

6 Förslag till förtydligande av insatsen råd och stöd enligt 9 § 1 LSS – Särskilt personligt stöd

Bedömning:

Insatsen råd och stöd enligt 9 § 1 LSS behövs för att tillförsäkra personer som tillhör LSS personkrets ett särskilt kompletterade stöd. Syftet med insatsen är att på motsvarande sätt som andra åtgärder enligt 9 § LSS bidra till att skapa förutsättningar för goda levnadsvillkor och delaktighet i samhället. För att bättre avgränsa insatsen bland annat mot den rådgivning som innefattas i myndigheters allmänna serviceskyldigheter anser jag att insatsen bör byta namn.

Jag har konstaterat att det finns uppenbara likheter mellan insatsen råd och stöd och åtgärder som kan betecknas som habilitering och rehabilitering. Likheter finns i målsättning, innehåll, arbetsmetoder och kompetens. Möjligheterna till samverkansvinster för att utveckla kvaliteten inom insatsen är goda. Enligt min mening är det ett alltför stort avsteg från syftet med råd och stöd att exkludera dessa habiliterings- och rehabiliteringsåtgärder ur insatsen och därigenom så påtagligt begränsa innehållet. Enligt mitt förslag till förtydligande skall insatsen enligt 9 § 1 LSS åter kunna användas för att – helt eller delvis – komplettera åtgärder som kan betecknas som habilitering och rehabilitering om dessa inte tillgodoses på annat sätt. Detta är enligt min bedömning det bästa sättet att säkra en heltäckande kedja av stödåtgärder för de personer som tillhör LSS personkrets.

Jag anser att planering, uppföljning och utvärdering, som görs i samverkan med den enskilde, har ett tydligt samband med innehållet och kvaliteten i insatsen och vill därför att möjligheten att använda individuell plan utvecklas. Jag har också konstaterat att behovet av samordning av planerade åtgärder är en central fråga – inte minst för familjer med barn som har flera funktionshinder. Därför bör samordningsprocessen förstärkas.

Förslag:

Insatsen råd och stöd enligt 9 § 1 LSS får benämningen *särskilt personligt stöd*.

I huvudförslaget föreslås insatsen särskilt personligt stöd innehålla kunskapsstöd, psykosocialt stöd och särskilt kompletterande stöd. Särskilt personligt stöd skall i huvudförslaget kunna komplettera – kvalitativt eller kvantitativt – sådan habilitering och rehabilitering som inte tillgodoses genom insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.

I alternativförslaget föreslås att insatsen särskilt personligt stöd skall innehålla kunskapsstöd, psykosocialt stöd samt utvecklings- och aktivitetsstöd. Särskilt personligt stöd skall i alternativförslaget kunna komplettera – kvalitativt eller kvantitativt – sådan psykologisk, social och pedagogisk habilitering och rehabilitering som inte tillgodoses genom insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Detta innebär att åtgärder som kan betraktas som medicinsk habilitering inte ryms inom särskilt personligt stöd enligt alternativförslaget.

I det fall alternativförslaget genomförs anser jag att effekterna av detta förslag särskilt skall följas upp av Socialstyrelsen.

Vidare föreslås genom tillägg i 10 § LSS att den enskilde skall erbjudas stöd i form av en namngiven samordnare i samband med att insats enligt 9 § 1 beviljas.

6.1 Motiv för ett förtydligande av råd och stöd enligt LSS

Motivet för att införa LSS var att personer med omfattande och varaktiga funktionshinder och deras anhöriga har en särskilt utsatt situation i samhället. LSS skall på olika sätt underlätta för personer med omfattande och varaktiga funktionshinder att uppnå goda levnadsvillkor. Lagen skall tillförsäkra dem ett kvalificerat stöd var de än bor i landet. Samhället har lagt fast en viljeinriktning att personer som tillhör LSS personkrets skall ges möjlighet att leva ett fullvärdigt liv i gemenskap med andra. Förutsättningarna för personer med omfattande och varaktiga funktionshinder är så annorlunda än för andra medborgare att det är befogat med särskilt anpassade insatser för att motverka konsekvenserna av funktionshinder. En grundläggande princip är att *vissa behöver mer för att få lika mycket*.

Utgångsläget för detta särskilda stöd måste vara den enskildes individuella behov. Hur och i vilken omfattning dessa behov tillgodoses kan vara avgörande för den enskildes möjlighet att uppnå det övergripande målet goda levnadsvillkor. Tidiga och välplanerade insatser för barn och ungdomar kan bli avgörande för deras framtida liv.

Innehållet i insatsen råd och stöd enligt 9 § 1 LSS ligger nära vissa delar av hälso- och sjukvården. Jag ser detta som en fördel när det gäller att skapa en heltäckande, samverkande kedja av stödåtgärder för personer som tillhör LSS personkrets. Inom olika habiliteringsverksamheter har det utvecklats en kompetens som med utgångspunkt från olika funktionshinder kan ge ett varierat, långsiktigt och individuellt anpassat stöd. Detta borde vara ett positivt utgångsläge för huvudmännen när det gäller att ge de enskilda brukarna det individuella stöd som LSS ger dem rätt till. I detta sammanhang vill jag understryka att personer som tillhör LSS personkrets skall på samma sätt som alla medborgare ha möjlighet att i första hand få sina behov tillgodosedda genom HSL. Det är först om deras behov inte tillgodoses som råd och stöd behöver utnyttjas som komplement för att säkra de enskildas rätt till stöd enligt LSS intentioner.

I utredningens direktiv sägs, att syftet med insatsen råd och stöd och förutsättningarna för att få insatsen måste förtydligas. Förtydligandet bör också gälla på vilket sätt råd och stöd kan vara ett komplement till åtgärder som ges enligt annan lagstiftning.

Föregående kapitel har beskrivit den fördjupade bild som utredningen fått av hur brukare, personal och verksamhetsansvariga ser på situationen kring råd och stöd enligt LSS.

Situationen upplevs av många som splittrad och tillämpningen av råd och stöd ser olika ut i olika delar av landet. På många håll finns det en osäkerhet om innehållet i insatsen och hur den skall utvecklas. Regeringsrättens ställningstagande 1997 har klargjort rättsläget kring habiliteringsinsatser, men det finns fortfarande skillnader i bedömningen av och beslut om insatser i gränzonen mellan råd och stöd och habilitering. Det finns också skillnader i bland annat organisering, målsättning, tillämpning och tillhandahållande. Brukarrepresentanter påtalar att borttagandet av habiliteringsinsatserna leder till sämre kvalitet och försvårar helhetssyn och kontinuitet. Insatsen blir urholkad och motsvarar inte alltid brukarnas behov.

Det är uppenbart att insatsens omfattning varierar kraftigt över landet. Detta ojämna utnyttjande kan tyda på skillnader i tillgänglighet, organisering, rutiner och tillgång till expertkompetens. Det kan också bero på skilda målsättningar och politiska inriktningsbeslut.

Jag anser att den utveckling som beskrivits under utredningsarbetet talar för att personer som tillhör LSS personkrets inte får sina behov fullt ut tillgodosedda genom habilitering och rehabilitering enligt HSL. Regeringsrättens ställningstagande 1997 att habiliteringsåtgärder inte ryms inom 9 § 1 LSS kan innebära att råd och stöd successivt urholkas. Detta kan i sin tur medföra en försämring i stödet till personer som tillhör LSS personkrets. En försämring som enligt min mening inte var avsikten när LSS infördes 1994. Att lagstiftaren samtidigt valde att tydliggöra ansvaret kring habilitering och rehabilitering i en annan lagstiftning, HSL, borde inte få som konsekvens att enskilda får svårare att få sina behov tillgodosedda.

Den enskildes möjlighet att genom överklagande få en andra bedömning av insatser som bedöms tillhöra habilitering och rehabilitering enligt HSL har försvunnit. Genom detta begränsas möjligheterna för den enskilde att få inflytande över insatsens innehåll och omfattning vilket inte överensstämmer med inriktningen i dagens handikappolitik. Syftet med råd och stöd enligt 9 § 1 LSS är enligt min mening att utveckla ett särskilt anpassat, personligt stöd som i samverkan med den enskilde skall öka möjligheterna till jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället. I insatsen skall ingå individuellt anpassade åtgärder som skall motverka att funktionshindret blir handikappande och insatsen skall medverka till att den enskilde tillförsäkras goda levnadsvillkor. Jag kan se en fara i att huvudmännen, inte minst i ett pressat ekonomiskt läge, kan komma att betrakta alltmer av råd och stöd som habiliteringsinsatser och att den enskilde därigenom får svårare att få sina behov tillgodosedda.

De grundläggande förutsättningarna för att få insatsen är att den enskilde tillhör LSS personkrets enligt 1 § LSS och att han eller hon eller hans eller hennes legale företrädare begär insatsen. För att insatsen skall beviljas skall det dessutom självklart föreligga ett behov av stödåtgärder, som har ett klart samband med den enskildes funktionshinder.

Min bedömning är att insatsen råd och stöd enligt LSS fortfarande behövs som garanti för att tillförsäkra personer som tillhör

LSS personkrets goda levnadsvillkor. Denna insats behövs som kompensatoriskt stöd på motsvarande sätt som övriga insatser enligt 9 § i LSS.

Jag vill därför förtydliga insatsen så att den även framöver kan vara det verkningsfulla komplement till andra samhällsinsatser som var ett av motiven vid införandet av LSS. Insatsen skall som komplement kunna fungera som ett skyddsnet för personer som tillhör LSS personkrets när exempelvis socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser av olika anledningar inte räcker till för att skapa levnadsförhållande som är jämförbara med andra människors.

Det är särskilt angeläget att insatsen enligt 9 § 1 LSS kan användas som ett övergripande komplement även till åtgärder som kan anses ingå i de breda begreppen habilitering och rehabilitering. Gränsdragningen mellan råd och stöd och habilitering och rehabilitering skulle då avdramatiseras. Den samsyn som finns beträffande målsättning, innehåll, arbetssätt och personalkompetens kan utnyttjas som en fördel inte minst när det gäller samordning och möjligheten att skapa samverkansvinster.

Hur stödet organiseras blir då av underordnad betydelse och stödinsatserna kan ges samlat utifrån den enskildes förutsättningar och behov. Fokus i arbetet kan inriktas på planerade, samordnade och allsidiga lösningar utifrån ett individuellt helhetsperspektiv. Samtidigt kan också den enskildes rättigheter bevakas på ett bättre sätt.

I det förslag till förtydligande som är mitt huvudförslag kommer jag att utveckla argument för varför insatsen bör kunna användas som kvalitativt och kvantitativt komplement till habiliterings- och rehabiliteringsinsatser enligt HSL. Detta under förutsättning att det individuella behovet och målet med åtgärderna motiverar det och behovet inte tillgodoses på annat sätt.

Under utredningstiden har det dock framkommit starka principiella invändningar, mot detta huvudförslag, från Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet att jag också avser, som försök till kompromiss, att presentera ett alternativförslag till förtydligande.

6.1.1 Ny benämning på insatsen – Särskilt personligt stöd

Oavsett den slutliga utformningen av innehållet av insatsen anser jag att en ny benämning kan medverka till att förtydliga insatsens innehåll. Jag föreslår därför att insatsen 9 § 1 LSS benämns *särskilt personligt stöd*. Den nya benämningen ger en tydlig avgränsning mot den allmänna information och rådgivning som många myndigheter har skyldighet att lämna. Det kvalificerade stödet inom särskilt personligt stöd skall – liksom tidigare råd och stöd – kännetecknas av särskild kunskap om problem, möjligheter och livsbetingelser för personer med omfattande funktionshinder. Detta kvalificerade stöd bör ges av experter som har en bred kunskapsbas utifrån medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska aspekter av olika funktionshinder. En ny beteckning markerar att det handlar om en utvecklad, förtydligad insats i förhållande till nuvarande råd och stöd.

6.2 Beskrivning av insatsen, 9 § 1 LSS – Särskilt personligt stöd

6.2.1 Värdegrund

Grunderna för den moderna svenska handikappolitiken och dess kopplingar till internationella överenskommelser har ingående beskrivits i kapitel 2. Dessa grundläggande värderingar är den allmänna utgångspunkten för mina förslag. Jag vill här lyfta fram några av de värderingar som jag anser vara av särskild vikt för mitt ställningstagande avseende insatsen särskilt personligt stöd.

Handikappolitiken syftar till att personer med funktionshinder skall ges möjlighet att vara delaktiga i samhället på samma sätt som andra. En politik som skall förhindra att funktionshindret blir handikappande. Redan i 1985 års omsorgslag slogs det fast att de särskilda omsorgerna skulle syfta till att ge psykiskt utvecklingsstörda möjlighet att leva som andra och i gemenskap med andra. Det skrevs också in i lagen att de särskilda omsorgerna skulle anpassas till mottagarens individuella behov.

I den proposition (1992/93:159) som föregick LSS skrivs följande på sid. 49:

Människor med omfattande funktionshinder saknar ofta mycket av det som är självklart för andra människor i det dagliga livet. Bland annat Handikapputredningen har konstaterat att det kvarstår betydande

klyftor på olika områden mellan människor med funktionshinder och andra människor (SOU 1990:19). Det har t. ex. visat sig att socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser inte alltid räcker till för att skapa levnadsförhållanden som är jämförbara med andra människors.

Behovet av en särskild lag understryks i propositionen (sid. 49, 50):

Jag anser därför att svårt funktionshindrades rättigheter i fråga om stöd och service i det dagliga livet bör regleras i en särskild lag. Omsorgslagen med sina precist angivna rättigheter i fråga om insatser har enligt min uppfattning haft en positiv effekt när det gäller utvecklingen av samhällsstödet till främst utvecklingsstörda personer. Jag anser därför att omsorgslagen kan utgöra modell för en ny sådan lag omfattande en större personkrets.

Dessa grundläggande mål för LSS som presenterades i propositionen (1992/93:159) år 1993 och senare beslutades i riksdagen är enligt min mening fortfarande aktuella. Utredningens förslag om förtydligande av insatsen råd och stöd bygger på denna värdegrund. Människor med omfattande funktionshinder skall ges förutsättningar att skapa sig ett värdigt liv, så likt andra människors som möjligt – ett liv i gemenskap med andra. Jag vill understryka att insatserna skall vara så utformade att de stärker den enskildes möjlighet att leva ett självständigt och oberoende liv. De skall också skapa förutsättningar för den enskilde att aktivt kunna delta i samhällslivet.

Som jag tidigare påpekat ser jag det angeläget att utifrån dessa målformuleringar förskjuta fokus från ord till handling. Den enskilde skall kunna lita på att principer omsätts till praktisk handling.

6.2.2 Syfte med insatsen särskilt personligt stöd

Syftet med insatsen särskilt personligt stöd är att på motsvarande sätt som tidigare råd och stöd stärka den enskildes ställning som samhällsmedborgare. Särskilt personligt stöd skall underlätta för personer med funktionshinder att leva ett självständigt liv med full delaktighet i samhällslivet.

Grundläggande för insatsen är de nationella mål som formulerats i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (prop.1999/2000:79). Handlingsplanen slår fast att det handikappolitiska arbetet särskilt skall inriktas på att identifiera och

undanröja hinder för full delaktighet, att förebygga och bekämpa diskriminering samt att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Dessa grundläggande mål innebär bland annat att alla skall ha lika rätt och lika möjlighet att bestämma över sina liv och få sina önskemål respekterade. För att uppnå jämlikhet i levnadsvillkor krävs att barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder får möjlighet att leva ett så fullvärdigt liv som möjligt. För att de skall ha lika möjligheter som andra och kunna fullgöra sina skyldigheter krävs att samhället och den omgivande miljön är tillgänglig. Det gäller såväl den fysiska tillgängligheten som tillgängligheten till information och service, vård och stöd, kultur, fritidsaktiviteter med mera. Frågor om inflytande och delaktighet måste ges ökad betydelse. Personer med funktionshinder är ofta beroende av olika insatser. Många vittnar om att de inte blir bemötta med den respekt de har rätt till och att de kan känna sig kontrollerade och ifrågasatta.

I handlingsplanen skriver regeringen att motivet att införa LSS var att personer med omfattande funktionshinder och deras anhöriga har en så utsatt situation. Ett av syftena med lagen är att de skall tillförsäkras kvalificerat stöd var de än bor i landet.

Under utredningsarbetet har jag konstaterat att socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser inte alltid räcker till för att skapa levnadsförhållanden som är jämförbara med andra människors. De generella insatserna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst har enligt min mening ännu inte utvecklats så att de fullt ut tillgodoser de särskilda behov som personer som tillhör LSS personkrets har. Således kvarstår behovet av ett kvalificerat stöd för personkretsen. Insatsen, särskilt personligt stöd, som avses regleras enligt 9 § 1 LSS behövs i lika hög grad som övriga insatser enligt 9 § LSS.

I samverkan med den enskilde skall experter med särskild kunskap och kompetens om svåra funktionshinder – enskilt eller i team – arbeta för att tillgodose de behov den enskilde har. Genom tillgången till denna särskilda kompetens och detta utvecklade arbets sätt skapas förutsättningar för att nå målet goda levnadsvillkor.

6.2.3 Samband med habiliterings- och rehabiliteringsinsatser enligt HSL

De uppenbara likheter som finns mellan insatsen råd och stöd enligt 9 § 1 LSS och habilitering och rehabilitering som regleras enligt HSL har tidigare beskrivits. Jag vill nu fördjupa denna jämförelse och ge exempel på vilka konsekvenser detta samband kan få för den enskilde.

Särskilt personligt stöd föreslås vara en insats som på samma sätt som råd och stöd ligger nära vissa delar av hälso- och sjukvården. Habilitering, rehabilitering och särskilt personligt stöd har många likheter när det gäller syfte, innehåll och arbetssätt. Som jag tidigare påtalat anser jag att detta faktum skall ses som en fördel. Möjligheten till samverkansvinster borde vara goda när det gäller att utveckla kvaliteten och det är viktigt att inte urholka syftet med den framtida insatsen särskilt personligt stöd. Personer som tillhör LSS personkrets skall ha rätt att inom särskilt personligt stöd få insatser som komplement till habilitering och rehabilitering för att få sina behov tillgodosedda. Därigenom tillförsäkras de också en lagstadgad möjlighet att överklaga ställningstagande som går dem emot inom detta område.

I den proposition (1992/93:159) som föregick LSS beskrivs habilitering och rehabilitering på sidorna 116 och 117:

Syftet med habilitering och rehabilitering är att ge funktionshindrade bästa möjliga funktionsförmåga och bästa möjliga förutsättningar för delaktighet i samhället. För att uppnå detta syfte behövs bland annat samverkande medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala åtgärder. Vanligen omfattar habiliteringen medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska aspekter på funktionshindret. Arbetssättet är i regel tvärfackligt lagarbete. I många landsting har habiliteringsverksamheten samordnats för flera grupper av funktionshindrade barn och ungdomar. Vuxenhabiliteringen är ett begrepp för fortsatta insatser för främst unga vuxna som tidigare erhållit stöd, service och behandling eller för unga vuxna som får riktade behandlings- eller stödinsatser som kompensation för tidigare brister i tillgången på kvalificerade stödinsatser.

