidstillsyn för skolgång över 12 år

Upp till 12 års ålder (det år då barnet fyller 13 år) har kommunen ansvar (enligt SoL) för tillsynen utanför skoltiden. Därefter är det omsorgshuvudmannen, som har ansvar för att tillsyn och lämpliga aktiviteter tillhandahålls.

### Vård utan samtycke, vårdhem och specialsjukhus

### Vård utan samtycke

De särskilda omsorgerna enligt omsorgslagen ges på den enskilde utvecklingsstördes eller den legale företrädarens begäran. Bestämmelser om vård av utvecklingsstörda utan samtycke finns fortfarande i 1967 års omsorgslag, 35 §:

Psykiskt utvecklingsstörd som fyllt 15 år får oberoende av samtycke som avses i 34 § första stycket beredas vård i vårdhem eller specialsjukhus om vården är oundgängligen påkallad med hänsyn till utvecklingsstörningens grad och till att han till följd av utvecklingsstörningen

- a) är farlig för annans personliga säkerhet eller psykiska hälsa eller för eget liv
- b) är ur stånd att taga vård om sig själv
- c) är ur stånd att skydda sig själv mot att bli sexuellt utnyttjad eller
- d) har ett för närboende eller andra grovt störande levnadssätt.

Vård i specialsjukhus oberoende av samtycke får beredas även när vården är oundgängligen påkallad med hänsyn till, förutom utvecklingsstörningens grad, att den utvecklingsstörde till följd av utvecklingsstörningen är farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse som icke avses i första stycket under a). Vården får dock beredas endast med stöd av domstolsförordnande enligt 31 kap. 3 § brottsbalken.

Denna möjlighet till vård utan samtycke används dock mycket sällan.

Enligt förslag till LSS ska nuvarande bestämmelser om vård utan samtycke för utvecklingsstörda finnas kvar under ytterligare en tid i avvaktan på socialstyrelsens utredning i denna fråga. Utredningen skall bl a belysa på vilket sätt alternativa verksamheter kan ordnas för personer som tvångsvårdas på vårdhem eller specialsjukhus.

#### Vårdhem

Enligt Lag om införande av lagen om särskilda omsorger om utvecklingsstörda m fl (förenklat kallad införandelagen) ska omsorgshuvudmannen planera för avveckling av befintliga vårdhem.

Se vidare under rubriken Vårdhemsavvecklingen sidan 17!

#### Specialsjukhus

Enligt införandelagen ska specialsjukhus avvecklas. Idag finns ett kvar, Salberga i Sala, Västmanlands län. Specialsjukhusen används dels för vård av utvecklingsstörda enligt 35 § i 1967 års omsorgslag (vård utan samtycke) dels för vård av utvecklingsstörda lagöverträdare enligt domstols beslut.

Möjligheten att bereda utvecklingsstörda vård utan samtycke har under åren använts alltmer sällan. Utvecklingsstörda som av domstol överlämnats till vård på specialsjukhus har sällan varit fler än ett par personer årligen. Denna möjlighet har upphört fr o m 1/1 1992 genom en ändring i brottsbalken.

I förslag till LSS föreslås att landsting och kommuner gemensamt planerar för avveckling av befintliga vårdhem och specialsjukhus.

FÖRSLAG TILL LAG OM STÖD OCH SERVICE TILL VISSA FUNKTIONSHINDRADE (LSS)

Under våren har regeringen lagt fram en proposition (1992/93:159) med förslag till Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I samband med att den lagen förväntas träda i kraft 1/1 1994 upphör Omsorgslagen och Elevhemslagen att gälla.

Lagen, som är en rättighetslag, innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och service till, förutom den personkrets som omfattas av Omsorgslagen, personer med "andra stora och varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, men som förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande stödbehov".

De särskilda insatserna enligt 9 § LSS är

1. rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder,
2. biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, till den del av behovet av ekonomiskt stöd som inte täcks av assistansersättning enligt lagen om assistansersättning,
3. ledsagarservice,
4. biträde av kontaktperson,
5. avlösarservice i hemmet,
6. korttidsvistelse utanför det egna hemmet,
7. korttidsutlysning för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov,
8. boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet,
9. bostad med särskild service för vuxna,
10. daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig (gäller endast fd Omsorgslagens personkrets).

I införelselagen till LSS föreslås att landstingen fram till 31/12 1995, om inte annan överenskommelse träffas, skall svara för insatser enligt 9 § pkt 4, 6-10 för fd omsorgslagens personkrets samt pkt 8 till barn med fysiska funktionshinder i den nya personkretsen. Kommunerna svarar från 1/1 1994 för insatser till den nya personkretsen samt beträffande punkterna 2,3 och 5 till omsorgslagens fd personkrets (bilaga).

Enligt införelselagen får ett landsting och en kommun träffa avtal om att en eller flera uppgifter får överflyttas från landsting till kommun tidigare än 1/1 1996.

Konsekvenserna av detta blir att kommunen fram till dess kommunalisering skett ansvarar för vissa delar av lagen medan landstinget svarar för andra till personer tillhörande fd omsorgslagens personkrets. Detta faktum kan medföra otydligheter såväl för den enskilde som för huvudmännen samt få administrativa konsekvenser i ett inledningskede.

Enligt andra 2 § LSS skall varje landsting, om inte annat överenskomms enligt 17 § svara för insatser enligt 9 § 1 stycket 1.

LSS 9 § 1 stycket 1 stadgar: "Rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder".

Enligt propositionen ska personer som omfattas av den nya lagen tillförsäkras rätten till expertstöd. "Sådant stöd skall kunna ges av företrädare för yrkeskategorier som t ex kurator, psykolog, sjukgymnast, förskolekonsulent, talpedagog, logoped, arbetsterapeut och dietist. Insatserna skall vara ett komplement till t ex habilitering, rehabilitering och socialtjänst".

Propositionen anför vidare att "personer med svåra funktionshinder och deras anhöriga har en så utsatt situation att deras tillgång till kompletterande särskilt expertstöd skall lagregleras. Denna rätt skall tillförsäkra personer som tillhör den nya lagens personkrets och deras anhöriga tillgång till sådana kvalificerade insatser från flera kompetensområden som behövs för att underlätta det dagliga livet. Det rör sig om insatser av rådgivande och allmänt stödjande karaktär, där medicinska psykologiska sociala och pedagogiska aspekter av funktionshindret beaktas. Insatserna skall ses som komplement till och inte som ersättning för t ex habilitering, rehabilitering och social- tjänst."