Likheterna framgår tydligt när regeringen i samma proposition (sid. 59, 60) beskriver insatsen rådgivning och annat personligt stöd:

Det rör sig om insatser av rådgivande och allmänt stödjande karaktär, där medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska aspekter av funktionshindret beaktas...

Stödet till barn och ungdomar med funktionshinder och till deras närstående bör syfta till att främja utvecklingen under hela uppväxttiden. De flesta behöver flera olika typer av insatser för att få sina behov tillgodosedda. Det rör sig om expertstöd där olika aspekter av funktionshindret beaktas.

Personer med svåra funktionshinder och deras anhöriga skall enligt LSS få tillgång till ett särskilt expertstöd som innehåller kvalificerade insatser från flera kompetensområden för att underlätta det dagliga livet.

Sambandet med habilitering och rehabilitering belyses också av skrivningar i propositionen om att det är rimligt att vissa experter kan arbeta inom båda verksamheterna. En samordning i en organisation förordas, bland annat för att åstadkomma en samlad kompetens och det betonas att familjer med flerhandikappade barn inte skall behöva vända sig till olika organisationer för att få det samlade behovet av råd och stöd tillgodosett.

Även vuxna personer med omfattande funktionshinder bedöms i propositionen ha behov av rådgivning och annat personligt stöd för sin dagliga livsföring (sid. 60):

Utgångspunkten är då den enskildes eget önskemål om insatser. Detta förutsätter att han får en utförlig och individuellt anpassad information som underlag för sina ställningstagande. Det gäller inte minst för personer med kommunikationshinder, begåvningsmässigt funktionshinder och funktionshindrade personer med invandrarbakgrund. Liksom då det gäller barn och ungdomar bör stödet vara allsidigt och kunna rikta sig också till anhöriga. Likaså är en långtgående samordning av insatserna önskvärd, särskilt för personer med flera funktionshinder.

Det nära sambandet mellan råd och stöd och habilitering och rehabilitering är ett av skälen till att denna insats primärt är ett ansvar för landstinget, medan de övriga insatserna i 9 § är ett kommunalt ansvar. Mot denna bakgrund är det naturligt att landstingen har byggt upp integrerade organisationer. Det riktade statsbidraget till råd och stöd används till stor del för att utveckla habilitering. Tydligast är detta inom barn- och ungdomssektorn, där samordnad barnhabilitering varit ett känt begrepp och arbetssätt under många år.

Socialstyrelsen har i sin slutrapport om handikappreformen 1997:4 påtalat att oklarheter om innehållet i insatsen råd och stöd enligt LSS har försämrat tillgängligheten. Socialstyrelsen understryker att enskilda som har habiliterings- eller rehabiliteringsin-

satser enligt HSL också har rätt att få sina behov prövade utifrån LSS.

I den kartläggning av råd och stöd enligt LSS som gjordes i april 1999 (SoS, socialtjänstavdelning) granskades sex policydokument från landstingen. I fyra dokument fanns en uttalad policy att i första hand ge kvalificerad rådgivning samt rehabilitering och habilitering i enlighet med HSL. I tre av dessa uppges, att behov av råd och stöd enligt LSS enbart prövas om den enskilde ej är nöjd med insatserna enligt HSL. I något av dessa policydokument konstaterades att om den ordinarie verksamheten har ett brett utbud av lättillgängliga insatser att erbjuda och dessa samtidigt är av god kvalitet kommer efterfrågan på råd och stöd – och storleken på LSS personkrets – att minska jämfört med om utbudet är svårtillgängligt och av sämre kvalitet.

Den enkätundersökning som utredningen genomförde ger en motsvarande bild av läget 2002. Aktuella styrdokument visar att det hos flera huvudmän finns riktlinjer som reglerar att stöd som motsvarar insatsen 9 § 1 LSS skall ges som habiliterings- eller rehabiliteringsåtgärd enligt HSL. Råd och stöd integreras i huvudmännens habiliterings- och rehabiliteringsverksamhet.

Målsättningen är för många huvudmän att erbjuda en så välfungerande habilitering och rehabilitering att behovet av insatser enligt LSS inte behövs. Ett exempel är Stockholms läns landsting, där Habiliteringscenter skall arbeta med rådgivning, stöd och behandling både enligt LSS och HSL. Detta ger möjlighet att skapa sammanhållna åtgärdskedjor. Samtidigt innebär arbetssättet en risk att habiliteringsinsatser enligt HSL blir ”huvudregel” och att insatsen 9 § 1 förlorar sin särart som en del av rättighetslagen LSS. Möjligheten för enskilda till inflytande försämras och möjligheten att överklaga beslut försvinner.

Många styrdokument påtalar svårigheterna att definiera skillnaderna mellan habilitering och rehabilitering enligt HSL och råd och stöd enligt LSS. De målbeskrivningar som gäller för habilitering och rehabilitering har många likheter med målen för råd och stöd. Även innehåll, arbetssätt och personalkompetens har uppenbara likheter.

Den viktigaste skillnaden i dagsläget är att råd och stöd oftast inte längre innehåller medicinsk behandling avseende funktionshindret medan detta är en central del i habilitering och rehabilitering. Omsorgsnämnden i Stockholms läns landsting beskriver hur Regeringsrättens domar 1997 förändrade deras policy kring

behandlingsinsatser. Före 1997 hade dessa ingått i råd och stöd, men togs bort efter domarna.

En annan principiell skillnad som påtalas är att LSS vänder sig till en tydligt avgränsad målgrupp och att LSS är en rättighetslag. Några styrdokument beskriver LSS som en garantilag. Det är en lag som skall tillförsäkra människor med stora och varaktiga funktionshinder rätt till insatser som de behöver för att leva ett jämlikt och värdigt liv.

Några få landsting till exempel i Västerbotten och Norrbotten arbetar med en tydligt avgränsad verksamhet för råd och stöd riktad till vuxna. Deras processinriktade arbetssätt utgår från brukarens rätt att styra insatser som behövs för att tillgodose individuella behov och lösa problem i den enskildes vardagsituation. Avgränsningen mot medicinska åtgärder i habilitering och rehabilitering är tydlig. Dessa skall hanteras av andra verksamheter inom hälso- och sjukvården.

Gränsdragningen mellan rådgivning och annat personligt stöd och habilitering kan få avgörande betydelse för individen. Det kan gälla möjligheten att få prövat ett avslag på en begäran, att få prövat omfattning och innehåll i en åtgärd eller att undvika kostnader för en åtgärd. Tre utslag från olika länsrätter under senare år kan tjäna som exempel på hur olika huvudmän argumenterar för att hän-skjuta vissa åtgärder till HSL.

- *Länsrätten i Gävleborgs län* behandlade år 2001 ett ärende gällande en omprövning av insats enligt 9 § 1 LSS i form av fortsatta psykologsamtal. Landstinget drog in insatsen med motiveringen att *insatsen kunde fortsätta med stöd av 3 a hälso- och sjukvårdslagen (HSL)*. Länsrätten finner att samtal med psykolog inte är att anse som rådgivning och annat personligt stöd enligt 9 § 1 LSS.
- *Länsrätten i Stockholms län* handlade år 2000 ett ärende som gällde en begäran om dansterapi, som omsorgsnämnden avslagit. Motiveringen var att dansterapi är att betrakta som behandling/rehabilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen, vilken inte innefattas i insatsen rådgivning och annat personligt stöd. Med särskilt beaktande av den definition som angetts i förarbetena finner länsrätten att dansterapi är att betrakta som habilitering och således är en åtgärd som skall tillgodoses inom ramen för HSL. Behovet av dansterapi kan därför inte tillgodoses inom ramen för LSS.
- *Länsrätten i Skåne län* har 2003 handlagt ett överklagat beslut om råd och stöd. Region Skåne hade beviljat en person (A) insatser enligt 9 § 1 LSS i form av arbetsterapeut, kurator, logoped och sjukgymnast. Samtidigt avslogs A:s ansökan om insats i form av dietist och sjuksköterska. Som skäl anförde regionen att insats i

form av dietist och sjuksköterska ej kan definieras som råd och stöd. I begreppet råd och stöd ingår inte behandlingsinsatser. Länsrätten menar att de insatser i form av dietist och sjuksköterska som A är i behov av är att betrakta som habiliteringsåtgärder. Mot bakgrund av bland annat RÅ 1997 ref. 49 finner länsrätten att habiliteringsåtgärder inte ryms inom 9 § 1 LSS. De insatser i form av dietist och sjuksköterska som A är i behov av kan inte erhållas som rådgivning och annat personligt stöd enligt 9 § 1 LSS.

Efter genomgång av en del domar kan konstateras att en orsak till enskildas ansökan om insats enligt 9 § 1 LSS och senare överklagan till domstol har varit att de ansett att deras behov inte tillgodosetts enligt HSL. Domstol har i en del fall funnit att de efterfrågade insatserna kan betraktas som habiliterings- eller rehabiliteringsåtgärder och inte ryms inom 9 § 1 LSS. Domstol har vidare bedömt att behov finns och att behovet kan tillgodoses inom ramen för HSL. Det paradoxala är att den enskilde ansökte om LSS-insats just för att behov inte tillgodosetts inom ramen för HSL.

Som jag tidigare påtalat anser jag att LSS som pluslag skall tillförsäkra de personer som tillhör personkretsen ett samlat stöd som skapar förutsättningar för jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Det är viktigt att insatsen kan ges utifrån en helhetssyn som siktar till att individens behov blir allsidigt tillgodosedda. Olika former av stöd bör samordnas i en sammanhållen kedja av insatser – vid behov från olika vård- och omsorgsområden. Målet för insatsen skall vara att funktionshindret blir så lite handikappande som möjligt.

Den utveckling som skett sedan 1997 att habiliterings- och rehabiliteringsåtgärder inte längre bedöms ingå i insatsen ser jag som en försvagning av denna åtgärdskedja. Förutsättningarna att arbeta med behovstillfredsställelse utifrån en helhetssyn har förändrats när dessa delar inte omfattas av den garanti som LSS kan sägas stå för. Råd och stöd kan inte längre användas som ett verkningsfullt kvalitativt eller kvantitativt komplement till HSL trots att insatsen råd och stöd enligt LSS just skall vara ett komplement till exempelvis habilitering, rehabilitering och socialtjänst.

Som jag tidigare framfört är min uppfattning att personer som tillhör LSS personkrets skall tillförsäkras rätten till ett särskilt personligt stöd, som vid behov även skall garantera behövliga habiliterings- och rehabiliteringsinsatser.

6.2.4 Huvudmannaskap för särskilt personligt stöd

Som framgår av beskrivningarna av sambandet mellan habilitering och rehabilitering och insatsen råd och stöd finns det en rad likheter samt beröringspunkter mellan dessa verksamheter. Även särskilt personligt stöd är på motsvarande sätt avsett att vara en verksamhet som ligger vissa delar av hälso- och sjukvården nära. Möjligheten att göra samordningsvinster, bygga upp samverkan och göra samordnade utvecklingsinsatser är enligt min bedömning störst med landstinget som gemensam huvudman.

Särskilt personligt stöd är också – på samma sätt som råd och stöd – avsett att vara en insats med särskild kompetens, som normalt förutsätter ett större upptagningsområde än den medelstora kommunen. I landstingen finns som regel en uppbyggd organisation som kan utgöra bas för verksamheten särskilt personligt stöd.

Om landstinget som ansvarig huvudman för så kallad specialisthabilitering, underlåter att tillhandahålla insatser enligt HSL och behovet av kompletterande insats enligt LSS uppstår åvilar även detta ansvar landstinget. Ekonomiska motiv att ej tillhandahålla insatser undanröjs således genom att behålla landstinget som huvudman för insatsen särskilt personligt stöd.

Jag anser därför att den ansvarsfördelning som framgår av 2 § LSS bör bibehållas. Landstingen är primärt ansvariga för insatsen enligt 9 § 1 LSS. Möjligheten att genom avtal förändra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen kvarstår dock oförändrad.

I detta sammanhang vill jag understryka att syftet med och innehållet i särskilt personligt stöd ställer stora krav på samarbete mellan huvudmännen – inte minst när det gäller planering och samordning. Mer utvecklade former för samarbete och politisk ledning – med gemensamma mål och gemensam finansiering – kan utvecklas via möjligheten att skapa gemensamma nämnder.

6.2.5 Tillgänglighet och tillgång till insatsen särskilt personligt stöd

Personer som tillhör LSS personkrets har ofta en komplex livssituation. Deras funktionshinder skapar många olika behov. För att de som enskilda individer skall få ett reellt självbestämmande över sin livssituation krävs en god kunskap om vilket stöd samhället kan

erbjuda. Vägledning, personligt stöd och samordning av stödinsatser är viktiga delar i en process som skall stärka det demokrati-perspektiv och det brukarinflytande som lyfts fram i LSS.

Samhällets utbud av vård, omsorg och service påverkas av decentralisering och varierande organisationsmodeller. Valmöjligheterna kan öka, men samtidigt kan det bli svårare att överblicka utbudet. Tillgängligheten till särskilt personligt stöd måste göras enkel. Insatsen skall vara lätt att söka och väl känd över organisationsgränser.

En bidragande orsak till att insatsen råd och stöd har minskat under senare år kan vara brister i informations-spridningen. Uppsökande verksamhet och riktad information förekommer i alltför liten utsträckning. I slutrapporten om handikappreformen 1997 konstaterar Socialstyrelsen att flera undersökningar visar att information om råd och stöd inte nått fram till dem som kan vara berörda. Den enkätundersökning som utredningen genomförde i början av år 2003 visar också, att landsting sällan bedriver någon aktiv uppsökande verksamhet för att förmedla kunskap om insatsen råd och stöd.

Personer som tillhör LSS personkrets har ofta många kontakter med myndighetspersoner exempelvis inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det är viktigt att breda grupper inom vård- och omsorgssektorn får en grundläggande kunskap om insatsen särskilt personligt stöd. En kunskap som de vid behov är beredda att förmedla vidare. En utveckling av IT kan öka tillgången till information, men det är viktigt att exempelvis huvudmännens hemsidor görs enkla och lättillgängliga för alla – även för personer med funktionshinder. IT-utvecklingen får dock inte leda till att huvudmännen slutar använda andra medel för att sprida information.

För en god tillgänglighet till insatsen är det också viktigt att ansökningsförfarandet är välkänt och enkelt. Huvudmännen har ett ansvar för att beslutsfattare är lätta att nå och handläggningstiderna korta.

6.2.6 Grundläggande värden i insatsen särskilt personligt stöd

Jag anser att det finns vissa grundläggande värden som kännetecknar särskilt personligt stöd.

Samhällsutvecklingen och individuella vägval leder till att livssituationen för människor ändras. Gamla behov kommer att förändras, vissa kommer att försvinna och nya behov kommer att uppstå. En del behov förändras med stigande ålder. Begrepp som livskvalitet kommer att omdefinieras. Det är därför viktigt att särskilt personligt stöd inte blir en insats med ett statiskt innehåll. Tidigare beskrivningar av råd och stöd har ofta utgått ifrån behovet av vissa yrkeskategorier, något som kan begränsa handlingsutrymmet.

Utgångspunkter för insatsen särskilt personligt stöd är det individuella behovet, målet med insatsen och den enskildes självbestämmande. Detta kräver flexibilitet och variation när det gäller att utforma arbetsmetodikerna. Det finns i landet mindre grupper av personer med ovanliga funktionshinder och det är inte möjligt för alla huvudmän att bygga upp organisationer med fast anställd personal som alltid kan tillgodose dessa relativt ovanliga behov. Insatsen måste vid behov temporärt kunna tillföras speciell kunskap och annorlunda kompetenser. De åtgärder som planerats utifrån en kartläggning av behov och mål skall genomföras med god kvalitet och i tillräcklig omfattning. Låsta organisationsramar och oklara ansvarförhållanden kan motverka ett sådant genomförande. Målet för insatsen sammanfattades enkelt vid en av utredningens regionala dialogkonferenser ”Brukarna skall få det de behöver oavsett organisationsmodell”.

Särskilt personligt stöd kan för vissa brukare bli en fortlöpande process, som erbjuder både kontinuitet och variation. Insatsen kan i många fall bli livslång och kräva en lång kedja av åtgärder. För andra brukare kan särskilt personligt stöd begränsas till någon eller några åtgärder. Det kan handla om enstaka åtgärder som behövs för att komplettera en i övrigt välfungerande åtgärdskedja. Målet att skapa goda levnadsvillkor för den enskilde förutsätter att processen anpassas utifrån individuella behov. Särskilt personligt stöd skall erbjuda trygghet för personer som tillhör LSS personkrets att få ett kvalificerat stöd med god tillgänglighet.

Behovet av samordning av bland annat information, planering, stödresurser samt behovet av uppföljning har lyfts fram i olika sammanhang och ses av många som en central del i dagens råd och stöd. En effektiv samordning kräver ett nära samarbete mellan ansvariga handläggare.

Särskild kunskap och kompetens

Grundläggande för insatsen särskilt personligt stöd är att det finns tillgång till särskild kunskap och kompetens. På motsvarande sätt som i dagens råd och stöd skall det finnas expertkunskap som bygger på kunskap om svåra eller omfattande funktionshinder och konsekvenserna för den enskilde av dessa funktionshinder. Denna kunskap skall också omfatta god insikt om på vilket sätt goda levnadsvillkor kan skapas för personer med omfattande funktionshinder.

Jag delar uppfattningen som regeringen uttryckt i propositionen som föregick LSS (1992/93:159, sid. 173), att det är fråga om stödinsatser av övergripande natur som till viss del ligger hälso- och sjukvården nära. Det rör sig om expertstöd där såväl medicinska, psykologiska och sociala som pedagogiska aspekter av funktionshindret beaktas.

Kunskapsutvecklingen – inte minst inom den tekniska sektorn – gör att det idag inte är möjligt att identifiera vare sig behov som kan uppstå i morgon eller nya möjliga lösningar för att tillgodose behoven. Det är därför inte lämpligt att i detalj precisera kompetenser, som behövs för att möta en förändrad framtidssituation.

Att beskriva innehållet i särskilt personligt stöd utifrån en uppräkningslista av tillgängliga experter är alltför begränsande. De yrkeskategorier som idag finns inom råd och stöd kan dock utgöra en bas för den kompetens som behövs även inom särskilt personligt stöd. Däremot anser jag att det är viktigt att utgå från de behov – ofta varierande – som den enskilde behöver få hjälp med att tillgodose. Beslutet om en åtgärd måste utgå från en samlad bedömning där åtgärdens inriktning och omfattning vägs mot nyttan och möjligheten att uppnå det eftersträvade målet.

Den enskilde skall ha stort inflytande över målet med insatsen. När det gäller utformningen av insatsen har de professionella ett ansvar att utifrån sin kunskap erbjuda en adekvat insats, givetvis med hänsyn tagen till den enskildes önskemål. I den särskilda kompetensen ingår också förmågan att bemöta den enskilde med respekt utifrån rätten till delaktighet och självbestämmande.

Regelbunden uppföljning och utvärdering av insatsernas effekt blir en naturlig kvalitetsavstämning. Man kan då tillsammans med brukaren bland annat bedöma hur samarbetet fungerar och hur väl man lyckas uppnå målen.

Livskvalitet, behov och nytta

I regeringens proposition *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop.1996/97:60) görs en del beskrivningar kring begrepp som jag anser även kan ha relevans för ställningstagande avseende insatser enligt 9 § 1 LSS. Den utredning som propositionen refererar till är prioriteringsutredningen, vars slutbetänkande *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5) överlämnades i mars 1995.

Livskvalitet beskrivs i propositionen ha fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensioner. I begreppet livskvalitet värderas människans totala situation. Individens egen upplevelse är avgörande för hur bra eller dålig livskvaliteten är. Människor kan uppleva en god livskvalitet trots betydande funktionshinder eller kronisk sjukdom. Under rubriken *Behov* skrivs bland annat:

Enligt utredningen har man som patient endast behov av det man har nytta av. Motsatt gäller att en människa enligt detta sätt att definiera behov inte behöver åtgärder som inte förbättrar hälsan och livskvaliteten, det vill säga sådana som hon inte har nytta av. Utredningen definierar sålunda begreppet behov som både hälsorelaterat och livskvalitetsrelaterat. En människa har större behov ju svårare sjukdomen eller skadan är eller ju sämre livskvaliteten är till följd av skadan eller sjukdomen. Hon har däremot inte behov av åtgärder som inte förbättrar hälsan eller livskvaliteten. För att kunna användas som underlag för prioriteringar krävs alltid en sammanvägning av olika aspekter av de hälso- och livskvalitetsrelaterade behoven. Det kan gälla exempelvis det upplevda lidandet, den medicinska prognosen eller graden av funktionsnedsättning.

I propositionen skrivs att regeringen i huvudsak instämmer i utredningens resonemang och konstaterar att det ofta finns inslag av både hälsorelaterade och livskvalitetsrelaterade behov som vävs samman.

I avsnittet avseende *Nytta* konstateras att nytta av en viss behandling kan bedömas olika av patienten och personalen. Personalen kan exempelvis värdera den sjukes livskvalitet lägre än vad den sjuke själv gör. Nyttan får inte bara ses i ett snävt behandlingsperspektiv utan i förhållande till vad en god hälso- och sjukvård i sin helhet kan erbjuda. Nyttan måste sättas in i det breda humanitära sammanhang av vilket hälso- och sjukvården är en del.

Vidare skrivs i propositionen att nyttan med en behandling är dessutom inte en gång för alla given, den förändras allteftersom vetenskapen och tekniken utvecklas. Det yttersta kravet på nytta inom hälso- och sjukvården är att de medicinska beslut som tas

alltid skall bygga på vetenskap och dokumenterade goda resultat. Med hänsyn till den ofta komplexa verkligheten, den snabba medicinska utvecklingen, forskningens särskilda förutsättningar och de långa utvärderingstider som nya vetenskapliga rön förutsätter är detta inte alltid ett realistiskt krav.

Dessa begrepp, hämtade från hälso- och sjukvårdens område, kan enligt min mening också ha giltighet för bedömningar inom särskilt personligt stöd enligt LSS. Livskvalitet utgår från en helhetssyn och individens upplevelse. Behov definieras både som relaterade till hälsa och livskvalitet. Nyttan av en behandling/insats måste sättas in i ett brett humanitärt sammanhang där hälso- och sjukvården är en del. Nyttan är dessutom inte en gång för alla given utan kan förändras när vetenskap och teknik utvecklas.

6.3 Innehåll i insatsen 9 § 1 LSS – Särskilt personligt stöd

Som jag tidigare nämnt kommer jag att presentera ett *huvudförslag* och ett *alternativförslag* till på vilket sätt insatsen råd och stöd kan förtydligas. Gemensamt för båda dessa förslag är att särskilt personligt stöd skall kännetecknas av självbestämmande, individuell anpassning och kontinuitet. Stödet skall utgå från varje persons unika livssituation – med särskild fokus på de speciella förutsättningar som personens funktionshinder medför. En styrka i ett framtida särskilt personligt stöd är, som jag tidigare påtalat, flexibilitet och behovsanpassning. Det måste finnas en beredskap att ta till sig nya rön inom forskning och utveckling som kan leda till förändrade eller nya åtgärder inom särskilt personligt stöd.

Särskilt personligt stöd skall, liksom övriga stödinsatser enligt LSS, lämnas till personen med funktionshinder. I vissa fall kan det dock vara befogat med indirekta stödinsatser till den funktionshindrades anhöriga och andra närstående. Detta är ingen förändring mot tidigare. I förarbetena till LSS beskrivs råd och stöd som ett expertstöd till barn och ungdomar och deras närstående (prop.1992/93:159 Bilaga 1 sid. 60). Stödet skall syfta till att främja utvecklingen under hela uppväxttiden. I propositionen betonas vikten av att föräldrarna får ett tidigt kvalificerat stöd bland annat för att kunna ge barnet god omvårdnad och trygghet. Det sägs även att syskon till barn med funktionshinder kan behöva hjälp av specialister för att bearbeta sin situation och för att få den information

de behöver i olika åldrar. Stöd kan också lämnas till exempelvis familjehemsföräldrar. Min uppfattning är att något förtydligande inte behöver göras i detta hänseende beträffande förslaget om särskilt personligt stöd. Närstående till personer som tillhör LSS personkrets har alltsedan LSS trädde i kraft kunnat omfattas av stödet till den enskilde. Detta framgår även av tillämpningen hos myndigheter och domstolar. Tonvikten ligger på den enskildes behov och stöd till närstående skall endast ges när det främjar den enskildes utveckling och kan ses som ett indirekt stöd till honom eller henne.

Som jag tidigare påtalat är det viktigt att insatsen särskilt personligt stöd är flexibel och kan kompletteras efter individuella behov. Det är därför inte rimligt att precisera en heltäckande katalog av åtgärder som skall ingå i insatsen. Det finns idag en praktisk erfarenhet av åtgärder inom råd och stöd som till stora delar motsvarar de behov som många personer tillhörande personkretsen har.

Beskrivningar i styrdokument, enkätsvar och redovisningar från grupparbeten i dialogkonferenserna visar att vanliga former för rådgivning och annat personligt stöd är: Stödsamtal, kuratorsstöd, kartläggning, samordning av insatser, samhällsinformation, vägledning, konsultation, kunskapsförmedling och träningsprogram.

6.3.1 Huvudförslag

Tre delar anser jag kan utgöra bas i insatsen särskilt personligt stöd enligt *huvudförslaget*:

- Kunskapsstöd
- Psykosocialt stöd
- Särskilt kompletterande stöd

Inom dessa delar utvecklas individuella åtgärder som skall svara upp mot de behov och mål som den enskilde har. Det är viktigt att understryka att det inte får utvecklas någon skarp gräns mellan dessa delar i särskilt personligt stöd. Det är viktigt att inte fastna i grupperingar och kategorier. Tvärtom är en styrka i insatsen att den samlade kunskapen kan användas på det sätt som bäst motsvarar individens behov. I vissa fall är det uppenbart att kunskap kring medicinska frågor är avgörande för hur delar av det sociala stödet kommer att fungera. Det omvända gäller i lika hög grad. Kunskap och erfarenhet inom den sociala sektorn kan vara avgö-

rande för hur väl en medicinsk åtgärd kommer att fungera. Praktiskt samarbete mellan olika professioner exempelvis sjukgymnaster och kuratorer kan utveckla kvaliteten i en insats och förbättra det samlade resultatet. Jag är medveten om att detta synsätt med möjlighet till gränsöverskridande arbetssätt även i fortsättningen kan medföra problem i avgränsningen av insatsen. Efterfrågan på tydliga riktlinjer och detaljstyrning måste dock vägas mot den enskildes behov av individuellt anpassade åtgärder. Stödinsatserna måste vara flexibla och utnyttja en teknisk och kunskapsbaserad utveckling. Det är inte möjligt att genom en detaljerad uppräkningslista av delar i insatsen täcka alla de behov som särskilt personligt stöd är avsedd att tillgodose.

Jag anser att formerna för stödet skall kunna variera, men det är viktigt att understryka att åtgärderna skall ha en tydlig koppling till den enskildes funktionshinder, de behov som finns, de mål som skall uppnås och nyttan av åtgärderna. Att göra denna avvägning av behov, mål och nytta i samråd med brukaren är en uppgift för de yrkesverksamma inom särskilt personligt stöd.

För att öka möjligheten till full delaktighet i samhället vill jag med *huvudförslaget* skapa ett individuellt anpassat stöd, som vid behov även kan garantera kompletterande habiliterings- och rehabiliteringsinsatser bland annat för att underlätta helhetssyn och samordning. Att få del av LSS insatser innebär inte någon inskränkning i de rättigheter som personen kan ha enligt annan lag. Särskilt personligt stöd skall utnyttjas som ett kvalitativt eller kvantitativt komplement endast i de fall behovet av insatsen har ett tydligt samband med individens funktionshinder och detta behov inte tillgodoses på annat sätt.

Jag gör bedömningen att det är möjligt att i praktisk verksamhet kunna avgränsa denna typ av habiliterande och rehabiliterande åtgärder från hälso- och sjukvård i övrigt. De åtgärder som avses ingår tydligt i den kedja av samverkande medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska åtgärder som är kännetecknade för habilitering och rehabilitering. Medicinsk behandling, som primärt har som mål att bota eller lindra sjukdomstillstånd och inte bedöms ingå i habilitering eller rehabilitering skall inte ges som komplement inom särskilt personligt stöd. Denna avgränsning är viktig för att de grundläggande principerna inom LSS och HSL skall kunna bibehållas.

Kunskapsstöd, psykosocialt stöd och särskilt kompletterande stöd

Kunskapsstöd

Kunskapsstödet kan exempelvis vara följande.

Information

Personer som tillhör LSS personkrets skall få information om vilka rättigheter och skyldigheter de har för kommande ställningstagande. Det är viktigt att brukaren får en heltäckande beskrivning av vilka möjligheter till stöd och hjälp som finns att få i samhället när det gäller exempelvis boende, aktivitet, hälsa och sjukdomsprevension, utbildning och arbete, meningsfull fritid och ekonomi. Information och kunskapsförmedling måste också anpassas till individens förutsättningar och förmåga.

Kartläggning, planering och vägledning

En grundläggande del av särskilt personligt stöd är att förmedla kunskap om funktionshindrets innebörd och dess konsekvenser för levnadsvillkoren för den enskilde. I samarbete med brukaren och – i förekommande fall – hans eller hennes närstående planeras strategier för vardagen utifrån brukarens förutsättningar. Experterna vägleder och hjälper brukaren att sortera och prioritera sina behov för att skapa en realistisk och genomförbar åtgärdskedja. Tillsammans planerar man det stöd som kan ges inom ramen för särskilt personligt stöd men även andra stödinsatser. Självbestämmande är ett nyckelord för att denna planering skall bli hållbar över tid.

Individuell plan enligt 10 § LSS kan vara ett instrument för den enskilde att styra planering och uppföljning av olika åtgärder. Planen kan också styra omfattningen av insatsen särskilt personligt stöd och stödja individens rätt till ställningstagande. Den enskilde kan välja att enbart begära någon eller några avgränsade insatser för att komplettera en i övrigt fungerande livssituation eller välja att få hjälp med en mer fortlöpande, kontinuerlig stödprocess. I det senare fallet kan individuell plan användas för att skapa struktur kring olika insatser och underlätta samordning och möjlighet till korrigeringar. Fördelarna med en samlad plan är många och jag avser att utveckla användandet av individuell plan genom att föreslå en skyldighet för huvudmännen att aktivt erbjuda en sådan (jfr kap 8).

Kontaktstöd

Personer som tillhör LSS personkrets har ofta behov av kontakt med och stöd från många olika organisationer och verksamheter. Inom LSS personkrets finns personer med mindre kända funktionshinder som har ett särskilt behov av vägledning för att finna fram till lämpliga stödinsatser i samhället. Även personer med olika kombinationer av funktionshinder kan ha särskilda behov. Experterna inom särskilt personligt stöd skall kunna förmedla eller ta direktkontakt med de olika verksamheter som tillhandahåller dessa insatser. Experterna skall biträda brukaren och närstående i olika kontakter, stödja den enskilde och vara behjälpliga att förklara och utveckla den enskildes situation. De skall medverka till att stärka brukarens självkänsla i mötet med myndigheter och andra. Experterna skall långsiktigt finnas till hands för att stödja och följa upp i nära samverkan med den enskilde.

Konsultation och kunskapsöverföring

I samarbetet mellan brukaren, närstående och experterna utvecklas en unik kunskap om den enskildes livssituation, individuella förutsättningar och önskemål. Denna kunskap skall – om den enskilde så önskar – kunna förmedlas till andra personer som har viktiga roller i stödet kring brukaren. Individrelaterad kunskapsöverföring kan i vissa fall med fördel samordnas med det verksamhetsstöd till personal som arbetsgivare ansvarar för.

Samordning

Situationen för personer som tillhör LSS personkrets är ofta komplex och deras behov många och sammansatta. Samhällets utbud av stöd är på motsvarande sätt uppdelat mellan olika vårdorganisationer och huvudmän. En utveckling av olika organisationsformer och decentralisering av resurser kan göra det svårt att överblicka alla tillgängliga former av stödinsatser. Det är också svårt för brukaren att samordna åtgärderna så att de ger bästa möjliga effekt.

Behovet av samordning av dessa olika insatser är påtagligt och efterfrågat och detta har påtalats både av brukare och verksamhetsföreträdare. En framgångsrik samordning kan vara nyckeln till att stödinsatserna blir effektiva för den enskilde individen. Att medverka till att bygga upp och underhålla olika former av nätverk kan vara ett sätt att utveckla ett målinriktat samarbete. Samordningsbehovet är idag en vanlig anledning till ansökan om råd och

stöd. Föräldrar och andra närstående kan tvingas att ta på sig en roll som samordnare utan att ha rimliga förutsättningar.

För att säkra att samordningen blir så effektiv som möjligt föreslår jag att de brukare som har behov av samordning och som har insatsen särskilt personligt stöd enligt 9 § 1 LSS beviljad skall erbjudas en namngiven samordnare – om de så önskar. Samordnarfunktionen har ett klart samband med många av de delar som ingår i insatsen särskilt personligt stöd exempelvis anpassad information, utredning, vägledning, nätverksstöd, samordning och uppföljning. Inom särskilt personligt stöd kan man få en samlad kunskap om vilka behov den enskilde vill ha hjälp med. Här finns också förutsättningar att skapa en heltäckande bild av vilka tänkbara alternativa stödinsatser som finns och hur dessa olika resurser kan koordineras. Det är därför enligt min mening naturligt att samordnarfunktionen knyts till särskilt personligt stöd. Förutsättningar och innehåll i erbjudandet om namngiven samordnare utvecklas närmare i avsnitt 6.4.

Psykosocialt stöd

I motiven till förslaget om råd och stöd enligt 9 § 1 LSS (prop. 1992/93:159, s.60) påtalas behovet av ett tidigt, kvalificerat psykologiskt och praktiskt stöd:

Att bli förälder till ett barn med nedsättning av en eller flera funktioner innebär för de flesta en svår psykisk kris. För de allra flesta kommer situationen helt oväntat och många gånger har de inte tidigare kommit i kontakt med barn som har funktionshinder. Föräldrarna blir ofta försatta i ett tillstånd av desorientering, med osäkerhet om hur familjens framtid skall gestalta sig. Situationen kräver en omställning som griper in i flera livsområden och som många gånger tar lång tid. Ett tidigt och kvalificerat psykologiskt och praktiskt stöd kan vara avgörande för föräldrarnas möjlighet att reda upp sin situation och för deras möjlighet att ge barnet god omvårdnad och trygghet...

Motsvarande krissituation kan på olika sätt påverka även vuxna och deras närstående. Det är därför viktigt att särskilt personligt stöd snabbt kan erbjuda den enskilde – och vid behov närstående – ett kvalificerat psykosocialt stöd genom olika former av stödsamtal. Psykosocialt stöd bör kunna erbjudas både enskilt och i grupp.

Olika former av självstödsgrupper bör utvecklas och stödjas. Denna typ av gruppverksamhet kan vara särskilt positiv för unga

personer med omfattande funktionshinder. För vissa brukare kan medverkan i gruppverksamheter vara ett medel att få ökad livskvalitet – både genom personlig utveckling och en social gemenskap.

Ett psykosocialt stöd skall underlätta för den enskilde att leva med och förstå konsekvenserna av funktionshindret. Det kan handla om identitet – och relationsproblematik och frågor som handlar om beroende/frigörelse, självständighet, självkänsla, samlevnad, föräldraskap mm.

För personer med utvecklingsstörning kan det betyda att få stöd i att reflektera över och förstå vardagliga situationer och de svårigheter och möjligheter den enskilde ställs inför – en form av tankehjälp. Att få reflektera över förtjänster såväl som upplevda begränsningar. Det psykosociala stödet bör bygga på kontinuitet och långsiktighet i kontakten.

Särskilt kompletterande stöd

Insatsen särskilt personligt stöd skall fungera som komplement till åtgärder enligt andra lagar, exempelvis SoL och HSL. Det är viktigt att stödet till den enskilde ges utifrån en helhetsbedömning av hans eller hennes totala livssituation och individuella förutsättningar. Åtgärderna ger bäst effekt om de samordnas i en välplanerad och sammanhållen åtgärdskedja. Den enskildes behov, nyttan av åtgärden och möjligheten att nå målsättningen får avgöra åtgärdens lämplighet och omfattningen av denna.

Olika delar i en sådan åtgärdskedja kan ha stor betydelse för att minimera de handikappande effekterna av ett funktionshinder och därigenom medverka till att skapa goda levnadsvillkor för individen. Jag har tidigare påtalat vikten av flexibilitet och variation när det gäller att utforma stödet till personer som tillhör LSS personkrets. Att precisera innehållet i det särskilda kompletterande stödet är därför inte lämpligt. En sådan precisering kan snarare få negativa effekter med tanke på de möjligheter som bland annat ligger i en framtida teknisk utveckling och kompetensutveckling.

Jag vill dock peka på några områden som kan vara svåra att helt definiera in under rubriker som kunskapsstöd och psykosocialt stöd. Detta är enbart exempel på innehåll i särskilt kompletterande stöd och inte ett försök till innehållsbeskrivning via uppräknings av olika delar.

För den enskilde är det viktigt att skapa en fungerande *kommunikation* med omvärlden och här kan det finnas behov av specialutformat stöd som komplement till andra insatser av pedagogisk, social, psykologisk och medicinsk karaktär.

Individuell anpassad *rörelseträning* i kombination med sjukgymnastik kan för många personer som tillhör LSS personkrets öka möjligheterna att röra sig ute i samhället och därigenom öka både välbefinnandet och möjligheterna till delaktighet. Denna typ av stöd kan ses som komplement till andra medicinska och sociala insatser.