Enligt specialmotiveringen till 9 § 1 punkten rör det sig om "stödingsatser av övergripande natur som till viss del ligger hälso- och sjukvården nära".

Vidare anför att insatserna kan vara av rådgivande och allmänt stödjande art. Avsikten är inte att ge sjukvårdande behandling/rehabilitering eller andra insatser som klart faller inom tillämpningsområdet för hälso- och sjukvårdslagen, och inte heller att ge den typ av social service som socialtjänsten skall erbjuda eller pedagogiska insatser som hör till undervisning.

Tillägg till hälso- och sjukvårdslagen

Enligt förslag till ändring i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) enligt den av regeringen nyligen framlagda propositionen om LSS mm blir landstingen skyldiga att tillhandahålla habilitering/rehabilitering. Denna ändring föreslås träda ikraft 1/1 1994.

## RÅDGIVNING OCH ANNAT PERSONLIGT STÖD ENLIGT OMSORGLAGEN

Enligt Lag (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m fl är rådgivning och annat personligt stöd en särskild omsorg (4 § 1).

Enligt specialmotiveringen till lagen ger bestämmelsen "uttryck för skyldigheten att tillhandahålla expertstöd åt alla som tillhör denna lags personkrets. Här avses t ex insatser av kurator, psykolog, sjukgymnast, logoped, förskolekonsulent, lekotekspersonal m fl yrkeskategorier som kan behövs för att erbjuda ett fullgott stöd. På sätt som omsorgskommitten har visat kan verksamheten med fördel organiseras i och utföras av s k distriktslag."

Landstingen har idag verksamheten organiserad i tvärfackligt sammansatta team/distriktslag. enligt vad som framgår ovan. I allmänhet finns olika team för barn- resp vuxna.

Det är lätt att blanda ihop "råd och stöd" enligt omsorgslagen och habilitering/rehabilitering. Dessa begrepp/insatser är varken entydiga eller går att helt skilja åt. En orsak till detta är att målgruppen för de olika insatserna i vissa delar sammanfaller. Omsorgslagens personkrets har självklart samma rätt till insatser från sjukvårdens habilitering och rehabilitering som andra medborgare. I princip skiljer sig inte heller behoven av insatser som individerna i omsorgslagens personkrets har från de behov av insatser som personer med andra funktionshinder har. Därtill skall läggas att många människor har flera funktionshinder. Detta har i sin tur gjort att teamen inom omsorgsverksamheten och inom habiliteringen ofta har samma tvärfackliga sammansättning och insatserna utförs till stor del av samma personer.

## HABILITERING ENLIGT HÄLSO-OCH SJUKVÅRDSLAGEN

### Barnhabilitering

Barnhabilitering är en medicinsk specialitet på länsjukvårdsnivå. Verksamheten är i allmänhet nära kopplad till den barnmedicinska kliniken. Här utreds och diagnosticeras barn med funktionshinder. Många barn med bestående funktionshinder (främst rörelsehinder) bereds genom habiliteringen fortsatt vård och behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Med habilitering menas allsidiga, kvalificerade behandlingsinsatser från främst de pedagogiska, sociala, medicinska och psykologiska kompetensområdena. Stöd och behandling ges av tvärfackligt sammansatta team där dessa fyra kompetensområden är representerade. Följande yrkesgrupper ingår i allmänhet i ett team: arbetsterapeut, förskollärare, kurator, logoped, läkare, psykolog och sjukgymnast. Insatserna kombineras efter vars och ens individuella behov med målet att ge den enskilde förutsättningar för optimal utveckling.

Många landsting har slagit ihop behandling/habilitering för en eller flera grupper funktionshindrade barn med insatserna till de utvecklingsstörda enligt omsorgslagen till samordnad barnhabilitering.

### Vuxenhabilitering

Vuxenhabilitering har enligt handikapputredningens betänkande Handikapp Valfärd Rättvisa blivit ett begrepp "för fortsatta insatser för unga vuxna (främst med komplicerade rörelsehinder) som tidigare erhållit stöd, service och behandling genom den organisation för barn/ungdomshabilitering som byggts upp inom landstingen".

Omsorgslagen gör ingen skillnad på barn, ungdomar och vuxna när det gäller insatser enligt 4 § 1 "rådgivning och annat personligt stöd".

Exempel från de olika länen

Här nedan ges exempel på hur verksamheten "råd och stöd" har organiserats efter det att omsorgsverksamheten övergått från landstingskommunalt huvudmannaskap till kommunalt.

Dalarna

I Dalarna finns samordnad barnhabilitering. Vid övergången från landstingskommunalt till kommunalt huvudmannaskap i Kopparbergs län överfördes inte "råd och stöd" enligt omsorgslagen till kommunerna utan de tvärfackliga teamen har fortsättningsvis landstinget som huvudman.

Göteborgs- och Bohus län

Under landstingstiden fanns omsorgsteam för enbart omsorgslagens personkrets med samtliga specialister dvs även t ex sjukgymnaster och logoped. Dessa team har kompletta förts över till kommunerna. De mindre kommunerna samarbetar om ett team.

Halland

Under landstingstiden fanns inte de medicinska experterna inlemmade i teamen utan dessa fanns att tillgå för barn vid barnhabiliteringen och för vuxna inom primärvården. Landstinget i Halland har inte infört samordnad barnhabilitering. Vid huvudmannaskapsförändringen överfördes omsorgsteamet kompletta till kommunerna. Övriga behandlingsinsatser finns kvar vid landstingets barnhabilitering och primärvård. Rent praktiskt fungerar det i allmänhet så att sjukgymnastinsatser till barn ges enligt hälso- och sjukvårdslagen och beslut om särskilda omsorger enligt omsorgslagen blir inte aktuella. Sjukgymnastinsatser till vuxna däremot köper kommunen av landstinget.

Jämtland



Omsorgsteamerna med representanter för samtliga ovan nämnda yrkesgrupper överfördes till kommunerna vid kommunaliseringen.

## Kommentarer

Såsom framgår ovan har man sett mycket olika i länen på hur "råd och stöd" enligt omsorgslagen lämpligen bör organiseras. Varje län måste hitta den modell som utifrån sina speciella behov och förutsättningar passar bäst. Vilken modell man än väljer kan vissa nackdelar uppstå. Följande exempel vill illustrera detta.