Jag har tidigare redogjort varför jag anser det vara viktigt att även åtgärder som anses tillhöra habilitering och rehabilitering skall kunna utgöra komplement inom särskilt personligt stöd om behoven inte tillgodoses enligt HSL. Särskilt personligt stöd skall kunna användas både som kvalitativt och kvantitativt komplement för att skapa bättre förutsättningar för att den enskildes behov blir tillgodosedda. Habilitering och rehabilitering är verksamheter som är sammansatta av flera olika delar och innehåller medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska åtgärder. Detta ger goda förutsättningar att skapa sammanhängande och välfungerande åtgärdskedjor.

Jag vill än en gång understryka att detta kompletterande stöd endast handlar om medicinska åtgärder som ingår i habilitering och rehabilitering. Sjukvårdande behandling skall även fortsättningsvis ges enligt de principer som gäller för HSL. Genom denna avgränsning menar jag att de grundläggande principerna för insatser både enligt LSS och HSL kan bibehållas.

6.3.2 Motiv för alternativförslag

Som tidigare beskrivits har det från Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet framförts invändningar mot förslaget att särskilt personligt stöd skall kunna användas som kvalitativt och kvantitativt komplement till åtgärder som också kan anses ingå i begreppen habilitering och rehabilitering.

I propositionen (1992/93:159) beskrivs habilitering och rehabilitering som verksamheter som innehåller samverkande medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska åtgärder. Jag har uppfattat att invändningarna huvudsakligen gäller de medicinska åtgärderna inom habilitering och rehabilitering. Dessa åtgärder kan

anses ha ett direkt samband med HSL, medan de övriga åtgärderna också kan anses relaterade till andra lagar exempelvis SoL.

Det framförs av förbunden att det skulle vara ett alltför stort avsteg från de principer som anses styra hälso- och sjukvården att de medicinska åtgärderna inom habilitering och rehabilitering kan användas som komplement i en rättighetslag som LSS.

Då jag bedömer invändningarna som starka från de båda förbunden kan det inte uteslutas att dessa får genomslag vid ställningstagande till genomförande av huvudförslaget. Av det skälet och då jag är angelägen om ett förtydligande av insatsen råd och stöd som innehåller god kvalitet för den enskilde och som motsvarar de behov som finns presenterar jag, som försök till kompromiss, ett *alternativförslag*. Vid remissbehandling av utredningens förslag kan bedömning göras av de båda förslagen i förhållande till den situation som råder med dagens tillämpning av råd och stöd.

Jag har i tidigare skrivningar beskrivit de uppenbara likheter som finns mellan råd och stöd enligt 9 § 1 LSS och habilitering och rehabilitering.

Habilitering och rehabilitering definieras som planerade, sammansatta och allsidiga åtgärder som skall främja psykiskt och fysiskt välbefinnande. De skall utgå från en helhetssyn på individens behov och kan innehålla medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska delar.

Detta innebär enligt min bedömning att i stort sett alla delar av insatsen särskilt personligt stöd enligt 9 § 1 också skulle kunna ingå i habilitering och rehabilitering. Självklart kan profilen på sammansättningen variera. I vissa fall kan tyngdpunkten av individens stödbehov kräva en fokusering på de psykologiska och sociala delarna. I andra fall kan det röra sig om behov av kompletterande medicinska åtgärder.

Styrkan i habilitering och rehabilitering, liksom i den föreslagna insatsen särskilt personligt stöd borde vara möjligheten till helhetslösningar och samordning för att uppnå maximal effekt av stödåtgärderna.

En konsekvens av detta resonemang är att en fullgod habilitering och rehabilitering troligen skulle kunna ersätta dagens råd och stöd och insatsen enligt 9 § 1 LSS skulle då kunna avvecklas. Detta är enligt min mening inte något realistiskt alternativ i dagsläget, då jag under utredningsarbetet har kunnat konstatera att huvudmännen inte lyckats att fullt ut tillgodose behoven för LSS personkrets inom ramen för habilitering och rehabilitering enligt HSL. Det är

således osäkert om habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter i framtiden kommer att tillgodose de behov som personer som tillhör LSS personkrets har.

Flera andra insatser i 9 § LSS har på motsvarande sätt parallella insatser i andra lagar, exempelvis ledsagarservice, kontaktperson, korttidsvistelse, boende i familjehem och särskilda boende. Enligt min uppfattning behövs LSS fortsatt som rättighetslag även för den första insatsen i 9 §, för att garantera stöd till personer med omfattande och varaktiga funktionshinder.

Som jag nyss beskrivit har invändningarna mot mitt *huvudförslag* i huvudsak riktats mot att medicinska åtgärder skall kunna ingå som komplement i insatsen särskilt personligt stöd. Åtgärder som planering, vägledning, stödsamtal, samordning och träning som också kan utgöra habilitering och rehabilitering har inte ifrågasatts.

I det *alternativförslag* som presenteras nedan utgår jag därför från att de psykologiska, sociala och pedagogiska åtgärderna i habilitering och rehabilitering kan ingå som komplement i insatsen särskilt personligt stöd om behoven inte tillgodoses på annat sätt.

Gränsen gentemot HSL blir annorlunda än i *huvudförslaget* och i jämförelse med dagens tillämpning. Gränslinjen dras i *alternativförslaget* mot de medicinska åtgärderna och innebär att dessa medicinska åtgärder inom habilitering och rehabilitering inte kan erbjudas som komplement inom LSS. Detta förslag borde inte upplevas avvika mot de principer som anses styra hälso- och sjukvården. Däremot innebär *alternativförslaget* enligt min mening en försvagning av garantin för personer som tillhör LSS personkrets att få en fullvärdig samordnad stödinsats.

I detta sammanhang är det viktigt att understryka att inte något av förslagen påverkar innehållet i habilitering eller rehabilitering enligt HSL. Inom dessa verksamheter kan huvudmännen även framöver skapa samordnade vårdkedjor med medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska åtgärder.

6.3.3 Alternativförslag

Alternativförslaget till förtydligande av råd och stöd bygger liksom det tidigare presenterade huvudförslaget på en insats med ny beteckning, särskilt personligt stöd. *Alternativförslaget* innehåller:

- Kunskapsstöd
- Psykosocialt stöd
- Utvecklings- och aktivitetsstöd

I alternativförslaget kan särskilt personligt stöd innehålla komplettering av endast tre delar av habilitering och rehabilitering, nämligen de psykologiska, sociala och pedagogiska åtgärderna. Däremot kan inte medicinska habiliterings- och rehabiliteringsåtgärder ingå som komplement.

Alternativförslaget är dock enligt min mening en förbättring i förhållande till förändringen efter Regeringsrättens domar 1997. I alternativförslaget kan nämligen viktiga delar som skulle kunna bedömas som habilitering rymmas inom särskilt personligt stöd. Insatsens innehåll förtydligas på detta sätt.

Ett alternativförslag där de medicinska åtgärderna inom habilitering och rehabilitering tas bort från insatsen behöver enligt min mening innehålla vissa preciserade insatser för utveckling och aktiviteter för att uppnå de kvalitetskrav som bör ställas på insatsen särskilt personligt stöd.

Kunskapsstöd och psykosocialt stöd som beskrivits tidigare i huvudförslaget ingår även i alternativförslaget.

Kunskapsstöd, psykosocialt stöd, utvecklings- och aktivitetsstöd

Kunskapsstöd

Kunskapsstöd (avsnitt 6.3.1) innehåller bland annat information, kartläggning, planering, vägledning, kontaktstöd, konsultation, kunskapsöverföring och samordning. Individuell plan är ett viktigt instrument för planering, samordning och uppföljning.

Psykosocialt stöd

Det psykosociala stödet som beskrivs i avsnitt 6.3.1 motsvarar behovet av ett tidigt, kvalificerat psykologiskt och praktiskt stöd som beskrivs i propositionen till LSS (prop.1992/93:159, sid.60). Oftast handlar det om olika former av samtalsstöd, där insatsens karaktär och kvalitetsnivå får styras av de enskildas individuella behov. Stödet skall underlätta för den enskilde att leva med och förstå konsekvenserna av funktionshindret.

Stödet kan jämföras med psykologiska och/eller sociala åtgärder inom habilitering och rehabilitering och kan därför vid behov ingå som komplement i särskilt personligt stöd även i alternativförslaget.

Utvecklings- och aktivitetsstöd

Som delvis ersättning för det mer omfattande särskilda kompletterande stödet i huvudförslaget föreslår jag i alternativförslaget att insatsen särskilt personligt stöd även skall innehålla ett *utvecklings- och aktivitetsstöd*. Särskilt personligt stöd ligger nära insatser enligt HSL och därför återfinns delar i stödet som kan liknas vid sådana åtgärder inom habilitering och rehabilitering som betecknas som psykologiska, sociala eller pedagogiska åtgärder.

Personer som tillhör LSS personkrets skall genom utvecklings- och aktivitetsstödet tillförsäkras rätten till särskilt anpassade individuella stödåtgärder. Dessa är avsedda att skapa förutsättningar för de enskilda att utveckla sina förmågor för att så långt som möjligt uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och delaktighet i samhällslivet. Det handlar om att möjliggöra deltagande för personer som tillhör LSS personkrets. Särskilt viktigt att beakta – för den enskildes delaktighet i samhällslivet – är exempelvis möjligheten till kommunikation, rörelseträning, handledning i livsstilsfrågor och att möjliggöra deltagande i kultur- och fritidsaktiviteter.

Kommunikation

För den enskilde är det av vikt att skapa en fungerande kommunikation med omvärlden. Detta kan vara en avgörande förutsättning för goda levnadsvillkor och delaktighet i samhällslivet och dessutom för möjlighet till inflytande och självbestämmande kring olika åtgärder. Specialutformad kommunikationsträning eller specialutformade kommunikationsprogram, inläring av punktskrift, stöd från exempelvis talpedagog eller logoped och tillgång till alternativa sätt att kommunicera kan vara avgörande för förmågan att göra sig förstådd och för en del personer som tillhör LSS personkrets ett viktigt komplement till andra pedagogiska insatser. Tillgången till kognitiva hjälpmedel måste bevakas.

Rörelseträning

Individuellt anpassad rörelseträning via specialutformade träningsprogram, som kan öka möjligheten för många att röra sig ute i samhället, är en åtgärd som kan ingå i stödet om behoven ej tillgodoses på annat sätt. Att ge individuellt stöd för deltagande i gruppaktiviteter som vattenaktiviteter, ridning, gymnastik/rytmik, idrott och dans kan innebära både fysisk och mental stimulans och kan samtidigt ge sociala värden för den enskilde. Det kan också på olika sätt konkret skapa delaktighet genom att den enskilde får möjlighet till både fysisk träning och social samvaro – att leva som andra.

Frågor som rör livsstil mm

Information om rökning, alkohol, medicinering och andra livsstilsfrågor kan vara ett sätt att påverka den enskildes livssituation och därigenom underlätta delaktighet i samhällslivet. Detta är insatser som ligger i gränslandet till *kunskapsstöd*, men de kan även innehålla inslag av aktiviteter och utveckling. Detsamma gäller också andra hälsofrågor som kan ha samband med funktionshinder som till exempel individuellt anpassad friskvård och motion. Hit kan också räknas information, praktisk inlärning och träning i att hantera kost- och näringsfrågor.

Kultur och fritid

Med utgångspunkt i individens upplevda behov, förutsättningar, möjligheter och problem skall den enskilde ges stöd att utvecklas så att hon eller han så småningom på egen hand eller med ledsagare eller personlig assistent kan delta i kultur-, fritids- och andra samhällsaktiviteter enskilt eller i grupp. Kravet är inte att huvudmännen skall tillskapa eller tillhandahålla kultur- och fritidsaktiviteter utan att ge individuellt stöd för deltagande i befintliga aktiviteter som finns i samhället

6.3.4 Riktad uppföljning för bedömning av effekterna av alternativförslaget

Att de medicinska åtgärderna inom habilitering och rehabilitering enligt alternativförslaget inte kan ges som komplement inom särskilt personligt stöd kan medföra att helhetsperspektivet försämrats och att vissa delar i en åtgärdskedja inte prioriteras. Möjligheterna till samordning och samverkansvinster försvåras. Den enskilde kan

inte heller få dessa delar av stödet prövade i domstol och det kan bli svårt att bedöma om behoven totalt sett blir tillgodosedda för den enskilde.

Utvecklingen av habilitering och rehabilitering måste därför ske fortlöpande för att säkra dessa viktiga delar i kedjan av stödåtgärder. Betydelsen av en sådan utveckling har getts ökad tyngd genom riksdagens beslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Habilitering och rehabilitering ingår i prioritetsgrupp II och dessutom ingår vård av svåra kroniska sjukdomar och vård av människor med nedsatt autonomi i prioriteringsgrupp I.

De flesta huvudmännen arbetar med integrerade verksamheter där råd och stöd enligt LSS ingår som en mindre del i habiliterings- eller rehabiliteringsorganisationer. Det är därför särskilt intressant att följa upp hur det årliga statsbidraget till huvudmännen motsvarande 200 miljoner kronor kommer personer som tillhör LSS personkrets till del. Bidraget utgår sedan LSS infördes 1994 för att täcka de extrakostnader som huvudmännen bedömdes få med anledning av den utökade personkretsen (1 § 3 LSS). Statsbidraget tycks idag i stor utsträckning användas för kostnader inom habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter.

Alternativförslaget bygger på att habilitering och rehabilitering i framtiden fungerar så väl att personer som tillhör LSS personkrets får sina behov tillgodosedda. Hela kedjan av behövda åtgärder – även de medicinska – måste fungera.

Socialstyrelsen har som tillsynsmyndighet en viktig funktion att fylla genom att bevaka tillgängligheten till hälso- och sjukvården inklusive habilitering och rehabilitering.

Min uppfattning är att det finns brister vad avser habilitering och rehabilitering. Tillgänglighet och tillgång varierar över landet och mellan grupper av behövande. Därför menar jag att LSS fortfarande behövs som rättighetslag för människor med omfattande och varaktiga funktionshinder.

Jag anser därför att möjligheterna för såväl barn och ungdomar som vuxna att erhålla habilitering och rehabilitering skall följas upp genom en riktad uppföljning som beskriver effekterna av alternativförslaget. Jag föreslår därför att Socialstyrelsen ges i uppdrag att särskilt följa hur behoven av medicinska åtgärder inom habilitering och rehabilitering tillgodoses för personer som tillhör LSS personkrets.

6.4 Samordnarfunktion inom särskilt personligt stöd

Som jag tidigare påtalat finns det ett stort behov av samordning för många brukare inom LSS personkrets. Inte minst familjer med barn som har flera funktionshinder har behov av en mängd olika stöd-kontakter. Ibland tvingas föräldrar eller andra närstående ta på sig rollen att leta upp och samordna alla dessa kontakter utan att ha rimliga förutsättningar för uppgiften.

För att säkra kvalitet och kontinuitet i en sådan samordnarfunktion skall den enskilde ha möjlighet – om hon eller han så önskar – att få utsett en samordnare, en namngiven handläggare, inom insatsen särskilt personligt stöd. Samordnaren skall fungera som stöd för brukaren och närstående, att hitta rätt i utbudet av vård, omsorg och service. Samordnaren kan också förenkla kontakterna mellan olika stödpersoner och öka möjligheterna till kontinuitet i samarbetet med brukaren och närstående.

Uppdraget skall inte uppfattas som att den namngivna samordnaren personligen tar över ett verksamhetsansvar. Varje huvudman har självklart ett fortsatt övergripande ansvar, dels för att tillgodose att de behövda insatserna genomförs, dels för att skapa modeller som kan trygga kontaktmöjligheterna för den enskilde.

Samordnarfunktionen skall bidra till att skapa bättre och effektivare samordning av beslutade åtgärder, bli en tydlig kontakt och därigenom öka tillgänglighet och kontinuitet samt medverka till uppföljning och utvärdering. En effektiv samordning av olika insatser kan ge positiva effekter för den enskilde och medverka till att realisera målet om en helhetssyn utifrån individens förutsättningar och problem samt effektivisera stödinsatserna och därigenom minska kostnaderna för de olika huvudmännen.

Jag är medveten om de svårigheter som en sådan samordning kan medföra – inte minst när det gäller rollen som samordnare över organisations- och huvudmannaskapsgränser. Detta är svårigheter som brukarna ofta möter idag. Det är viktigt att slå fast att en framgångsrik samordning förutsätter ett öppet och nära samarbete med andra beslutsfattare – även hos andra huvudmän.

Även om det idag finns exempel på liknande arbetsmodeller, till exempel ärendansvarig handläggare, ser jag ett behov av kompetens- och metodutveckling när det gäller samordnarfunktionen och utvecklingen av samarbete över organisationsgränser. Detta återkommer jag till i kapitel 7, där frågor om kvalitetssäkring samt forskning och utveckling belyses.

6.5 Ekonomiska konsekvenser

Särskilt personligt stöd syftar till att tillförsäkra personer med omfattande och varaktiga funktionshinder kvalificerade insatser som skall medverka till goda levnadsvillkor och delaktighet för personer som tillhör LSS personkrets. Förutsättningarna att få stödet är att den enskilde tillhör LSS personkrets, ansöker om insatsen och att det finns behov som kan tillgodoses genom insatsen. Sambandet mellan insatsen och åtgärder som kan betecknas som habilitering eller rehabilitering har belysts. Förslag till förtydligande innebär att sådana åtgärder helt (huvudförslaget) eller delvis (alternativförslaget) skall kunna kompletteras inom insatsen om behoven ej tillgodoses på annat sätt, exempelvis inom HSL.

En beskrivning av de ekonomiska konsekvenserna av ett förtydligande av insatsen sker i tre led. I en samhällsekonomisk kalkyl måste utfallsalternativen först preciseras. Därefter skall samtliga resursupppoffringar identifieras och så långt det är möjligt värderas. Det första ledet innebär en identifikation av en ny resurs som kommer att utnyttjas eller en förändring i nyttjandegraden av en befintlig resurs. Ett andra led medför en kvantifiering av den identifierade resursen till exempel i antal timmar eller antal ärenden och slutligen om möjligt en prissättning av den kvantifierade resursen.

De ekonomiska konsekvenserna framkommer genom betraktande av två olika perspektiv. Det ena perspektivet utgörs av de *tillhandahållande parterna*. För att en ekonomisk konsekvens skall uppstå är avhängigt av om och i så fall hur de tillhandahållande parterna påverkas av förtydligandet av insatsen. Det andra perspektivet utgörs av *personkretsen*. Även här handlar det om och i så fall hur personer som tillhör LSS personkrets kommer att förändra nyttjandegrad och omfattning av stödet genom förtydligandet.

Tillhandhållna råd och stödinsatser – Experter

Inom särskilt personligt stöd skall på samma sätt som inom råd och stöd finnas tillgång till experter med särskild kunskap och kompetens om svåra funktionshinder och konsekvenserna för den enskilde av dessa funktionshinder. Förslagen till förtydligande innebär ingen förändring när det gäller denna ambitionsnivå. Det finns heller inga tecken som tyder på att någon kompetens saknas idag. Någon kostnad för kompetensförändring eller förnyelse

kommer inte att uppstå. Däremot kan krav på flexibilitet leda till behov av viss omDispositionering av dagens resurser.

Tillhandahållna råd och stödinsatser – Förtydligande

Som tidigare beskrivits har Socialstyrelsen konstaterat att en av orsakerna till minskningen av insatsen råd och stöd torde vara osäkerheten kring innehållet samt konsekvenserna av Regeringsrättens tolkning att habiliteringsinsatser inte kan betraktas som råd och stöd. Utredningens förslag till förtydligande bör sannolikt leda till en ökad användning av resurser vilket återspeglas nedan i ett par scenariobeskrivningar.

Tillhandahållna råd och stödinsatser – Namngiven samordnare

Samordning av insatser har lyfts fram som en central del i särskilt personligt stöd och förslaget innebär rätt till en namngiven samordnare inom insatsen. Samordning av insatser är redan idag en vanlig del i råd och stöd. Emellertid tycks behovet vara stort och i viss utsträckning icke uppfyllt. En välmotiverad kvantifiering är med ledning av tillgängliga uppgifter svår att göra. Ett behov av kompetens- och metodutveckling när det gäller samordnarfunktionen kan åtminstone delvis täckas av satsningar inom FoU-verksamhet som diskuteras i kapitel 7. På grund av svårigheten med att skatta omfattning av denna resurs redovisas ett par tänkbara scenarier med olika utfall som beskrivning av de ekonomiska konsekvenserna nedan.

Tillhandahållna råd och stödinsatser – Ökad informationsspridning

Tidigare har påpekats att tillgängligheten till särskilt personligt stöd måste göras enkel och att insatsen skall vara lätt att söka och väl känd. Brister i informationsspridningen kan vara en av orsakerna till att insatsen råd och stöd har minskat under senare år och det kan inte uteslutas att en ökad informationsspridning kan innebära en ökad kostnad. Det finns dock skillnader mellan olika huvudmän när det gäller informationsspridning och en uppkommen kostnadspost på grund av ökad informationsspridning bör därför

inte vara giltig för alla huvudmän varför en kvantifiering i detta läget är svår att uppskatta.

LSS personkrets – Antal

Antalet personer som nyttjat råd och stöd har minskat från 18 600 år 1999 till 11 700 i november 2003 vilket motsvarar en minskning med ca 37 %. Minskningen av råd och stöd skulle kunna bero på att behovet av stödinsatser tillgodoses på annat sätt till exempel genom en utvecklad habilitering och rehabilitering och/eller osäkerhet kring innehållet i råd och stöd samt konsekvenserna av Regeringsrättens tolkning att habiliteringsinsatser inte kan betraktas som råd och stöd. Erfarenheterna från utredningsarbetet och synpunkter från brukarorganisationer pekar snarare på att det finns behov som ej tillgodoses. En central frågeställning i konsekvensanalysen är huruvida behovet av råd och stödinsatser och/eller habiliteringsinsatser är tillfredsställt idag eller ej. I ekonomiska termer uttrycks detta i frågeställningen ”Existerar kostnaden för att tillfredsställa behovet idag eller kommer nya användare att innebära en ny kostnad?”

Om kostnaden existerar innebär förtydligandet inga extra kostnader men däremot uppstår frågan vem som bär kostnaden idag. Utredningen har visat att det finns flera huvudmän som har ambitionen att genom utveckling av habiliterings- och rehabiliteringsverksamhet tillhandahålla stödet till personer som tillhör LSS personkrets inom HSL och därigenom minimera behovet av stöd enligt LSS. Detta skulle vara det viktigaste skälet till att antalet beslut om råd och stöd enligt LSS har minskat så markant hos dessa huvudmän. Eftersom utredningens förslag till förtydligande rör habiliterings- och rehabiliteringsåtgärder skulle den verksamhetsförskjutning som redan skett från LSS till habilitering inom HSL i så fall innebära att kostnaden redan finns hos dessa huvudmän.

Statsbidrag

Landstingen ansvarar primärt för insatsen råd och stöd och får sedan 1994 ett statsbidrag om 200 miljoner kronor per år för de merkostnader som de beräknas få genom att LSS ger en större grupp rätt till råd och stöd än den tidigare omsorgslagen. Det finns

inga bestämmelser om att huvudmännen skall redovisa hur medlen används och därför föreligger stora svårigheter när en analys skall göras hur dessa medel har använts. Hos de flesta huvudmännen kan medlen inte särskiljas eftersom någon särredovisning inte kan presenteras. Ett skäl till detta är att huvudmännen arbetar integrerat med råd och stöd i habiliteringsverksamheter och dessutom har som ambition att i första hand erbjuda stödet som habilitering enligt HSL. I Socialstyrelsens kartläggning 1999 beräknades att 18 % av statsbidraget gick till råd och stöd och ca 60 % till habilitering. I utredningens enkätundersökning 2003 beräknades att 16 % av stödet gick till råd och stöd och 79 % till habilitering och rehabilitering. Den generella tendensen att statsbidraget till stor del används till habiliterings- och rehabiliteringsverksamhet innebär att även personer utanför LSS personkrets troligen har fått del av resursförstärkningen. Detta leder också till oklarheter om i vilken utsträckning resurserna tillgodoser behoven av insatser hos personer som tillhör LSS personkrets.

En avgörande faktor kring resurskalkylerande är hur ofta varje individ använder sig av råd och stöd i ett visst tidsperspektiv, dvs är användningen av engångskaraktär, är den sporadisk eller ständigt återkommande. Genom ett förtydligande av insatsen kommer sannolikt både nyttjandegrad och omfattning av stödet att förändras. Möjligheten att göra hållbara kalkyler försvåras då uppgifter om personkretsens exakta storlek och denna grupps behov av råd och stöd ej är kartlagt. Valet att göra ekonomiska scenariobeskrivningar får därför fungera som det bästa alternativet när verkligheten är osäker.

År 1999 beräknades att 18 % av statsbidraget, motsvarande 36 miljoner kronor, använts till råd och stöd och ca 60 % till habilitering. Vid utredningens enkätundersökning 2003 framkom att 16 %, motsvarande 32 miljoner kronor använts till råd och stöd. Trots att statsbidraget om 200 miljoner kronor var avsett att täcka merkostnader för den utökade personkretsen tycks det som om redovisade tal om 36 respektive 32 miljoner kronor avser använda medel för hela personkretsen. Uppgifter om att andra medel har tagits i anspråk för råd och stöd för hela personkretsen eller för "den-icke-utökade-personkretsen" finns ej kartlagda. Fortsatta ekonomiska resonemang tar därför sin utgångspunkt i det definierade statsbidraget. Nedanstående tabell redovisar två pondeerade utfall av förtydligandet av råd och stöd.

År	Antal personer med råd och stöd	Del av statsbidraget miljoner kr
1999	18 600	36,0 (18 %)
2003	11 700	32,0 (16 %)
Scenario I	24 000	65,6
Scenario II	40 000	109,4

Resursåtgången per individ har förändrats från 1 900 kr år 1999 till 2 700 kr år 2003. Vad denna resursutökning per person består i kan till exempel bero på ökad komplexitet i behov, färre personer som använder fler resurser under längre tid eller att redovisningsrutinerna ändrats. Hänsyn har ej tagits till penningvärdets förändring. I syfte att skapa en uppfattning om hur en efterfrågeökning påverkar resursåtgången har antagits att insatsen förändras proportionerligt med antalet personer som använder råd och stöd. Som utgångspunkt har använts senast kända tal, nämligen de från november 2003. Rimligheten i detta antagande kan diskuteras men får fungera som utgångspunkt till dess uppföljning av kostnader för insatsen är kartlagd. I scenario I har antagits att gruppen personer fördubblats jämfört med uppgifter från år 2003 och i scenario II beräknas gruppen avrundat ha fördubblats jämfört med år 1999. I samtliga beskrivningar uppgår kostnaden för insatsen till långt under statsbidraget om 200 miljoner kronor.

Vid LSS införande kalkylerades med att 100 000 personer skulle beviljas insatser och idag gör Socialstyrelsen en uppskattning att ca 55 000 personer har en beviljad insats. Antalet råd och stödinsatser har i det närmsta halverats sedan 1998. Ur finansiell synvinkel tycks förtydligandet av råd och stöd i hög grad innebära en omfördelning av redan öronmärkta medel, medel som idag till stor del används inom habilitering och rehabilitering. I kostnadsberäkningen har även gjorts några scenariobeskrivningar med antagandet att en viss efterfrågeökning kommer att ske. Under vissa givna antagande har dock visats att denna ökning ej kommer att leda till kostnader överstigande statsbidraget.

6.6 Sammanfattande slutsatser

Jag har vid flera tillfällen gett uttryck för min uppfattning att rättighetslagen LSS behövs i dagens samhälle. Personer med omfattande och varaktiga funktionshinder har även i en näraliggande

framtid ett behov av en lag som ger dem rätt till att få särskilda stödinsatser som komplement till andra vård- och omsorgslagar – främst SoL och HSL.

Särskilt personligt stöd ser jag som en övergripande och samordnande insats. Det personliga stödet kan för den enskilde spela en avgörande roll för att medverka till att skapa förutsättningar för goda levnadsvillkor och delaktighet i samhällslivet. Detta är för mig en mycket central del i en humanistisk samhällssyn. Personer med funktionshinder skall ges förutsättningar att leva som andra.

I *huvudförslaget* angående särskilt personligt stöd skall ingå kunskapsstöd och psykosocialt stöd. Dessutom skall ett särskilt kompletterande stöd ingå i insatsen.

Jag har valt att förtydliga insatsen genom att föreslå att denna rättighet till kompletterande stöd även skall gälla sådana åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och pedagogisk karaktär som kan anses ingå i habilitering och rehabilitering. Detta är enligt min bedömning det bästa sättet att säkra en heltäckande kedja av stödåtgärder för de personer som tillhör LSS personkrets. Det ger också bäst förutsättningar för en fortsatt utveckling av varierande stödåtgärder i samverkan mellan olika yrkeskompetenser.

Socialstyrelsens uppföljningar av hur samhällets habilitering och rehabilitering fungerar visar på brister inom en del specifika behovsområden och en ojämn fördelning över landet. Inte minst pekar uppföljningarna på svårigheterna att få en bild av läget på grund av bristande uppföljning och utvärdering hos huvudmännen.

Denna bristande överblick är enligt min mening särskilt oroande. När resurserna sviktar – för kortare eller längre tid – kan både medvetna och omedvetna prioriteringar negativt påverka resurserna för habilitering och rehabilitering. Det är i sådana situationer som jag anser att rättighetslagen LSS måste finnas för att säkra att resurser alltid avsätts till den grupp av personer som samhället genom lagen ansett vara i behov av särskilt stöd.

LSS kan också säkra att insatserna blir likvärdiga över hela landet.

Enligt min uppfattning finns det en likartad grundsyn när det gäller prioriteringar inom hälso- och sjukvårdslagen. Huvudmännens ansvar för habilitering och rehabilitering är tydliggjord och högprioriterad. Behoven skall sedan vara avgörande för hur insatserna prioriteras. Personer som tillhör LSS personkrets har genom ställningstagande i 1 § LSS bedömts ha sådana behov att de har rätt till ett särskilt stöd. Detta stöd skall utgöra ett komple-

ment till andra insatser och bör då enligt min bedömning även kunna inrymma habiliterings- och rehabiliteringsåtgärder.

Då huvudförslaget mött motstånd från Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har jag, som ett försök till kompromiss, presenterat ett *alternativförslag* till förtydligande av råd stöd. Grunden är även här kunskapsstöd och psykosocialt stöd. Istället för särskilt kompletterande stöd som ryms i huvudförslaget ingår i alternativförslaget särskilt aktivitets- och utvecklingsstöd. Detta förslag bygger på att tre delar inom habilitering och rehabilitering, psykologiska, sociala och pedagogiska åtgärder skall kunna ingå som komplement inom särskilt personligt stöd om behoven inte tillgodoses på annat sätt. Däremot skall inte de medicinska åtgärderna inom habilitering och rehabilitering kunna ges som komplettering inom insatsen särskilt personligt stöd. Alternativförslaget är därför kompletterat med fler beskrivningar av innehållet i insatsen. Jag har därigenom försökt att precisera vilket stöd den enskilde har rätt till enligt LSS.

Det finns uppenbara svårigheter att i detta sammanhang beskriva en heltäckande katalog av stödåtgärder. Vissa åtgärder kan bli förbisedda och därigenom få svårt att bli genomförda i det praktiska arbetet. Stödåtgärder som idag inte är kända, men som utvecklas i framtiden, kan självklart inte beskrivas i en uppräkningslista. Jag förutsätter därför att såväl huvudmän, tillsynsmyndigheter och domstolar är uppmärksamma på denna problematik och anpassar sin bedömning därefter.

I alternativförslaget kan de medicinska åtgärderna inom habilitering och rehabilitering inte bli föremål för överklagning. Detta är enligt min mening en klar försvagning av den enskildes möjlighet att få en andra, bedömning av sina behov och förslag till lösningar. Det kan också leda till en försämring av kvaliteten i insatsen både när det gäller tillgänglighet, innehåll och omfattning. För att i någon mån motverka en sådan utveckling har jag föreslagit en särskild uppföljning av effekterna av detta alternativa förslag.

Min ambition har även i alternativförslaget varit att ett förtydligande av insatsen 9 § 1 LSS skall ge den ett utvecklat och förbättrat innehåll. Jag ser annars en uppenbar risk att insatsen successivt urholkas och helt integreras i habilitering eller rehabilitering enligt HSL. Integreringen skulle kunna vara positiv om det samtidigt innebär att enskilda individers behov med säkerhet tillgodoses. Jag bedömer dock att en sådan utveckling inte sker inom överskådlig tid och det är därför viktigt att särskilt personligt stöd kan fungera

som det kompletterande stöd som var avsikten vid införandet av LSS.

7 Kvalitetssäkring av insatsen särskilt personligt stöd

Bedömning:

Förslaget till förtydligande av den nuvarande insatsen råd och stöd innebär en utveckling av insatsen som kan bidra till att öka kvaliteten i stödet till personer som tillhör LSS personkrets. Vissa delar i insatsen är särskilt angelägna att utveckla exempelvis samordningsprocesser. Den enskildes inflytande och självbestämmande är också kvalitetskriterier som bör kunna utvecklas.

Regional FoU-verksamhet kan vara ett sätt att utveckla kvalitativa metoder och uppföljningsinstrument i nära samarbete med brukarföreträdare och personal. Detta har hittills främst skett inom socialtjänstens och äldreomsorgens områden.

Jag anser det angeläget att även stimulera ett motsvarande arbete med inriktning mot LSS och då i första hand för att utveckla innehåll och arbetssätt inom den föreslagna insatsen särskilt personligt stöd enligt 9 § 1 LSS.

Förslag:

Medel motsvarande fem miljoner kronor per år under fem år fördelas regionalt för att stimulera en utveckling av FoU-verksamhet i syfte att utveckla innehåll, metoder och kompetens inom insatsen särskilt personligt stöd. Socialstyrelsen föreslås bli ansvarig myndighet att fördela medel.

7.1 Att definiera och säkra en kvalitetsnivå i en stödsats

I LSS finns beskrivningar av kvalitet bland annat i 7 § där det anges kvalitetsnivåer på de insatser som skall tillhandahållas. Den enskilde skall tillförsäkras goda levnadsvillkor och insatserna skall stärka den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv. Insatserna

skall vara varaktiga och samordnade och anpassas efter individuella behov.

Begreppet goda levnadsvillkor är svårt att nivåbestämma. Brukarens upplevelse är den viktigaste utgångspunkten, men även de professionella handläggarnas bedömning och samhällets allmänna värderingar måste vägas in. Ett sätt att säkra kvalitet inom insatsen råd och stöd är att värna och utveckla rätten att överklaga. Den enskilde kan då få sin sak prövad i domstol.

Inom socialtjänsten kan begreppet skälig levnadsnivå definieras genom ett samspel mellan klinternas/brukarnas önskemål, handläggarnas professionella biståndsbedömningar och – i vissa fall – domstolarnas avvägning. Genom detta samspel har successivt en allmän kvalitetsnivå kommit att gälla över hela landet. På motsvarande sätt borde LSS mål om goda levnadsvillkor kunna definieras. Kvalitetsnivån i insatsen särskilt personligt stöd kan säkras och bli likvärdig över hela landet.

Huvudförslaget om innehållet i särskilt personligt stöd innebär att habilitering och rehabilitering skall kunna ingå som komplement i insatsen. Då kan hela kedjan av stödinsatser bedömas och värderas i ett sammanhang och utifrån ett helhetsperspektiv. Brukaren tillförsäkras rätten att få sina önskemål värderade och vägda mot handläggarnas bedömning. Domstolarnas ställningstagande kan ligga till grund för framtida nivåbedömningar inom 9 § 1 LSS.

7.2 Kvalitetsbestämmelser inom verksamheter enligt LSS

Rätt till prövning av beslut exempelvis genom att överklaga till domstol kan vara ett sätt att definiera en kvalitetsnivå. Det är dock en defensiv metod och den sätter inte kvalitetsutveckling i fokus. Ett mer direkt sätt att utveckla och säkra kvalitet är att skapa tvingande regler som slår fast att kvalitetsarbete skall bedrivas inom en verksamhet.

Socialdepartementet konstaterar i en PM från 20031201 att det saknas vissa bestämmelser om kvalitet, dokumentation och anmälningsplikt vid missförhållanden i LSS. Departementet föreslår därför att det – på motsvarande sätt som i SoL – skrivs in en bestämmelse i LSS att verksamheten skall vara av god kvalitet och att kvaliteten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras.

Som bakgrund till förslaget hänvisar Socialdepartementet bland annat till skrivningar i propositionen Stöd och service till vissa funktionshindrade (prop.1992/93:159). Här står det att socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser inte alltid räcker till för att skapa levnadsförhållande som är jämförbara med andra människors. Kompetens, resurser och ambitioner på handikappområdet varierar mellan kommuner och lokala nämnder. De flesta personer med omfattande funktionshinder har ett kontinuerligt behov av individuellt anpassade lösningar för att det dagliga livet skall fungera. Både funktionshindret och omständigheterna i övrigt leder ofta till att de har svårt att hävda sina intressen gentemot offentliga organ.

Socialdepartementet gör sedan en jämförelse med SoL där det 1998 infördes en bestämmelse som föreskriver att insatser inom socialtjänstlagen skall vara av god kvalitet. Genom att införa en kvalitetsregel i LSS, motsvarande den som finns i SoL, anser Socialdepartementet att det skapas tydligare förutsättningar för kommuner och andra utförare att arbeta med kvalitetsfrågor inom all vård, omsorg, service och stöd som tillhandahålls personer med funktionshinder.

Socialdepartementet konstaterar att kvalitet är ett svårfångat begrepp och god kvalitet är svårt att fastställa på ett entydigt och objektivt sätt. Människors olika behov och förväntningar påverkar deras uppfattning om vad som är god kvalitet. Kvalitet kan ses ur brukarens synvinkel, men även bedömas ur ett personal-, lednings- och medborgarperspektiv. För att uppnå god kvalitet krävs enligt Socialdepartementet att flera förutsättningar är uppfyllda såsom rättsäkerhet, medinflytande för den enskilde och en lätt tillgänglig service. En väl fungerande arbetsledning och en lämplig sammansättning av ett arbetslag är andra faktorer som kan skapa förutsättningar för god kvalitet.