### Kommunen som huvudman:

Alla insatser enligt omsorgslagen är starkt involverade i varandra och det är i praktiken inte helt lätt att skilja dem från varandra.

Om kommunen tar ansvaret för "råd och stöd" dvs även övertar teamet i sin helhet får den kommunale huvudmannen ett heltäckande ansvar för samtliga insatser till de utvecklingsstörda dvs både de insatser som teamen ger och de som följer av teamens förslag.

Detta kan exemplifieras bl a med följande. Teamet har i sin stödjande funktion kontakt med åldriga föräldrar som har en vuxen utvecklingsstörd son boende hemma. Teamet vill planera för den utvecklingsstörde när föräldrarna inte längre orkar ha sonen boende hemma eller när de dör. En lång motivationsprocess behövs för att föräldrarna ska acceptera ett gruppboende. När så skett är det viktigt att det också snabbt går att ordna ett sådant boende.

Om "landstingsteamet" i den beskrivna situationen skulle behöva börja en ny motivationsprocess riktad mot den kommunale omsorgshuvudmannen finns risk för att föräldrarnas intresse för gruppboendet minskar och sonens flyttning från föräldrahemmet rinner ut i sanden.

Teamet tar förmodligen i en sådan situation ett större verksamhetsmässigt och ekonomiskt ansvar än om det genom sin landstingsanställning bara har en konsultroll gentemot kommunen. Kommunens helhetsansvar omfattar beslut, ansvar, resurser och kompetens.

Med kommunen som huvudman för "råd och stöd" kan en nackdel vara om kommunen är liten, att det inte finns underlag för ett eget komplett team (dvs där samtliga yrkesgrupper är representerade), eftersom antalet utvecklingsstörda blir för litet.

Även i kommuner som har kompletta team tenderar dessa att bli sårbara eftersom det oftast bara ingår en person från varje yrkesgrupp. Vid tjänstledighet, behov av nyrekrytering etc brister kontinuiteten och påverkar teamets kompetens negativt. Denna sårbarhet bör kunna undvikas genom samarbetsavtal/tjänsteköp mellan två eller flera kommuner.

I små kommuner kan det förekomma att kuratorn i teamet också är omsorgskonsulent med ansvar för omsorgsverksamheten. Denne kan även vara beslutsfattare enligt omsorgslagen. Detta kan ge upp- och nedslag till rollkonflikter både administrativt och gentemot de utvecklingsstörda och deras anhöriga.

Det kommunbaserade mindre teamet kan genom begränsade resurser få svårt att specialisera sig på barn respektive vuxna såsom sker på landstingssidan. Detta kan på sikt påverka möjligheterna till en fördjupad kompetensutveckling. Det blir därför viktigt att bygga upp ett samarbete med och avgränsning mot landstingets barnhabilitering och rehabilitering.

Som konstaterats ovan arbetar flera landsting med samordnad barnhabilitering dvs har gett insatser även till barn utanför omsorgslagens personkrets i samma organisation. Om kommunen vid kommunalisering av omsorgsverksamheten även tar över "råd och stöd" bör gränsdragningen tydliggöras mellan kommunens och landstingets skyldigheter enligt

omsorgslagen och LSS resp hälso-och sjukvårdslagen både när det gäller målgrupper och insatser.

I Malmöhus län där ansvaret för de särskilda omsorgerna redan övertagits av Bjuvs och Höganäs kommuner samt Helsingborgs stad har dessa kommuner övertagit ansvaret för den samordnade barnhabiliteringens samtliga resurser exkl läkartjänsterna. Läkarinsatser köps från hälso-och sjukvården.

Om landstinget får ett fortsatt ansvar för "råd och stöd" kan underlaget för att ha kompletta team bli större och därigenom innefatta fler personer än bara en från samma yrkesgrupp. Teamen blir således mindre sårbara. Nackdelen blir då istället att den enskilde utvecklingsstörde och dennes anhöriga får stöd- och serviceinsatser från två olika huvudmän. Om oenighet skulle uppstå mellan dessa drabbar det ofrånkomligt den enskilde utvecklingsstörde.

Behandlingsinsatser av t ex sjukgymnast och logoped

Behandlingsinsatser av t ex sjukgymnast och logoped kan ges både som särskild omsorg enligt omsorgslagen och som behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen. Den enskilde har rätt att få sina behov av särskilda omsorger tillgodosedda och har möjlighet att besvära sig till länsrätten om han inte beviljats den begärda insatsen eller inte är nöjd med dess kvalitet.

Denna besvärmöjlighet har bl a resulterat i några regeringsrättsdomar som av principiella skäl är särskilt intressanta.

I juni 1989 avkunnade regeringsrätten fyra domar om rätt till logopedinsatser för utvecklingsstörda. Domarna innebär kortfattat följande.

Med stöd av omsorgslagen 4 § första punkten medgavs en utvecklingsstörd rätt till logopedbehandling från hälso- och sjukvården utan att den inom sjukvården gängse medicinska behovsbedömningen hade gjorts dvs den utvecklingsstörde medgavs rätt att gå före övriga patienter (som inte tillhörde omsorgslagens personkrets) för att få sina behov av logopedbehandling tillgodosedda.

Landstingsförbundet har på olika sätt uppmärksammat regeringen på detta principiellt viktiga fenomen att en person med utvecklingsstörning genom förvaltningsbesvär kan sätta hälso- och sjukvårdslagens stadgande om hälso- och sjukvård på lika villkor ur funktion.

VARFÖR KOMMUNALISERING?

Den handikappolitik som utvecklats sedan 1960-talet har präglats av synsättet att samhällets olika insatser skall skapa goda förutsättningar även för de funktionshindrades delaktighet och medverkan i samhället. Den nuvarande omsorgslagen reglerar landstingets skyldighet att ge de utvecklingsstörda det stöd de behöver utöver samhällets generella insatser enligt SoL och HSL.

I regeringens proposition med förslag till nuvarande omsorgslag konstaterades att fler och fler uppgifter inom vård och omsorg till sitt innehåll har karaktären av sådant socialt stöd som är ett ansvar för socialtjänsten. 1986 års omsorgslag innehåller också en bestämmelse om att kommunerna efter överenskommelse med landstinget kan överta ansvaret för de särskilda omsorgerna (§ 12).