7.3 Forskning och utveckling (FoU) inom LSS och särskilt personligt stöd

Kvalitet inom vård och omsorg kan också utvecklas genom olika aktiviteter vid regionala FoU-verksamheter. Detta har sedan länge skett med framgång när det gäller FoU inom individ- och familjeomsorg och äldreomsorg. Behovet av forskning och utveckling för att förbättra kvaliteten när det gäller samhällets insatser till perso-

ner med funktionshinder påtalas i några aktuella dokument enligt nedan.

7.3.1 Socialstyrelsens lägesrapporter, Handikappomsorg 2002 och 2003

I sin lägesrapport 2002 skriver Socialstyrelsen att det är viktigt att uppmärksamma den klyfta som uppstått mellan funktionshindrade personers rättmätiga förväntningar och den verklighet de möter när de kommer i kontakt med myndigheter, sjukvård, skola, barnomsorg etc.

Socialstyrelsen anser att det är viktigt med forskning på området och konstaterar att forskarstrukturerna är svagt utvecklade inom handikappområdet.

Socialstyrelsen lyfter fram individuell plan och individuell planering som ett sätt att stärka den enskildes inflytande och självbestämmande. Forsknings- och utvecklingsinsatser behöver inriktas på konsekvenserna av en förändrad maktbalans mellan brukare och professionella.

Det är viktigt att samverka med brukarna i utvärdering och kvalitetsutveckling och Socialstyrelsen pekar på erfarenheterna från varianter av brukarrevisioner, exempelvis BUKU (Brukarstyrd utvärdering och kvalitetsutveckling) och BIKVA (brukardeltagande i kvalitetsutvärdering).

Socialstyrelsen har under några år arbetat för att stödja uppbyggnad och utveckling av lokala och regionala strukturer för att bidra till kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Det har rört sig om planerings- och etableringsbidrag för FoU-enheter inom individ- och familjeomsorg, IFO, och äldreområdet. Däremot har inget stöd lämnats till forskning om funktionshinder. Det faktum att stödet för kunskapsutveckling fortfarande är ojämnt fördelat över socialtjänstens olika delområden talar för att Socialstyrelsen även i framtiden bör ha en aktiv och samordnande roll.

I sin senaste lägesrapport om Handikappomsorg 2003 pekar Socialstyrelsen på behovet av kunskapsutveckling och menar att det behövs bättre kunskap om personer med funktionshinder och om välfärdssystemet – särskilt om vad insatser leder till för den enskilde. Socialstyrelsen understryker att handikappkunskap ger bättre handikappomsorg och anser att kommuner och andra huvudmän behöver bli bättre på att poängtera det specifika med att

arbeta med människor med funktionshinder. Det finns idag en risk att denna verksamhet i alltför hög grad präglas av äldreomsorgen.

När huvudmännen tillsammans analyserar sina insatser, eller brister på sådana, uppstår en annan kunskap som bl.a. handlar om samverkansformer och ekonomiska konsekvenser. Utifrån sådan kunskap kan de bygga upp system, där gränsöverskridande arbete utvecklas till förmån för både individen och samhället.

Vidare skriver Socialstyrelsen att personalförsörjningen inom handikappomsorgen kommer att sättas på svåra prov framöver. Att ge personal ökade möjligheter till kontinuerlig handledning och fortbildning skulle sannolikt både minska personalomsättningen och innebära en kvalitetsutveckling.

Socialstyrelsen understryker vikten av en egen kunskapsutveckling inom handikappomsorgen som är skild från exempelvis äldreomsorgens. Insatser för personer med funktionshinder måste utformas utifrån denna grupps specifika förutsättningar. Personalen behöver särskild kompetens inom området funktionshinder för att känna en yrkesmässig hemvist. Personalen behöver också medverka i en utveckling av det egna arbetet.

7.3.2 En forskningsstrategi för kommuner och landsting

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har nyligen utarbetat en forskningsstrategi som förbundens styrelser antog den 7 november 2003. I denna slås det fast att samspelet mellan forskning och praktik är ett viktigt forskningsfält. Det är en stor utmaning att omsätta forskningsbaserad kunskap i praktik.

Staten har genom ekonomiska bidrag aktivt medverkat till en etablering av nya FoU-enheter inom äldreområdet och individ- och familjeomsorgsområdet. De bidrar genom sitt arbete till en positiv utveckling av kommunerna och landstingens vård och omsorg.

I strategin hänvisas till att Socialstyrelsen nyligen följt upp FoU-enheterna inom äldreområdet och konstaterar att resurserna är knappa, anställningsvillkoren otrygga och långtidsplaneringen försumbar. Däremot är trivseln hög, resultaten imponerande och spridningen av FoU-resultaten föredömlig. Det visar sig att yrkesverksamma i hög utsträckning tagit till sig resultaten och säger sig använda dem i sitt dagliga arbete.

Några mål som presenteras i förbundens forskningsstrategi är:

- Att identifiera och lyfta fram ett antal viktiga sektorsövergripande frågor som är relevanta för forsknings- och utvecklingsarbete
- Att belysa forskningens betydelse för förbättrings- och förnyelsearbetet i kommuner och landsting

Ett sätt att uppnå målen är att stimulera framväxten av regionala sektorsövergripande forskningsorganisationer. Inriktningen skall vara mot både kommunala och landstingskommunala frågor och involvera kommuner i samverkan, landsting och forskningsinstitutioner.

Ansvarfördelning med delområdena samverkan och gränssnitt är ett av de sektorsövergripande forskningsområdena som lyfts fram. Samarbete mellan myndigheter är svårt – idag precis som tidigare – och ett avsnitt tar upp behovet av fördjupad samverkan inom vården. Här finns ett tydligt behov att utveckla former för samverkan mellan myndigheter och huvudmän, mellan olika yrkeskategorier inom myndigheterna och med andra delar av samhället till exempel näringsliv och frivilligorganisationer.

Personer som tillhör målgrupperna inom vård och omsorg har ofta komplexa behov där det behövs insatser från yrkesgrupper med olika kompetenser. Det handlar om att utnyttja gemensamma resurser på bästa sätt. Människor skall inte ”falla mellan stolarna” eller ”bollas” mellan olika aktörer. Genom samverkan mellan olika yrkeskategorier, olika sektorer och mellan forskningsdiscipliner kan nya behovsoråden för forskning och utveckling upptäckas.

7.4 Socialstyrelsens kartläggning och uppföljning

Två rapporter som beskriver hur FoU-verksamhet kan bidra till att utveckla kvaliteten inom olika verksamheter har tagits fram av Socialstyrelsen. *Lika men ändå olika – en empirisk utforskande studie av FoU-enheter inom socialt arbete*, Socialstyrelserapport 2000:10.

Rapporten bygger på studier under åren 1998–99 av ett strategiskt urval av tio FoU-enheter som har vuxit fram utanför de akademiska strukturerna och som har en inriktning mot socialt arbete i vid mening. Mats Ekermo, som skrivit rapporten, konstaterar att FoU-enheter inom socialt arbete, med några få undantag, är ett ungt fenomen, som först under mitten på 90-talet

expanderat och fått en spridning bl.a. tack vare etablerings- och projektstöd från Socialstyrelsen.

Enligt rapporten kan FoU-enheterna ha olika motiv och krav. Motiv kan komma inifrån/uppifrån och handla om knappa resurser och ekonomiska besparingar som medför krav på en ändamålsenlig och effektivt bedriven verksamhet. Motiv kan komma utifrån/uppifrån och vara kopplade till förändrad lagstiftning och socialpolitiska reformer och medföra att kommunerna får nya arbetsuppgifter och krav på sig att verksamheter skall vara av ”god kvalitet”.

Motiv som kommer inifrån/nerifrån kan handla om att anställda behöver utveckla sitt yrkeskunnande för att göra ett bra jobb och att verksamheter skall kunna behålla och rekrytera kompetent personal. Motiv utifrån/nerifrån handlar om att man i socialt arbete konfronteras med nya klientgrupper och komplexa sociala problem som kräver nya lösningar.

FoU-enheterna uppvisar en projektverksamhet som har en hög grad av verksamhets- och sektorsanknytning. Man ägnar sig bland annat åt resultatuppföljning och metod- och kompetensutveckling av personalgrupper. Ett stort antal projekt har sektorsövergripande karaktär i den meningen att de omfattar samverkan mellan olika myndigheter och aktörer.

Föreståndarna vid FoU-enheterna ger i rapporten exempel på innehåll i projekt som illustrerar FoU-enheternas verksamhet och profil:

- Att ta fram och sprida nyttig och funktionell kunskap
- Att utveckla ny förståelse och nya perspektiv
- Att bygga upp en expertkunskap
- Att ta ställning för enskilda grupper
- Att synliggöra erfarenhetsbaserade kunskaper
- Att ge handledning och konsultation
- Att integrera olika kunskaper i en kunskapsutveckling

Socialstyrelsen lämnade 2003-05-30 en rapport till regeringen *Uppföljning av FoU-centra inom äldreområdet (73-281/2002)*. Av rapporten framgår att Socialstyrelsen under 2003–2004 fördelat 47,5 miljoner kronor som stimulansbidrag till 18 FoU-center på äldreområdet.

En första uppföljning visar att FoU-centren är på god väg i sin etablering: 14 center med viss FoU-tradition bedriver FoU-arbete

utifrån äldres behov och med inriktningen att främja personalens lärande i arbetet.

Nya samverkansformer mellan huvudmännen har utvecklats och kontakterna med högskolan har fördjupats och konkretiserats. FoU-centren utvecklas därmed sannolikt till den länk mellan den praktiska vården/omsorgen och universitet/högskola som eftersträvas. Organiserat brukarinflytande är dock blygsamt förekommande men på detta område redovisar FoU-centrena konkreta utvecklingsambitioner.

De gängse metoderna för att förmedla och sprida FoU-resultat är genom *FoU-rapporter och FoU-meddelanden, föreläsningar, seminarier, utbildningar och konferenser*.

Genom att FoU-centren är lokalt och regionalt förankrade sprids kunskap, erfarenhet och FoU-resultat genom den mångfald *personliga kontakter* och *informella möten* som äger rum mellan FoU-medarbetare, vård- och omsorgspersonal och brukare.

Ett av flera utvecklingsområden som nämns är samverkan mellan kommuner och landsting, där flera FoU-center planerar en mål-inriktad samverkan med bland annat den psykiatriska verksamhet som bedrivs av sjukvårdshuvudmannen.

7.5 Finansiellt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten

Socialstyrelsen och Svenska Kommunförbundet har i en gemensam skrivelse till regeringen 2004-04-28 tagit upp frågan angående fortsatt finansiellt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten.

Sedan mitten av 90-talet har ett 30-tal lokala och regionala FoU-enheter tillkommit i landet. Staten har under åren bidragit med stimulansmedel för deras tillkomst om sammanlagt 144,5 miljoner kronor.

Målet att åstadkomma en kunskapsbaserad socialtjänst kräver insatser och förändring inom många olika sektorer. Arbetet måste bedrivas i bred samverkan med företrädare för praktik, forskning, utbildning, brukare och huvudmän.

Svenska Kommunförbundet och Socialstyrelsen förslår nu bland annat att 45 miljoner kronor årligen avsätts för strategiska insatser som stimulerar och underlättar en angelägen och önskvärd utveckling av en kunskapsbaserad socialtjänst.

Några av de användningsområden som anges är:

- riktade stöd till lokala/regionala strukturer för integrering av forskning, utbildning och praktik
- nationella satsningar på prövning och/eller genomförande av lovande arbetssätt och arbetsmetoder
- insatser för att stödja lokal kvalitetsutveckling, till exempel genom olika former av bench–marking och kvalitetsbokslut
- försöksverksamheter i syfte att inhämta kunskaper inför övervägande om eventuella reformer eller ändrad lagstiftning
- riktade strategiska utbildningsinsatser
- informationsförsörjning och spridning av nya kunskaper

7.6 Intresseföreningen för FoU-enheter inom välfärdsområdet

År 2001 bildades Intresseföreningen för FoU-enheter inom välfärdsområdet; FoU Välfärd. Målet var att skapa en obyråkratisk förening som bland annat skulle stimulera nätverksbyggande och i den allmänna debatten framföra erfarenheter från FoU-verksamhet och vara samtalspartner för statliga organ.

Föreningen konstaterar att det inte finns någon egentlig definition av FoU, men att man i en kartläggning inom föreningen fått fram ett antal nyckelord; *Dialog, mötesplats, reflektion, praktisknära, samverkan och kunskap*.

Vidare menar föreningen att FoU ska bidra till att höja personalens kompetens och bidra till en systematisk metod- och kunskapsutveckling och göra forskningen tillgänglig för praktiker. FoU ska stimulera och initiera forskning och lyfta fram erfarenhetskunskapen. FoU ska tjäna som kunskapscentrum och utgöra en resurs för utvärdering och utveckling, medverka i införandet av en ”reflektions – och kunskapskultur”.

Föreningen skriver att samverkansområdet är särskilt intressant och många FoU-enheter beskriver sin roll som underlättare av samarbete. Det kan gälla samverkan mellan huvudmännen – landsting och kommun. Det handlar också om samverkan mellan olika professioner. En enhet talar om ”helheter som ofta inte motsvaras av dagens ansvarområden” och ser som en av sina uppgifter att verka för helhetssyn och ett genomarbetat perspektiv. ”Det är i gränslandet mellan organisationerna där den enskilde kan komma i kläm som vi skall finnas.”

Föreningens medlemsunderlag består av FoU-enheter med inriktning mot individ- och familjeomsorg och äldre- och handikappomsorg. Huvuddelen arbetar med IFO och äldreomsorg. Först på senare år har en liten andel av verksamheterna börjat arbeta mer specifikt med handikappfrågor. Denna utveckling går trögt och ambitionen att inom föreningen bilda ett nätverk för FoU-enheter med särskild inriktning mot handikappfrågor har ännu inte kunnat realiserats.

7.7 Överväganden och bedömning

Det är angeläget att utveckla kvalitetsarbetet inom verksamheter som arbetar med insatser till personer med funktionshinder. Enligt min bedömning är stödet till kvalitetsutveckling avseende insatser enligt LSS eftersatt. Detta arbete bör därför stimuleras på olika sätt.

Mina förslag om ett förtydligande av råd och stöd – särskilt personligt stöd – skapar enligt min bedömning ökade förutsättningar för goda levnadsvillkor.

Vidare är rätten till bedömning i domstol en möjlighet att definiera en kvalitetsnivå inom särskilt personligt stöd som kan bli giltig i hela landet.

Socialdepartementets förslag om att införa en särskild kvalitetsparagraf i LSS skapar tydligare förutsättningar för kommuner, landsting och andra utförare att arbeta med kvalitetsfrågor inom all vård, omsorg, service och stöd till personer med funktionshinder.

I samband med förslagen om förtydligande av 9 § 1 LSS ser jag det särskilt viktigt att stimulera forskning och utveckling av arbetsätt inom insatsen särskilt personligt stöd. Samordning och samarbete är centrala delar i denna insats och lokala forsknings- och utvecklingsprojekt kan aktivt medverka till att förbättra bland annat det gränsöverskridande samarbetet mellan landsting och kommuner utifrån brukarnas behov.

Det är också viktigt att utveckla modeller för arbetet kring brukarstyrd planering med individuell plan. I detta sammanhang vill jag också peka på behovet av att utveckla kunskap kring den delvis nya uppgift som förslaget om namngiven samordnare inom insatsen särskilt personligt stöd innebär.

En del i arbetet med att utveckla kvalitet i särskilt personligt stöd är att stimulera en vardagsnära och praktiskt inriktad forskning kring arbetssätt, metoder, resultat, nytta och personalkompetens.

LSS skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Insatserna skall utformas så att de stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt och oberoende liv. Medinflytande, personlig integritet och självbestämmande är viktiga begrepp. Jag anser att olika modeller för kundupplevd kvalitet, med betoning på bemötande, självbestämmande och integritet kan utvecklas inom ramen för regionala/lokala FoU-satsningar. Här kan man i praktisk samverkan mellan brukare, brukarorganisationer och personal utveckla arbetssätt som innehåller dessa kvalitetsmål.

Socialstyrelsen har påtalat behovet av personalutveckling och de understryker vikten av att stärka den särskilda kompetens som behövs inom handikappomsorgen bland annat för att skapa en känsla av yrkesmässig hemvist. Även på detta område menar jag att regional/lokal FoU-verksamhet har goda förutsättningar att bidra till kvalitetsutveckling. Genom att de är lokalt förankrade har de möjlighet att ta tillvara personalens kunskap för att utveckla det egna arbetet. Genom mångfald i personliga kontakter och informella möten kan de skapa mötesplatser för dialog och reflektion där olika praktisknära och erfarenhetsbaserad kunskap kan integreras i en gemensam kunskapsutveckling.

Jag anser i likhet med Socialstyrelsen att en viktig del i kvaliteten i en verksamhet är att man använder sig av ett genomtänkt arbetssätt, vilket förutsätter en professionell utvärdering. Insatsen särskilt personligt stöd enligt 9 § 1 LSS behöver kontinuerligt kvalitetsutvecklas när det gäller mål, innehåll, resultat, organisation och arbetsprocesser.

Flera av de ovan nämnda utvecklingsområdena ligger i linje med huvudmännens förslag om regional, sektorsövergripande försöksverksamhet där man bland annat pekar på områden som samverkan, gränssnitt, demokrati och fördjupat samarbete inom vården.

Det är viktigt att även forskning avseende handikappolitik och utvecklingsfrågor inom LSS tas med i de överväganden om långsiktigt stöd till kunskapsutveckling som kommer att göras i framtiden.

FoU-enheter inom socialtjänst och äldreomsorg har utvecklats med stöd av statliga stimulansbidrag. Jag anser att det är angeläget att på motsvarande sätt stimulera utveckling av FoU-projekt riktade till LSS målgrupper och personal verksam inom handikappområdet. Min bedömning är att detta ökar förutsättningarna för att bedöma insatser och utveckla kvaliteten för brukaren. Det kan också stärka den yrkestillhörighet för personal som Socialstyrelsen

efterlyst i lägesrapporten om handikappomsorg 2003 och motverka tendenserna till en – i detta sammanhang – mindre önskvärd koppling till äldreomsorgen. Det innebär också en möjlighet till fler karriärvägar inom området och därigenom ökade möjligheter att rekrytera personal.

7.8 Förslag

Medel motsvarande fem miljoner kronor per år under fem år fördelas regionalt för att stimulera utveckling av FoU-verksamhet i syfte att utveckla innehåll, metoder och kompetens inom insatsen särskilt personligt stöd enligt 9 § 1 LSS. Socialstyrelsen förslås bli ansvarig myndighet att fördela medel.