Riksdagen fattade redan i juni 1992 beslut om att ansvaret för särskolan och särsvux skulle föras över från landsting till kommuner. Lagen gäller från 1 juli 1992 och en överföring av huvudmannaskapet kan ske successivt men ska vara avslutad senast den 1 januari 1996. Förändring som planeras ske inom den tidsramen kräver inte särskilt medgivande från regeringen utan det räcker med att landsting och kommun är överens om att så skall ske.

De utvecklingstendenser mot en ökad delaktighet för de

utvecklingsstörda i samhället och den normalisering som präglat inte minst avvecklingen av vårdhemmen mot ett mer individualiserat boende kan ses som exempel på de förändringar som nu sker.

Två lagstiftningar med ansvar hos två olika huvudmän (kommun resp landsting) har på flera områden inneburit en oklar ansvarsfördelning. När de ekonomiska förutsättningarna förändrats har frågan om ansvar accentuerats med en hänvisning till socialtjänstens yttersta ansvar som följd.

Andra utvecklingstendenser som en minskad statlig styrning med ökat ansvar och större möjligheter till egna initiativ för den lokala nivån har inneburit att kommunerna hittat nya samverkansformer inom den kommunala organisationen. Exempel på detta kan vara dels ändrade nämnds- och förvaltningsstrukturer, dels andra driftformer, som anpassats efter kommuninvånarnas behov. En mer flexibel organisation har dessutom möjliggjort samarbete mellan olika verksamheter. Det finns exempel på att utvecklingsstörda kunnat beredas sysselsättning/arbete vid servicehus.

Helhetsansvaret för kommunens samtliga invånare har blivit tydligare.

Erfarenheter från de olika länen

Omsorgslagens intentioner samt kommunens ansvar för den utvecklingsstörde på samma sätt som för kommunens övriga invånare har präglat synsätt och arbete. Förändringsarbetet har utgått från den enskilde utvecklingsstördes individuella behov. När det ideologiska perspektivet - den utvecklingsstörde som kommunmedborgare - ständigt lyfts fram under arbetets gång både av politiker och ledande tjänstemän har det varit naturligt med ett allmänt accepterande av den organisatoriska förändringen.

Genom omfattande information om förändringens syfte samt kunskapsspridning till personalen om själva verksamheten har man kunnat minimera och lättare hantera olika motstånd mot förändringar som uppstår hos dem som omfattas av ett förändringsarbete. Personalen har då lättare kunnat acceptera själva huvudmannaskapsbytet. Landstingens samt kommunförbundens ansvariga tjänstemän har tillsammans varit "förändringsagenter" och i sitt arbete på olika sätt informerat och stött personalen.

Planerings- och genomförandeprocessen i de "kommunaliserade länen" har varit lång. Mycket tid har lagts ned på förstudier och utredningar, en tidsmarginal som inte de kommande länen kan räkna med och inte heller torde behöva. Detta faktum behöver inte ha en negativ inverkan på förändringsprocessen. "Mycket är redan gjort"!

## GENOMFÖRANDEPROCESSEN

Erfarenheter från de olika länen

Vid de intervjuer vi gjort för att samla erfarenheter har vi funnit många samstämmiga synpunkter vilka vi redovisar inledningsvis.

Förutom ett tydligt syfte med och mål för en förändring är det viktigt med en klar strategi för själva förändringsarbetet med förankring på högsta politiska och tjänstemannanivå. En viktig fråga för personalen och för deras engagemang i förändringsarbetet är t ex vilka de personalpolitiska konsekvenserna blir? Principen att all tillsvidareanställd personal inom omsorgsverksamheten skulle gå över till kommunal anställning har drivits generellt. Man har sett det som viktigt att kommunerna får del av landstingspersonalens omsorgskompetens på alla nivåer i organisationen.

I de ekonomiska överenskommelser som träffats har bl a diskuterats hur stor del av personalen som skall föras över till kommunerna. Kommunförbundens i länen princip har varit att samtlig personal som är sysselsatt inom verksamhet som skall överföras erbjuds anställning hos den nya huvudmannen. Särskilda överväganden har gjorts beträffande länsövergripande tjänster samt centralt placerad administrativ personal.

I arbetet med huvudmannaskapsförändringen har man sett behovet av att "få med sig" den speciella omsorgskompetensen för att kunna fortsätta utvecklingen av verksamheten i kommunerna. Det har också varit en trygghet för personalen att känna att den inte blir utan arbete i samband med kommunaliseringen.

Samtliga län har haft projektorganisationer med medverkan av politiker och tjänstemän från såväl landsting som kommuner samt fackliga organisationer och intresseorganisationer.

I Göteborgs och Bohus län där diskussionerna påbörjades redan 1986 avstannade aktiviteterna under ett år. Även i Jämtland, där processen började tidigt uppstod ett vakum i om att huvudmännen i ett skede av arbetet blev oeniga om den ekonomiska uppställningen. Man har i Jämtland kunnat konstatera att det tog lite för lång tid mellan att beslutet fattades och att själva kommunaliseringen skedde. "Allt behöver ju inte vara löst!"

Dalarna

Initiativet till förändringsarbetet var gemensamt även om det initialt väcktes bland kommunpolitikerna. 1987 fattade SLAKO beslut om att en gemensam utredning angående förutsättningarna för en huvudmannaskapsförändring skulle göras. SLAKO fungerade under hela utrednings- och förberedelseperioden som uppdragsgivare och förde arbetet framåt. Avesta kommun, som övertog ansvaret för de särskilda omsorgerna från 1/7 1990 kom att fungera som förebild för de övriga.

En styrgrupp tillsattes av presidierna i landstingets sociala nämnd samt kommunförbundets socialdelegationen. Till dess förfogande fanns en ledningsgrupp med ansvariga chefstjänstemän samt ett sekretariat med en tjänsteman från vardera landstingets omsorgsverksamhet, särskolan samt Dalarnas Kommunförbund.

Till ledningsgruppen knöts olika arbets- och referensgrupper. Respektive kommun hade egna lednings- och planeringsgrupper. En av referensgrupperna har utgjorts av en grupp utvecklingsstörda, något som varit mycket framgångsrikt.

Kommunerna har utsett kontaktpersoner, vilka haft ansvaret för kartläggning av verksamheten i respektive kommun. Kartläggningen har kompletterats med planer för kommunens särskole- och omsorgsverksamhet, vilket varit ett krav från SLAKO.

I kommunernas planeringsarbete har inte ingått övergripande personal- eller ekonomifrågor. I centrala arbetsgrupper (med företrädare från såväl landsting som kommuner) har man arbetat fram underlag för den ekonomiska regleringen och för personalövertagandet. Som underlag för detta arbete hade landstinget tagit fram ett omfattande material. I det ekonomiska beräkningsarbetet har Kommunförbundet centralt även bidragit med kompetens, vilket kan ha underlättat de mellankommunala diskussionerna.

En viktig uppgift för ledningsgruppens sekretariat har varit att informera och entusiasmera de 15 kommunerna men också att hålla sig informerade om förändringsarbetet. Genom att uppträda gemensamt med samma förhållningssätt och information har budskapet under hela arbetet varit tydligt och kunnat uppfattas som en gemensam angelägenhet för kommun och landsting. De oklarheter som uppstått har omgående hanterats av en samlad ledningsgrupp eller av styrgruppen, som utnyttjat sina politiska kanaler till kommunerna.

Ett samarbete mellan kommuner och landsting har tidigt etablerats vad gäller utbildning och konferensverksamhet samt när det gäller rekrytering till lediga tjänster. Ett individuellt planeringsarbete har skett avseende den centralt placerade administrativa personalen.

Det har varit viktigt att den administrativa personalen i ett tidigt skede kunnat garanteras fortsatt anställning i kommunerna. I och med detta stannade de allra flesta kvar på sina tjänster för att fullfölja arbetet och underlätta överföringen till kommunerna.

## Göteborgs och Bohus län

Diskussionerna började 1986 i samband med den nya omsorgslagen. Det första utredningsuppdraget var att beskriva gränsdragningen i ansvar enligt omsorgslagen, socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Utredningsgruppen föreslog SLAKO att få utreda ett övertagande. Omsorgsdirektören och hans närmaste medarbetare drev frågan om kommunalisering. SLAKO beslöt 1987 att tillsätta en utredning med målsättningen att överföra ansvaret för omsorgsverksamheten till kommunerna. En principöverenskommelse träffades i januari 1991 medan den slutliga överenskommelsen fastställdes den 8 januari 1992. Själva kommunaliseringen genomfördes 1/1 1992.

Arbetet med att ta fram det ekonomiska underlaget och det mellankommunala fördelningssystemet tog lång tid i anspråk.

Arbetsgrupper bildades i resp kommun för att förbereda genomförandet. Gruppernas sammansättning och uppgifter kom att variera beroende på de lokala förutsättningarna. Kommunförbundet ansvarade för träffar med kommunerna.

Med en titt i backspegeln har de intervjuade kommunrepresentanterna kunnat konstatera vikten av att ha ett gemensamt agerande på olika plan. Omsorgsnämnden deltog inte i de av landstingsledningen förda förhandlingarna med kommunförbundet vilket ibland ledde till vissa problem som otydlighet och dubbla budskap.

På länsplanet förbereddes huvudmannaskapsskiftet av arbetsgrupper för personal, ekonomi och verksamhet. I verksamhetsgruppen deltog representanter för handikapporganisationerna. Deras aktiva deltagande bidrog i hög grad till att driva förändringsarbetet framåt.

Landstinget till skillnad mot kommunförbundet hade inte någon projektansvarig person, som inom landstinget kunde prioritera och driva på i olika frågor. Detta har uppfattats som en brist. Däremot fanns en gemensam extra resurs som projektsekreterare för landstinget och kommunerna.

Från både kommunförbundet och landstinget poängteras vikten av att ha personer ute i länets kommuner med kunskap om omsorgsverksamheten och som kan föra arbetet framåt. Deras roll måste på ett tidigt stadium vara tydlig för att de skall kunna fungera som de eldsjälar som behövs för att driva ett förändringsarbete. Det är dessutom viktigt för kontinuiteten att inte nyckelpersoner i brist på långsiktig individuell personalplanering lämnar verksamheten och därmed "tar med sig" värdefull omsorgskompetens, som kommunen skulle ha behov av.

För den administrativa personalen, som arbetade för flera kommuner genomfördes ett individuellt planerings- och rekryteringsarbete.

Viktiga erfarenheter som gjorts är att,

- ha ett bra samarbete med berörda intresseorganisationer, - ha en projektledare i varje kommun som svarar för att driva processen framåt,
- politikerna är aktivt involverade i processen,
- hos politiker och tjänstemän ha en väl förankrad genomförandeplan,
- dokumentera alla överenskommelser om fördelningar mellan kommunerna.

## Halland

Tankar på en huvudmannaskapsförändring uppstod redan 1986. Efter två år redovisade kommunerna och landstinget tillsammans en utredning där man slog fast att ett kommunalt ansvar bättre stämmer överens med samhällets syn på hur man kan stödja och hjälpa människor med funktionshinder till ett så normalt liv som möjligt.

1989 startade så förberedelsearbetet för en huvudmannaskapsförändring som ett samarbetsprojekt. Överörandet skedde 1/1 1991.

Samarbetsprojektet hade sin bas i lokala genomförandeprojekt i kommunerna och landstinget. En viktig förutsättning för arbetet var, att varje kommun skulle ta över, organisera och utveckla de särskilda omsorgerna och särskolan utifrån sina förutsättningar.

En för landstinget och kommunerna gemensam projektledare svarade för samordningen av arbetet och för de gemensamma delutredningarna som genomfördes under förändringsarbetet, t ex om hur samarbetet kring vårdhemmen skulle ske.

Ytterligare erfarenheter och processbeskrivningar finns dokumenterade på Kommunförbundet Halland.

## Jämtland

I landstingets omsorgsplan för åren 1986-91 fanns målsättningen att före 1991 ha kommunaliserat verksamheten. Det fanns många eldsjälur inom landstinget (vårdchef, särskolechef m fl) som drev frågan om kommunalisering framåt. Även ledande politiker var positiva och aktiva.

Ledarnas (såväl politiker som tjänstemän inom kommuner och landsting) starka roll skapade en trygghet bland personalen. Alla var överens om att det skulle bli bättre och att de problem som fanns var till för att övervinnas. Initiativet och kraften kom uppifrån och personalen fick information och kunskap för att kunna ta till sig budskapet. Efteråt har projektledarna kunnat konstatera att alla involverade aldrig upplever att de får maximal information under ett förändringsarbete av den här karaktären. Erfarenheten har också visat att ledarna på alla nivåer i organisationen har ett stort ansvar och en viktig roll i att driva förändringsprocessen framåt.