7.9 Ekonomiska konsekvenser

Under utredningsarbetet har framkommit att stora delar av det årliga statsbidrag till huvudmännen motsvarande 200 miljoner kronor som är avsett att täcka kostnader för råd och stöd p.g.a. den utökade personkretsen enligt LSS idag används av huvudmännen till andra verksamheter. Enligt min mening bör detta statsbidrag omfördelas. Jag anser det väl motiverat att använda en del av dessa 200 miljoner kronor för att stimulera FoU-verksamhet för utveckling av insatsen särskilt personligt stöd enligt LSS. En utveckling av insatsen gör den mer tillgänglig och anpassad och bedöms gynna den ursprungliga målgruppen för statsbidraget – inte minst personer med psykiska funktionshinder ur tredje personkretsen. Jag föreslår därför att nuvarande statsbidrag omfördelas så att fem miljoner kronor årligen i fem år kan avsättas för att stimulera FoU-verksamhet som beskrivits ovan.

8 Individuell plan enligt 10 § LSS

Bedömning:

Socialstyrelsen har i sin uppföljning av individuell plan 2003 konstaterat att individuell plan enligt LSS inte slagit igenom på det sätt som lagstiftaren förväntat. Endast drygt 6% av brukarna har individuell plan och Socialstyrelsen menar att betydligt fler personer med LSS – insatser skulle få nytta av en individuell plan om de kände till möjligheten och om planen upprättades på deras villkor.

Under utredningsarbetet med att förtydliga råd och stöd har det framkommit att individuell plan används i alltför liten omfattning bland annat beroende på bristfällig information och kunskap hos både brukare och personal. Både handläggare och huvudmän ser ett tydligt samband mellan planen och delar i särskilt personligt stöd och anser att planen kan utvecklas som ett instrument för planering och uppföljning.

Brukarrepresentanter understryker att planen kan stödja den enskildes möjligheter att planera och styra sitt liv och att individuell plan enligt LSS ger bättre möjligheter till inflytande och självbestämmande än andra liknade planer. Det är angeläget att öka användandet av individuell plan och därför bör huvudmännens ansvar utvecklas.

Förslag:

I samband med att insats enligt LSS beviljas skall den enskilde erbjudas att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom eller henne. I planen skall även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen skall fortlöpande och minst en gång om året följas upp, utvärderas och omprövas. Om den enskilde lämnar samtycke, skall landstinget och kommunen underrätta varandra om innehållet i upprättade planer.

8.1 Inledning

Sambandet mellan råd och stöd enligt 9 § 1 LSS och individuell plan enligt 10 § LSS är tydligt. I arbetet med att förtydliga insatsen 9 § 1 LSS har detta lyfts fram i olika sammanhang. Vissa delar i insatsen till exempel individuellt anpassad information, planering, samordning och uppföljning har ett självklart samband med en individuell plan. Det är därför rimligt att ett förtydligande av insatsen 9 § 1 LSS också belyser den funktion som individuell plan enligt 10 § LSS har i detta sammanhang.

8.2 Gällande bestämmelser

Bestämmelsen om individuell plan i 10 § LSS har funnits oförändrad i LSS sedan lagen trädde i kraft 1994-01-01. Regeln har följande lydelse:

I samband med att insats enligt denna lag beviljas kan den enskilde begära att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom. I planen skall även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen skall fortlöpa och minst en gång om året omprövas.

Landstinget och kommunen skall underrätta varandra om upprättade planer.

I propositionen (prop. 1992/93:159 Bilaga 1 s. 96–98) beskrevs individuell plan på följande sätt:

För egen del anser jag att den enskilde skall ha rätt att få en individuell plan som beskriver beslutade och planerade insatser. Därigenom kan den enskilde ges ett inflytande över de åtgärder som planeras och få en överblick över när olika insatser skall komma i fråga. Planen bör utgå från den enskildes egna mål, intressen och önskemål. Den bör omfatta olika behov som kan tillgodoses genom insatser från flera kompetensområden. Jag anser vidare att planen bör utformas så att den ger möjlighet till uppföljning och förändringar och att den skall omprövas fortlöpa.

I specialmotiveringen (prop. 1992/93:159 Bilaga 1 s. 182–183) förutsattes att planernas upprättande skulle ske i administrativt enkla former.

8.3 Praktisk tillämpning av individuell plan

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har under åren 2000–2002 genomfört ett utvecklings- och informationsprojekt, *Individuell plan på den enskildes villkor*. Resultatet bekräftar uppfattningen att planen är ett bra instrument för ökat inflytande och självbestämmande för brukaren, för delat samordningsansvar, för att driva förändring och problemlösning och för att planera framåt. Trots detta hade endast cirka 5% av brukarna en individuell plan år 2002.

Socialstyrelsen har år 2003 följt upp utvecklingen och konstaterar att andelen brukare med individuell plan endast ökat marginellt, till 6,5%. I en lägesbeskrivning i september 2003 skriver Socialstyrelsen att individuell plan enligt LSS inte slagit igenom på det sätt som lagstiftaren förväntat. Undersökningen ger inte något heltäckande svar på frågan varför så få personer har individuell plan.

De tillfrågade kommunerna anger som skäl att det finns många andra planer och att individuell plan därför inte efterfrågas. Några uppgiftslämnare menar att när allt fungerar behövs ingen plan. Planen efterfrågas först när det uppstår problem. Kommunerna pekar också på att handläggarna tvingas prioritera andra arbetsuppgifter och att organisationsförändringar och personalbyten påverkat antalet planer negativt. Det senare menar Socialstyrelsen är anmärkningsvärt, eftersom individuell plan i någon mån skulle kunna kompensera bristande kontinuitet. Socialstyrelsen skriver vidare att information är avgörande för att utveckla individuell plan som ett verktyg. Informationen måste ges kontinuerligt och i alla sammanhang där man tar upp insatser för stöd och service till enskilda. Av vissa kommentarer i enkätsvaren drar Socialstyrelsen slutsatsen att lagtexten tolkas mycket bokstavligt, det vill säga den enskilde skall själv begära en plan.

Resultatet av undersökningen visar att det är alltför få personer som har en individuell plan enligt LSS. Betydligt fler personer med LSS-insatser skulle kunna få nytta och glädje av en plan om de kände till möjligheten att begära en sådan och om den upprättades på deras villkor. Däremot anser Socialstyrelsen inte att det är självklart eller ens eftersträvansvärt att alla med LSS-insatser skall ha en plan vid varje tillfälle. Med en obligatorisk individuell plan är risken betydande att individens behov och önskemål inte kommer i cent-

rum och att planen till och med kan motverka syftet att öka inflytande och självbestämmande.

Utredningens dialogkonferenser

Användandet av individuell plan belystes under de dialogkonferenser som utredningen anordnade under hösten 2002. Många arbetsgrupper konstaterade att individuell plan används i alltför liten omfattning. En anledning till detta är att information och kunskap om planen ofta är bristfällig – både hos brukare och hos handläggare. Det är ibland svårt för brukaren att veta vart man skall vända sig. Andra skäl som arbetsgrupperna framförde var att handläggare ofta är pressade av andra arbetsuppgifter och det kan vara oklart vem som har ansvaret att hjälpa brukaren. En arbetsgrupp beskriver ett plankaos där planerna ofta lever sina egna liv. Det görs många andra planer utifrån professionens och verksamhetens behov. Individuell plan upplevs ibland som krånglig och byråkratiserad, vilket leder till att man undviker att ”marknadsföra” planen.

Konferensdeltagarnas uppfattningar om individuell plan är genomgående positiva. En plan som utgår från individen är viktig genom att den skapar möjlighet för brukaren att styra sina utvecklingsmöjligheter. En övergripande plan underlättar för den enskilde att få överblick i pågående och framtida processer. I en individuell plan kan man sammanställa mål för individen, hur och vem som skall bistå den enskilde och vem som skall ansvara för genomförandet. Utvärdering och uppföljning tillhör också processen kring individuell plan. Planen är särskilt viktig när många verksamheter är berörda och ansvaret för olika åtgärder är delat. Alla inblandade kan då tydligt se sitt uppdrag i planen. När den enskilde brukaren är inne i olika skeden av förändringar i sitt liv, kan individuell plan ge stadga och kontinuitet i förändringsarbetet.

Sambandet mellan individuell plan och insatsen råd och stöd, 9 § 1 LSS, ansåg många brukare och handläggare borde kunna utvecklas. Insatserna ligger nära varandra. Råd och stöd innehåller många delar – information, planering, samordning och uppföljning – där individuell plan kan vara ett viktigt arbetsredskap.

En arbetsgrupp beskrev ett exempel från Varbergs kommun, som har ansvar för råd och stöd till personkrets 1 och 2. Där används individuell plan systematiskt i flertalet ärende. En kurator håller i ett stort antal individuella planer. Dessa medverkar till att

skapa ett konkret innehåll i råd och stöd – att arbeta för att förverkliga de insatser som är upptagna i planen. Brukaren kan, via råd och stöd, välja individuell plan framför habiliteringsplan eller andra professionella planer bl. a. därför att den enskildes inflytande över den individuella planen är tydligare. Individuell plan kan sedan fungera som en brygga mellan råd och stöd och andra verksamheter som ger stödinsatser till brukaren.

Utredningens enkätundersökning

I den enkätundersökning som utredningen genomförde i början av år 2003 har en stor majoritet av huvudmännen, landsting och kommuner, svarat att individuell plan används i begränsad omfattning. Av landstingen uppger 80 % att individuell plan används sällan. Av de fåtaliga kommunala huvudmännen med ansvar för råd och stöd uppger 90 % att planen används sällan.

En klar majoritet av huvudmännen menar att sambandet mellan individuell plan och råd och stöd kan utvecklas. Många huvudmän ser individuell plan som ett instrument för planering och samordning kopplat till rådgivning och annat personligt stöd enligt 9 § 1 LSS. Några föreslår att individuell plan görs obligatorisk och blir en ersättning eller komplement till andra planer som görs kring brukaren.

I flera av huvudmännens styrdokument nämns individuell plan i anslutning till insatsen rådgivning och annat personligt stöd. Planen ses som en naturlig del av planering, samordning och uppföljning.

Synpunkter i övrigt

Både utredningens expertgrupp och referensgrupp har konstaterat att det är positivt att använda individuell plan som ett instrument för övergripande planering och samordning. Brukarrepresentanter understryker att planen är viktig för att medverka till att skapa överblick för den enskilde brukaren. Planen skall stödja den enskildes möjligheter att styra sitt liv. Den ger större möjlighet till inflytande och självbestämmande än andra planer till exempel habiliteringsplaner som ofta upplevs mer som professionens planeringsinstrument.

Utredningen har erfarit att bestämmelsen om att planen fortlöpande skall omprövas kan missförstås. Ordet *omprövas* tolkas av en del så att det endast är redan befintliga insatser i planen som skall aktualiseras för förnyat ställningstagande. Detta är ingen rimlig tolkning eftersom insatser i planen kan omfatta myndighetsbeslut hos olika huvudmän och även omfatta framåtsyftande planering av olika slag.

8.4 Överväganden och bedömning

Under utredningsarbetet har det framkommit ett tydligt samband mellan individuell plan och centrala processer i insatsen råd och stöd som exempelvis kartläggning, vägledning, planering, samordning och uppföljning.

Socialstyrelsens senaste kartläggning i september 2003 bekräftar uppfattningen att planen är ett bra instrument för ökat inflytande och självbestämmande för brukaren. Trots detta har idag endast drygt 6 % av LSS personkrets en individuell plan. Socialstyrelsen konstaterar att individuell plan inte slagit igenom på det sätt som lagstiftaren förväntat. Orsakerna kan vara flera, men bristande information och tillgänglighet nämns som tänkbara förklaringar.

Jag upplever att de synpunkter på individuell plan som lämnats under utredningstiden genomgående har varit positiva när det gäller syfte, metod och innehåll. Det betonas att planen skall ge den enskilde inflytande och att den skall ge överblick och samordning. De beskrivningar som gjorts av syfte och innehåll i den individuella planen överensstämmer enligt min uppfattning väl med lagtextens utformning och de motiv som anges i förarbetena. De kritiska synpunkter som framkommit har i huvudsak handlat om att individuell plan används i alltför liten omfattning. Detta tyder på att det krävs insatser för att utveckla arbetet med de individuella planerna.

Min bedömning är att individuell plan är ett viktigt instrument för att utveckla en målinriktad planering av olika insatser och samordning av dessa. Individuell plan kan bli en brygga mellan insatsen särskilt personligt stöd och andra verksamheter som brukaren får stöd från. Behovet av planering och samordning är uppenbart för många brukare. Inte minst gäller detta familjer med barn som har flera funktionshinder. För vissa brukare – som har behov av flera olika insatser i en fortlöpande kontinuerlig stödprocess – kan pla-

nen användas för att skapa struktur kring olika insatser, underlätta samordning och ge möjlighet till korrigeringar. För andra brukare kan planen bli ett instrument för att fokusera på en eller flera avgränsade åtgärder som är viktiga för att stödja en i övrigt fungerande livssituation. Den enskilde skall ha avgörande inflytande över vad som skall tas upp i planen och vilka som skall delta i planeringen.

Individuell plan enligt LSS kan säkra den enskildes inflytande och självbestämmande på ett bättre sätt än andra arbetsplaner som av tradition ofta har professionens infallsvinklar.

Det är viktigt att individuell plan upplevs som individens plan. Planen skall utformas på den enskildes villkor för att skapa mesta möjliga inflytande. Det ska vara enkelt för den enskilde att få tillgång till individuell plan. Den skall vara ett obyråkratiskt, enkelt instrument för att till exempel påtala behov, sätta upp mål, föra fram krav och önskningsar samt förslag till lösningar. Planprocessen är en viktig del när det gäller demokratimålet i LSS. Individuell plan kan bli ett verktyg för den enskilde att ta makten över sitt liv.

Förutsättningarna för att individuell plan ska bli ett verkningsfullt instrument för fler brukare kräver att möjligheten att erhålla densamma är väl känd. Huvudmännen har redan idag ansvar för att informera om individuell plan. Nuvarande lagreglering innebär dock att den enskilde själv skall begära att få individuell plan upprättad vilket för många är okänt. Min bedömning är att huvudmännen skall ha ansvar för att aktivt erbjuda brukaren individuell plan för att göra den mera tillgänglig.

Under utredningsarbetets gång har representanter för huvudmännen framfört vikten av att få kännedom om innehållet i upprättade planer. Enligt min mening är ett välfungerande samarbete mellan olika huvudmän avgörande för hur vardagen, med olika insatser, gestaltar sig för den enskilde. Det ligger också i den enskildes intresse att det sker ett gränsöverskridande arbete avseende planering, samordning och uppföljning. Ett konkret exempel på detta är kommunernas behov av kunskap om efterfrågan på särskilda boendeformer där planeringstiden ofta är lång. Det är därmed av största vikt att informationsutbyte mellan huvudmän bygger på att brukaren lämnat sitt samtycke och jag ser inte att det finns skäl att överväga ändring avseende sekretessbestämmelser. Dels för att goda resultat lättare uppnås genom tydlig dialog och delaktighet, dels för att det strider mot de principer som är vägledande för LSS.

Det är viktigt att individuell plan utvecklas till ett aktivt instrument för samverkan mellan den enskilde och handläggare. Uppföljning av effekter av beslutade insatser och ställningstagande till förändringar är centralt i en sådan process. Jag anser det därför vara lämpligt att göra ett förtydligande i lagtexten som också undanröjer eventuella oklarheter i tolkningen av begreppet *omprövas*.

8.5 Förslag

I samband med att insats enligt LSS beviljas skall den enskilde erbjudas att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom eller henne. I planen skall även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen skall fortlöpande och minst en gång om året följas upp, utvärderas och omprövas. Om den enskilde lämnar samtycke, skall landstinget och kommunen underrätta varandra om innehållet i upprättade planer.

8.6 Ekonomiska konsekvenser

Det är svårt att beräkna effekterna av ett förslag som enbart innebär en ökning av huvudmännens ansvar att erbjuda de enskilda brukarna en individuell plan. Förslaget innebär inte någon förändring i huvudmännens ansvar att upprätta individuell plan eller i arbetet med individuell plan. Efterfrågan kommer även framöver att styras av vilken nytta brukarna anser individuell plan fyller och i vad mån individuell plan kommer att ersätta andra planeringsinstrument som handläggarna använder idag.

Målet med förslaget är självklart att utöka användandet av individuell plan som ett viktigt planeringsinstrument för den enskilde.

Det är tveksamt om det uppstår några direkta merkostnader för huvudmännen med anledning av förslaget. Skyldigheten att tillhandahålla individuell plan finns redan inskriven i LSS. Det föreslagna kravet på aktivt erbjudande gäller enbart i samband med att andra insatser enligt LSS beviljas. Många delar i planprocessen görs i andra former inom verksamheterna och individuell plan kan ersätta flera andra planeringsinstrument. Ett mer frekvent användande av individuell plan kan effektivisera det informations- och planeringsarbete som görs idag och därigenom i vissa fall innebära

effektiviseringsvinster genom att samarbete över organisationsgränser kan samordna olika åtgärder och minska dubbelarbete. Genom en samlad långsiktig planering av samhällsinsatserna skapas en högre kvalitet för den enskilde vilket i sin tur kan minska behovet av oplanerade akuta åtgärder.

9 Enskild verksamhet enligt LSS

Bedömning:

För att bedriva enskild verksamhet enligt LSS krävs idag länsstyrelsens tillstånd. Detta gäller även vid entreprenad, när en kommun överlåter driften av exempelvis bostäder med särskild service enligt LSS till en enskild företagare, medan kommunen fortsätter att ansvara för bostäderna. LSS avviker på denna punkt från SoL, som inte har något krav på tillståndsprövning vid entreprenadverksamhet. LSS är emellertid en pluslag till förmån för personer med omfattande och varaktiga funktionshinder. Med hänsyn till den kvalitetssäkring som prövningen innebär, bör denna därför bibehållas även om kvalitetsbestämmelser skulle införas i lagen.

Samtliga länsstyrelser tillståndsprövar idag enskilt bedrivna entreprenadverksamheter enligt LSS. Detta innebär att det finns en enhetlig tolkning av 23 § LSS. Det finns därför inget behov av att förtydliga lagen.

Förslag:

Det saknas skäl att föreslå en inskränkning i tillståndskravet enligt 23 § LSS avseende entreprenadverksamhet. Bestämmelsen föreslås bibehållas oförändrad.

9.1 Bakgrund

I 23 § LSS regleras bland annat tillståndsplikt för enskilt bedrivna verksamheter. Enligt bestämmelsen får en enskild person inte utan länsstyrelsens tillstånd yrkesmässigt bedriva bland annat sådan verksamhet som regleras i 9 § 6–10 LSS. Hit hör bostad med särskild service. Enligt direktiven (Dir. 2001:81) skall utredningen föreslå förtydliganden samt lämna förslag om bestämmelserna bör ändras i något avseende vad avser tillämpningsområdet för 23 § LSS.

Bakgrunden till uppdraget är att riksdagens ombudsmän (JO) har uppmärksammat regeringen på att det funnits skilda uppfattningar i frågan om bestämmelsen om tillståndsplikt är tillämplig när en kommun överlåter driften av bostäder med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS till ett privaträttsligt subjekt. De fall som avses är alltså när kommunen själv står för bostäder och eventuella gemensamma lokaler, medan driften i övrigt överlåtes med stöd av 17 § LSS. Med drift avses till exempel omvårdnad, fritidsaktiviteter och kulturella aktiviteter.