Redan 1987 utsågs projektledare, sedermera ändrad till samordnare när beslut om genomförande fattats. Lokala projektgrupper utsågs i de olika kommunerna. I samtliga kommuner blev projekten ett ansvar för kommunstyrelsen och dess ordförande fanns även med i grupperna. I övrigt varierade kompetensen beroende på de lokala förutsättningarna.

Representanter för brukarna var involverade i projektarbetet. I Strömsunds kommun fanns t ex FUB med i själva arbetsgruppen medan föreningen i övriga kommuner var representerad i referensgrupper.

Mycket tid gick åt till information om hur omsorgsverksamheten såg ut. Det visade sig att det fanns många olika uppfattningar i kommunerna. Landstingets personal kände inte heller till hur kommunens personal arbetade. Kunskapen om varandras verksamheter var liten varför det var viktigt att informationen anpassades efter det kunskapsbehov som fanns hos den aktuella personalen.

Projektledaren och länsförbundssekreteraren informerade ute i länet. Egentligen "startade" kommunaliseringen redan med att beslutet om att landstinget och kommunförbundet gemensamt skulle utreda frågan. Det formella överförandet kom att uppfattas mest som en administrativ fråga. Själva förändringsarbetet är däremot inte slut i o m att det formella överförandet har skett. En uppföljning måste följa inom varje kommun.

## Kommentarer

En organisationsförändring måste bygga på ett klart uttalat mål för att den skall uppfattas som trovärdig av dem som berörs av den. Uppfattas det grundläggande syftet som tydligt och klart är möjligheterna att få acceptans för de strukturella förändringar som erfordras betydligt större.

Den information om syftet med förändringen och de olika budskap som lämnas från såväl landstings- som kommunledning måste överensstämma. Olika budskap i synnerhet från ledande politiker och tjänstemän kan få en negativ inverkan på personalens inställning till

förändringsarbetet.

Som regel har informationsinsatserna i de "kommunaliserade länen" genomförts på ett samstämmigt sätt av landsting, kommunförbund och kommuner. Landstingets och kommunförbundets ansvariga politiker och tjänstemän har tillsammans på olika sätt informerat och motiverat personalen. I vissa oklara situationer har det varit viktigt att det funnits en målöverensstämmelse mellan landsting och kommuner för att arbetet skall uppfattas som trovärdigt.

I samtliga län har man haft någon form av projektorganisation. Projektledarfunktionen har varierat. En gemensam, för båda huvudmännen anställd projektledare, en projektledare anställd av en huvudman eller också har huvudmännen anställt varsin.

Vilka motiven än är för de val man gör i olika situationer måste det finnas uttalat ett tydligt definierat ansvar, såväl inåt i organisationen som mellan de båda huvudmännen. Formerna för samarbetet mellan huvudmännen och mellan ev skilda projektledare måste också göras tydliga.

En förändring av den här omfattningen måste få ta tid. Förändringsprocessens olika delar måste ges erforderligt utrymme och problem som uppstår måste hanteras när och där de uppstår.

## VÅRDHEMSAVVECKLINGEN

Enligt 3 § Införandelagen till omsorgslagen ska landstingen planera för avveckling av befintliga vårdhem.

Den 1 juli 1990 gjordes en ändring i ovan nämnda införandelag, som gjorde det möjligt för en kommun att vara huvudman för ett vårdhem. Kommunen görs enligt lagändringen skyldig att "inom tid som regeringen bestämmer i varje särskilt fall, till socialstyrelsen ge in en plan för avveckling av vårdhemmet"

Enligt propositionen till LSS m fl lagar ska landsting och kommuner gemensamt planera för avveckling av befintliga vårdhem. Avvecklingsplaner ska vara upprättade senast den 31 december 1994. Något datum för när avvecklingen ska vara slutförd anges inte.

Nyintagning till vårdhem får enligt propositionen bara ske på grund av beslut om vård oberoende av samtycke. Kommunerna ska i samråd med landstinget regelbundet och minst en gång om året överväga om boendet i vårdhem för en person kan ersättas av någon boendeform enligt LSS.

Frågor om vårdhem regleras i införandelagen till LSS.

Avvecklingen av vårdhemmen pågår med stor intensitet. Några omsorgshuvudmän har slutfört avvecklingen. Den 1/1 1993 bodde ca 3.000 utvecklingsstörda på vårdhem. Antalet boende på vårdhem har de senaste två åren minskat med ca 2.000.

Exempel från länen

Dalarna

Landstinget ansvarar för avvecklingen av ett kvarvarande vårdhem med ca 90 boende även efter 1 januari 1993 då huvudmannaskapet övergick till kommunerna. Avvecklingen beräknas vara slutförd under år 1994. I den skatteväxling som gjorts mellan kommuner och landsting ingick även ekonomiska medel avseende gruppboende för dem som bor kvar på vårdhemmet. Fr o m 1/1 1993 erlägger kommunerna vårdhemsavgift till landstinget för de personer som skall flytta till resp kommun.

Göteborgs och Bohus län

Vårdhemmen överfördes inte till kommunerna utan landstinget svara för avvecklingen. Landstinget å sin sida har överlämnat ansvaret för vårdhemsavvecklingen till Göteborgs kommun. Anledningen till detta var att landstinget och Göteborgs kommun gemensamt har drivit Stretereds vårdhem som är den institution som ännu inte är färdigavvecklad.

I skatteväxlingen ingick ekonomiska medel så att kostnadsansvaret faller på kommunerna. Vårdhemsavgift erläggs av respektive kommun för de boende på vårdhemmet enligt en fördelning efter 1967 års omsorgslag.

Halland

I Hallands län har kommunerna tagit över vårdhemmen och ansvarar för avvecklingen.

Jämtland

Landstinget i Jämtlands län hade i stort sett avvecklat vårdhemmen vid huvudmannaskapsförändringen. Några platser vid Björknäshemmet fanns dock kvar. Landstinget hade upprättat avvecklingsplaner för dessa och kommunerna blev i och med huvudmannaskapsförändringen ansvariga för själva avvecklingen. Kommunerna tog gemensamt och solidariskt ansvar för avvecklingsplanen.

Kommentarer

Vilken lösning man än väljer när det gäller den praktiska avvecklingen av vårdhemmen är det mycket viktigt att en avvecklingsplan upprättas med tydliga överenskommelser om ekonomi, tidsplan etc.

#### OMSORGERNAS PLACERING I DEN KOMMUNALA ORGANISATIONEN

Oavsett om kommunen övertar en verksamhet intakt eller förändrar organisationen inför ett övertagandet följer som regel anpassningar till den kommunala verksamheten och dess målsättning när man tydligare ser behoven. Verksamheten i resp kommun måste anpassas efter de lokala förutsättningarna samt de politiska och ideologiska mål som finns i resp kommun.

Många landsting har genom distriktsindelning av omsorgsverksamheten förberett för kommunalisering. Erfarenheterna visar också att en sådan anpassning (ett distrikt kan omfatta en eller flera kommuner) har underlättat genomförandet av huvudmannaskapsförändringen.

I de fall distriktsteamet kvarstår som ett landstingsansvar förutsätter det som regel att även deras verksamhet anpassas efter de nya behov som kan uppstå med kommunen som huvudman för de särskilda omsorgerna. Hur ser kommunens organisationsstruktur ut och hur kan teamen organisera sig för att bästa möjliga samarbete skall uppnås?

Dalarna

Organisationsvalen visar på en mångfald. I Avesta (som övertagit omsorgerna tidigare) utgör verksamheten en av fyra avdelningar inom socialförvaltningen. Borlänge har infört beställar-utförarkoncept med sex geografiskt fördelade resultatenheter. En omsorgshandläggare finns i beställarorganisationens centrala kansli. I Falu kommun utgör de särskilda omsorgerna en av fyra avdelningar inom socialförvaltningen under en begränsad tid (två år). Därefter skall omsorgerna inegreras i de ordinarie verksamheterna.

De mindre kommunerna har som regel en handläggare för omsorgsärenden i stab direkt underställd socialchef/motsv.

Göteborgs-och Bohus

Integreringen av omsorgsverksamheten har skett på olika sätt i kommunerna. De norra kommunerna integrerat omsorgsverksamheten med äldre-och handikappverksamheten



medan det i de södra kommunerna skett en integrering med individ-och familjeomsorgen. I Uddevalla, som är uppdelad i fyra socialdistrikt har omsorgerna blivit en egen verksamhet i varje distrikt. En femte enhet består av en gemensam social service samt distriktsteamet.

## Halland

Varje kommun fick ansvar att organisera verksamheten inom socialtjänsten resp skolförvaltningen utifrån sina resp förutsättningar. Olika alternativ diskuterades.

Alt 0 Egen förvaltning (Falkenberg)

Alt 1 Integrering i befintliga avdelningar

Alt 2 Verksamheten ansluts till en av de befintliga avdelningarna (Varbergs kommun, individ och familjeomsorg)

Alt 3 Bildande av en egen sektion (Hylte)

Alt 4 Bildande av en ny avdelning av mera övergripande karaktär där omsorgsverksamheten ingår som en del (Laholms, Halmstads och Kungsbacka kommuner)

Alt 5 Införlivande av omsorgsverksamheten i kommunaldistrikt

De flesta kommuner valde att flytta över omsorgsverksamheten relativt oförändrad. All distriktsplacerad landstingspersonal erbjöds motsvarande anställning i kommunerna.

Organisationslösningarna blev inte långlivade eftersom Ädelreformen gav nya förutsättningar och startade nya förändringsprocesser.

## Jämtland

Grundprincipen har varit att omsorgerna inte skall utgöra en separat enhet, men på vägen dit har man tillåtit variationer. Så t ex har Strömsunds kommun valt att initialt låta omsorgsverksamheten utgöra en egen enhet sidoställd äldreomsorgen. I Östersund med distriktsindelning och beställar-utförarkoncept har en totalintegrering skett i distrikten.

## Kommentarer

Eftersom ett ändrat huvudmannaskap inte kan ses isolerat från de konsekvenser som följer av LSS kan en diskussion om kommunens hela handikapporganisation bli aktuell. Även om kommunen redan har ett ansvar för den nytillkommande personkretsen så kan den handläggning som blir följden av rättighetslagstiftningen kräva förändrade administrativa rutiner. Inom vissa kommuner har man t ex bildat en separat handikapphet.

## HANDIKAPPHJÄLPMEDEL

Landstingets hjälpmedelscentral har som regel haft ansvaret för att tillgodose de utvecklingsstördas behov av hjälpmedel. I olika utredningar har påtalats dessa personers eftersatta behov. Detta kan delvis tillskrivas bristande forskning och utveckling av hjälpmedel till utvecklingsstörda, men även den traditionella synen på de utvecklingsstörda som personer med behov av vårdande insatser på institution. Vårdhemsavvecklingen medför att behovet av individuella tekniska hjälpinsatser accentueras när den enskilde väljer ett eget boende eller ett boende i gruppbostad.

Det är även viktigt att observera att utvecklingsstörda personer till viss del har behov av andra hjälpmedel, än vad som varit vanliga inom de verksamheter som kommunen redan har ansvaret för. De begåvningshjälpmedel som de utvecklingsstörda behöver för att kunna utvecklas och få ett självständigare liv förutsätter en delvis annan kunskap om hjälpmedel hos den personal som arbetar i verksamhet för utvecklingsstörda.

Som regel har inte några större förändringar skett i denna del av verksamheten i o m det ändrade huvudmannskapet. Viktigt att observera är att det som regel inte finns särskilda pengar för individuella hjälpmedel avsatta i omsorgernas och särskolans budget.

Av propositionen till LSS framgår att landstingen även i fortsättningen skall ansvara för hjälpmedlen men att överenskommelserna i samband med Ädel skall stå fast. Detta innebär för de flesta kommuner att de får det ekonomiska ansvaret för sk enkla hjälpmedel som behövs för den dagliga livsföringen.

Genom Ädelöverenskommelsen har en del kommuner övertagit ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende. Andra kommuner har endast ansvar för hemsjukvård i särskilda boendeformer och i bostäder med särskild service.

Ansvaret för hjälpmedel följer Ädelöverenskommelsen om hemsjukvård varför hemsjukvård och tekniska hjälpmedel i omsorgernas gruppboendestäder blir ett kommunalt ansvar.

Den ekonomiska regleringen måste således innefatta kostnader även för denna verksamhet. Ansvaret för arbetstekniska hjälpmedel blir kommunens i o m kommunaliseringen.

Dalarna

I o m Dalamodellen så finns alla ekonomiska medel för handikapphjälpmedel hos primärvården. Skatteväxling har skett för arbetstekniska hjälpmedel.

Göteborgs och Bohus län

Landstinget har fortsatt ansvar för handikapphjälpmedel till utvecklingsstörda.

Halland

Ingen ändring skedde i samband med kommunaliseringen dvs ansvaret blev kvar hos landstinget.

Jämtland

Pengarna blev kvar hos landstinget men växlades över i samband med Ädelregleringen. Kommunens personal förskriver hjälpmedlen.

Östersunds kommun har en hjälpmedelstekniker anställd, som säljer sina tjänster även till andra kommuner. Uppfattas som en mycket viktig funktion eftersom många hjälpmedel kräver en omfattande anpassning efter resp individ/miljö.

ICKE VERKSTÄLLDA DOMAR

Sedan omsorgslagen trädde i kraft har ett betydande antal avslagsbeslut i omsorgsärenden överklagats till Länsrätt (Kammarrätt, Regeringsrätt). I många fall har klaganden fått rätt i förvaltningsdomstolen och landstinget ålagts att utan dröjsmål verkställa domarna. I den mån landstinget inte tillräckligt skyndsamt förmått effektuera domar av detta slag - det har i allmänhet rört sig om att bereda utvecklingsstörda plats i gruppboendestäder - har det förekommit att klaganden vänt sig till Kronofogdemyndigheten för att kräva verkställighet enligt utsökningsbalken. Förvaltnings- och exekutionsrättsliga förfaranden kan alltså på detta sätt kombineras med varandra. Ett mål av denna innebörd ligger för närvarande i Högsta domstolen men synes tills vidare inte ha avgjorts.

Om huvudmannskapet för de särskilda omsorgerna skall gå över från ett landsting till länets kommuner måste parterna inför de avtal som skall träffas beakta om det vid tidpunkten för huvudmannskapsövergången alltså finns domar av detta slag som inte hunnit verkställas. Det kan också finnas beslut av landstinget som överklagats men där det

förvaltningsprocessuella förfarandet ännu inte lett fram till en dom. I avtalen måste parterna ta ställning till vad som skall gälla i denna del, ekonomiskt och organisatoriskt. Man kan sålunda tänka sig både att kommunen tillgodoräknar sig en viss extra kompensation från landstinget och att man "låter udda vara jämt" och avstår från sådana beräkningar.

## LITTERATURHÄNVISNING

Särskolan - En kommunal angelägenhet. Svenska kommunförbundet. (kan beställas på telefon 08-772 41 00)

Om omsorger och kompetens. Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. (Best nr 1289 telefon 08-702 43 36)

Det handlar om människor. En broschyrserie om omsorgen i landstinget i Älvsborg (kan beställas på telefon 0521-75 000).

Mål-90! Utveckling av omsorgerna på 90-talet. Malmöhus läns landsting (kan beställas på telefon 046/153250).

## PERSONAL - DE SÄRSKILDA OMSORGERNA

I specialmotiveringen till sjätte paragrafen i förslaget till lag om stöd och service till vissa funktionshindrade står:

"Andra stycket innehåller en allmän regel om skyldighet att ha den personal som behövs för att meddela god omsorg. Detta innebär att personalen skall ha den utbildning och erfarenhet som kan krävas för varje specifik uppgift. Bestämmelsen avser inte endast personal som utför arbetsuppgifter som direkt gäller insatser enligt 9 § - t ex personal vid gruppbofästäder, sjukgymnaster, kuratorer, specialpedagoger och dagcenterpersonal - utan all personal som behövs för att bedriva en rationell och ändamålsenlig verksamhet. Något krav på att anställa personal av det ena eller andra slaget ställs dock inte upp. Det får ankomma på huvudmännen själva att organisera verksamheten på ett ändamålsenligt sätt". Detta är i princip det enda som nämns om personal i propositionen om LSS.

Kommunerna kan välja olika lösningar vad gäller berörd personal. Allmänt kan sägas att de olika alternativen bör ha ett tydligt samband med den ekonomiska regleringen.

Det vanligaste alternativet torde vara att samtlig tillsvidareanställd personal, som är sysselsatt i de verksamheter som övergår till kommunalt huvudmannaskap, erbjuds anställning i den kommun som övertar verksamheten.

För den personal, som även efter huvudmannaskapsförändringen, kommer att betjäna mer än en kommun eller både kommun och landsting kan tjänsteköp bli aktuellt.

Dessa båda alternativ förutsätter att resurser motsvarande 100 % av lönekostnaderna överförs till kommunerna.

Vad gäller övertalighetsproblematiken finns också olika vägar att välja.

Ett sätt är att kommunerna erhåller full ekonomisk täckning för den verksamhet som tas över, men står för en del av landstingets avvecklingskostnader.

En annan lösning är den som tillämpades i ÄDEL för den sk "fjärradministrationen". I princip innebar den att hälften av kostnaderna för verksamhetens andel av de totala administrationskostnaderna ingick i regleringsunderlaget. Noteras bör att kommunen då avstår från att få full ekonomisk täckning för den verksamhet som skall bedrivas. Vad gäller personalpolitiska konsekvenser i övrigt hänvisas till Personalpolitiska avdelningens cirkulär 1991:04 och Kommunförbundets cirkulär 1992:108.

Med hänsyn till de tidigare träffade överenskommelserna i samband med ÄDEL och särskolan har Kommunförbundet inte för avsikt att denna gång träffa någon central överenskommelse vad gäller personal med anledning av detta huvudmannaskapsbyte.

Vi vill uppmärksamma kommunerna på att en förutsättning för att tid som fullgjorts i landstinget skall jämföras med tid fullgjord i kommunen vid tillämpning av kommunala avtal och olika arbetsrättsliga lagar är, att kommunerna träffar kollektivavtal med de centrala arbetsgivarparterna (se Personalpolitiska avdelningens cirkulär 1991:30 och Kommunförbundet cirkulär 1992:108!).

Observera att det för närvarande (februari 1993) inte finns någon central överenskommelse om pensionskostnadsreglering med anledning av kommunal huvudmannaskapsförändring.

Mellan Landstingsförbundet och Svenska Kommunalarbetareförbundet finns en rekommendation med riktlinjer angående ersättnings- och anställningsvillkor för familjehemsföräldrar, vilken saknar motsvarighet på det primärkommunala området.