JO har i sin skrivelse till regeringen framhållit det otillfredsställande i att 23 § LSS inte tillämpas på samma sätt av länsstyrelserna, särskilt mot bakgrund av att det finns en straffbestämmelse kopplad till stadgandet (28 § LSS).

9.2 Gällande bestämmelser

Av 7 § LSS framgår att personer som ingår i LSS personkrets har rätt till de insatser som beskrivs i 9 § 8 och 9 LSS. I punkt 8 regleras boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar. Punkt 9 avser bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna.

Det framgår av 9 c § LSS att i insatser enligt 9 § 8 samt i insatsen bostad med särskild service för vuxna ingår omvårdnad. I insatserna bostad med särskild service ingår också fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter.

I 17 § LSS sägs att ett landsting eller en kommun får med bibehållet ansvar sluta avtal med någon annan om att tillhandahålla insatser enligt LSS. Bestämmelsen gör det möjligt att uppdra till exempelvis bolag, föreningar, samfälligheter, stiftelser och enskilda individer att tillhandahålla insatser enligt lagen. Avtalen skall emellertid avse själva utförandet av stödet eller servicen. Det yttersta ansvaret för verksamheten ligger kvar hos kommunen respektive landstinget. Myndighetsutövning, till exempel beslut om insatser, kan inte överlåtas på en privat utförare.

Beträffande enskild verksamhet sägs i 23 § LSS att tillstånd krävs av länsstyrelsen för att en enskild person skall få bedriva sådan verksamhet som avses i 9 § 6–10 LSS: Med enskild person avses i detta sammanhang även juridisk person. Bestämmelsen omfattar alltså alla privaträttsliga subjekt oavsett om det är bolag, föreningar, stiftelser eller enskilda individer.

Tillståndskravet i 23 § är sanktionerat genom en straffbestämmelse i 28 § LSS. Av sistnämnda bestämmelse framgår att den som uppsåtligen eller av oaktsamhet driver tillståndspliktig enskild verksamhet utan att ha tillstånd kan dömas till böter.

9.3 Entreprenadverksamhet

De fall som har vållat problem är när en kommun genom entreprenadavtal enligt 17 § LSS överlåter verksamhet avseende insatser enligt 9 § 8 eller 9 LSS till ett privat rättssubjekt. Tillämpningen av 23 §, dvs. om tillståndsprövning skall ske eller inte, har i vart fall före sommaren 2001 varierat bland länsstyrelserna. Länsstyrelserna i Stockholms och Västmanlands län ansåg inte att dessa fall var tillståndspliktiga och prövade således inte när kommunerna lade ut driften på en privat entreprenör. Övriga länsstyrelser tillämpade 23 § LSS även på entreprenadverksamhet.

Skillnaderna i tillämpning ställdes på sin spets genom ett ärende hos JO avseende tillståndsplikt vid insatser enligt 9 § 9 LSS, m.m. (Dnr 3592–1999). Anmälan avsåg Länsstyrelsen i Stockholms län. Länsstyrelsen var av uppfattningen att endast sådana privata verksamheter som var helt självständiga mot kommunen var tillståndspliktiga enligt 23 § LSS, varför entreprenadverksamhet inte omfattades av stadgandet i 23 § LSS. Länsstyrelsen hänvisade till att regeringen i prop. 1996/97:124 om ändring i socialtjänstlagen uttalat att någon tillståndsgivning inte erfordrades för sådan entreprenadverksamhet som kommunen enligt kommunallagen har ansvar för. Vidare anfördes att 23 och 28 §§ LSS uppenbart hade utformats med motsvarande regler i den då gällande socialtjänstlagen (1980:620) (SoL) som förebild. Länsstyrelsen menade att LSS borde kompletteras i analogi med 69 § sista stycket SoL. Bestämmelsen i 23 § LSS skulle därigenom få ett förklarande tillägg av lydelsen: *Tillstånd behövs inte för sådan verksamhet som kommunen genom avtal enligt 17 § första stycket har överlämnat till enskild att utföra.*

JO lät Socialstyrelsen yttra sig i ärendet. Socialstyrelsen menade att tillståndsplikt förelåg även ifråga om entreprenadverksamhet och ansåg att en avvikelse från tillståndskravet förutsatte en direkt undantagsbestämmelse i lagen eller på annat sätt ett klart uttalande om att en undantagsmöjlighet finns. Socialstyrelsen hänvisade till att bestämmelsen om tillstånd är en del av samhällets kontroll och

garanti för att möjliggöra och upprätthålla goda levnadsförhållanden för vissa funktionshindrade. Vidare åberopade Socialstyrelsen att LSS är en speciallag som ställer mer långtgående krav än de som återfinns i exempelvis SoL.

JO uttalade i beslut 19 juni 2001 bland annat följande:

Det ligger nära till hands att behandla sådan verksamhet som avser särskilda boendeformer på samma sätt, oavsett om det är SoL eller LSS som tillämpas. Bestämmelserna i LSS måste emellertid ses som en specialreglering såväl i förhållande till SoL, som till den allmänna kommunalrättsliga lagstiftningen om rätt för en kommun att i viss utsträckning använda sig av privaträttsliga subjekt för sin verksamhet. Det kan därvid konstateras att den bestämmelse som har införts i 69 § tredje stycket SoL om undantag från tillståndskravet inte har sin motsvarighet i LSS. De av länsstyrelsen åberopade förarbetena avser inte specifikt LSS och innehåller inte heller sådana uttalanden att det med säkerhet kan utläsas att det är lagstiftarens mening att det inte skulle krävas tillstånd när det är fråga om entreprenadverksamhet avseende insatser enligt LSS. Däremot ger förarbetena vid handen att förändringarna inom den kommunala verksamheten, bland annat i form av entreprenadverksamhet, har inneburit att det har skapats oklarheter när det gäller att definiera vad som avses med tillståndspliktig verksamhet (se till exempel prop. 1996/97 s. 144). I sammanhanget vill jag särskilt nämna att Socialtjänstkommittén, när den lämnade sitt förslag till 69 § tredje stycket SoL, särskilt nämnde att förslaget innebar en skillnad mot vad som gällde enligt LSS (SOU 1994:139 s. 555).

Efter JO:s beslut antog länsstyrelsernas socialdirektörer vid möte 17–19 oktober 2001 riktlinjer för tillstånd att bedriva enskild verksamhet enligt LSS. Riktlinjerna innebär att tillämpningen av tillståndsplikten enligt 23 § LSS numera är enhetlig vid landets länsstyrelser. Tillståndsprövning sker alltså även av entreprenadverksamhet.

9.4 Jämförelse LSS – SoL

Bestämmelsen i 69 § SoL har i den nya socialtjänstlagen (2001:453) fått sin motsvarighet i 7 kap 1 § SoL. Detta innebär att LSS och SoL fortfarande skiljer sig åt i fråga om entreprenadverksamhet. I fråga om SoL framgår i lagtexten att länsstyrelsens tillstånd inte krävs för sådan verksamhet som kommunen genom avtal överlämnat till ett privaträttsligt subjekt att utföra. Motsvarande undantag återfinns inte i 23 § LSS.

Det finns skillnader mellan LSS och SoL som kan motivera ett tillståndskrav även för entreprenadverksamhet. LSS är en rättighetslag, medan SoL brukar beskrivas som en skyldighetslag även om SoL innehåller en blandning av rättighets- och skyldighetsbestämmelser. Kännetecknande för en rättighetsbestämmelse är att rättigheten skall vara noggrant preciserad och vara utkrävbar. Såsom noterats i det ovan redovisade JO-utlåtandet är LSS en speciallag i förhållande till SoL. Lagstiftningens karaktär gör att det är befogat att ställa mer långtgående krav på verksamhet enligt LSS än enligt SoL. Det bör därvid hållas i minnet att anledningen till att LSS fått den utformning lagen har beror på de intressen den skall tillgodose. De som omfattas av LSS personkrets har ansetts ha särskilda behov jämfört med de personer som får stöd och hjälp enligt SoL.

Det finns emellertid andra olikheter mellan SoL och LSS. I 7 kap. SoL finns bestämmelser om kvalitet, säkerhet, dokumentation och hantering av handlingar i enskild verksamhet. Motsvarande bestämmelser saknas i LSS. Tillståndsprövningen enligt LSS innebär dock i sig en kvalitetssäkring.

9.5 Kvalitetskrav

Tillämpningen av 23 § LSS har diskuterats vid ett sammanträde med utredningens LSS-grupp i juni 2002 då representanter från Länsstyrelsen i Stockholms län närvarade. Vid mötet framfördes att det fanns behov av kvalitetsbestämmelser i LSS. Den kommunala verksamheten tillståndsprövas inte med stöd av 23 § LSS. Detta innebär att länsstyrelsen inte kan ställa motsvarande krav på lokalernas utformning vid kommunal drift som vid privat drift. Exempelvis ställs vid tillståndsgivningen i normalfallet krav på att en gruppbostad skall vara avsedd för högst fem personer. I kommunal verksamhet är det däremot inte ovanligt att man planerar och bygger för sex personer. Det förekommer även undantagsvis att bostäderna är dimensionerade för ännu fler personer. Detta innebär att de lokaler som kommunen tillhandahåller en entreprenör kan vara av lägre kvalitet än när enskild verksamhet bedrivs i egna lokaler.

Ett annat kvalitetsproblem som påtalades vid mötet var att det förekommer att föreståndarna för entreprenadverksamheter har bristfällig kompetens. Områdescheferna har dessutom ofta ansvar

för ett alltför stort antal enheter, vilket gör att föreståndarna inte får den arbetsledning som krävs.

Socialstyrelsens och Svenska Kommunförbundets representanter har i en skrivelse från Socialstyrelsen av den 12 september 2002 anfört att det är olämpligt att ta bort tillståndskravet vid entreprenader om inte LSS samtidigt förstärks med bestämmelser som garanterar kvaliteten i verksamheten. Tar man enbart bort tillståndskravet kan det inte ses som något annat än en försämring av samhällets kontroll och garanti för att möjliggöra och upprätthålla goda levnadsvillkor för vissa funktionshindrade.

Socialdepartementet har i departementspromemorian "Kvalitets- och dokumentations-bestämmelser samt anmälningsplikt vid missförhållanden inom verksamheter enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade" föreslagit vissa ändringar i LSS. Förslaget innebär att de krav på förbättringar av LSS som framförts till utredningen bland annat i fråga om kvalitet, handläggning och dokumentation kommer att tillgodoses.

9.6 Överväganden, bedömning och förslag

Enligt min mening ligger det närmast till hands att tolka bestämmelsen om tillståndsplikt i 23 § första stycket LSS på det sätt som Socialstyrelsen har gjort. Om en kommun, såvitt avser en bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (till exempel en grupp-bostad) själv står för bostäder och eventuellt gemensamma lokaler men – med stöd av 17 § LSS – överlåter driften i övrigt till ett privaträttsligt subjekt, krävs följaktligen länsstyrelsens tillstånd för det privaträttsliga subjektet.

Sedan JO sommaren 2001 meddelat sitt beslut och länsstyrelserna hösten 2001 antagit riktlinjer för tillstånd att bedriva enskild verksamhet enligt 23 § LSS råder en enhetlig tillämpning i fråga om tillståndskravet. Samtliga länsstyrelser tillståndsprövar alltså enskilt bedriven entreprenadverksamhet avseende 9 § 8 och 9 LSS. JO:s och Socialstyrelsens uppfattning i frågan synes således vara allmänt accepterad. Detsamma lär även gälla ståndpunkten att en avvikelse beträffande entreprenadverksamhet från tillståndskravet i 23 § LSS förutsätter en direkt undantagsbestämmelse i lagen.

Jag delar den uppfattning som framförts av Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i Stockholms län om att kvalitetskrav bör införas i LSS. Såsom ovan redovisats har Socialdepartementet utarbetat ett

förslag till förbättringar av LSS bland annat genom att i lagen reglera frågor rörande kvalitet.

Den frågeställning som återstår för mig att ta ställning till är om tillståndskravet enligt 23 § LSS bör behållas i fråga om entreprenader även om kvalitetsbestämmelser införs i LSS. LSS är en rättighetslag och speciallag. Det finns därför inget som hindrar att regelsystemet avviker från den uppbyggnad som finns i SoL, förutsatt att skillnaderna är till de gruppers förmån som ingår i lagens personkrets. Min uppfattning är att tillståndsprövningen enligt 23 § LSS fyller en funktion i fråga om entreprenadverksamhet, även om kvalitetsregler införs. Då lagens syfte är att värna om de gruppers behov som omfattas av lagen anser jag att skäl saknas att föreslå en inskränkning i tillståndskravet enligt 23 § LSS avseende entreprenadverksamhet. Bestämmelsen föreslås bibehållas oförändrad.

10 Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar i bostad med särskild service enligt LSS

Bedömning:

Även om det kan anses klarlagt att det varit lagstiftarens avsikt att bostad med särskild service enligt LSS skall omfattas av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret anser jag att det är angeläget att i detta sammanhang belysa innehållet i detta kommunala ansvar. Personer som tillhör LSS personkrets har rätt till stöd från experter med särskild kompetens som bygger på kunskap om svåra funktionshinder och dess konsekvenser. Den enskildes tillgång till sådan kompetens kan försämrats genom oklarheter i ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting.

Det finns enligt min mening en risk att kommunerna – i synnerhet de mindre – saknar möjligheter att utveckla denna särskilda kompetens inom habilitering och rehabilitering. Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret för boende i bostäder med särskild service enligt LSS bör därför kompletteras med särskild kompetens från de speciella habiliteringsteam eller motsvarande som byggts upp inom landstingen.

Förslag:

Kommunerna skall enligt 18 § HSL erbjuda hälso- och sjukvård till dem som bor i särskilda boendeformer enligt SoL. Detta kommunala ansvar skall även omfatta de personer som beviljats insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS. Kommunernas ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Beträffande de som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS skall inte heller kommunens ansvar omfatta sådan vård som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Med begreppet annan särskild kompetens åsyftas expertstöd som bland annat innefattar kunskap om omfattande och varaktiga funktionshinder och levnadsförhållandena för personer

med dessa funktionshinder. Denna särskilda kompetens återfinns idag vanligtvis i landstingens barn- och ungdoms- samt vuxenhabiliteringsverksamhet.

10.1 Inledning

Enligt direktiven skall utredningen förtydliga kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar för personer som bor i bostad med särskild service för barn och ungdomar, bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna. Bakgrunden är att det av 18 § HSL framgår att kommunerna skall erbjuda hälso- och sjukvård till dem som bor i sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket. Bostad med särskild service beviljad med stöd av LSS nämns inte i lagtexten.

Det görs idag olika tolkningar ifråga om kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar för boende i bostäder med särskild service enligt LSS. Socialstyrelsen har i en skrivelse till regeringen framhållit behovet av ett klagörande.

Det är inte klart uttalat i direktiven vad som avses med uppdraget att förtydliga det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret i boende med särskild service enligt LSS. Utredningen har dock erfarenhet att det förekommer gränsdragningsproblem mellan sjukvårdshuvudmännen som negativt påverkar tillhandahållande av och kvalitet i hälso- och sjukvården för de målgrupper som avses. Av det skälet har utredningen funnit det motiverat att kommentera även dessa frågor.

10.2 Gällande lagstiftning angående ansvaret för hälso- och sjukvården

Ansvaret för hälso- och sjukvården i olika boendeformer mm. regleras i HSL. SoL och LSS reglerar ansvaret för olika boendeformer.

I 18 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) beskrivs kommunens ansvar:

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) (tidigare 20 och 21 §§ SoL) eller som efter beslut av kommunen bor i

sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag (tidigare 69 § första stycket 2 SoL).

Kommunen skall i samband med denna hälso- och sjukvård även erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade (18 § b HSL).

Utredningens direktiv hänvisar till specialmotiveringen till 9 § LSS (prop. 1992/93:159 Bilaga 1 s.182) där det sägs:

Enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall varje kommun erbjuda en god hälso- och sjukvård, bland annat åt dem som bor i en sådan bostad med särskild service som avses i 21 § tredje stycket socialtjänstlagen. Varje kommun skall även i samband med dagverksamheter, som omfattas av 10 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där. Kommunens ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Insatserna bostad med särskild service för barn och ungdomar, bostad med särskild service för vuxna samt daglig verksamhet är också sådana bostäder resp. sådan verksamhet som avses i 21 och 10 §§ socialtjänstlagen. Kommunerna har därför ett hälso- och sjukvårdsansvar (exkl. läkarinsatser) enligt hälso- och sjukvårdslagen för personer som bor i bostad med särskild service resp. vistas i dagverksamhet.

Vad gäller medicinska omvårdnadsinsatser i övriga boende- eller vistelseformer (till exempel familjehem eller korttidsvistelse i form av sommarläger) samt läkarinsatser och olika expertstöd som landstinget förfogar över, så kan det vara nödvändigt för kommunen att samverka med landstinget.

I socialtjänstlagen beskrivs sambandet mellan ansvar för inrättande och drift och hälso- och sjukvårdsansvar för kommunen. Detta styrker uppfattningen att motsvarande bostäder med särskild service enligt 9 § 8 och 9 LSS avses i 18 § HSL. Det tydliga ställningstagandet i förarbetena till LSS styrker också denna tolkning.

10.3 Huvudmännens syn på ansvarsfördelningen

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har gett uttryck för en gemensam syn att det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret också omfattar bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS. I en gemensam PM, 20000125, *Hälso- och sjukvårdsansvaret i olika former av särskilda boenden* ges en beskrivning hur ansvaret skall fördelas i olika verksamheter:

Om kommunen har inrättat boende enligt 21 § 3 st. SoL avsett för LSS personkrets och driver det i egen regi med egen personal, då har kom-

munen det hälso- och sjukvårdsansvar som framgår av 18–18 c §§ HSL.

Innehållet i det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret berörs endast summariskt i denna PM. Svenska Kommunförbundet har dock under utredningsarbetet påtalat att det förekommer diskussioner mellan enskilda kommuner och landsting kring tolkningen av vad det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret skall innehålla i förhållande till landstingens specialistresurser för habilitering och rehabilitering samt råd och stöd.

10.4 Socialstyrelsens syn på ansvaret i olika boendeformer

Socialstyrelsen skriver i rättssammanställningen *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS, 2002-10-12* (ISBN 91-7201-722-8) (s. 51):

Enligt 18 § HSL skall varje kommun erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en bostad med särskild service enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL. Enligt förarbetena till LSS skall bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen och motsvarande boende enligt LSS jämföras i detta sammanhang. Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL anses därför även gälla de personer som bor i bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS. Kommunernas ansvar gäller öppen hälso- och sjukvård, men inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

Socialstyrelsen anser däremot att det råder oklarhet och förvirring kring insatsen annan särskilt anpassad bostad och hur den förhåller sig till lägenhet med bostadsanpassning. I en skrivelse till regeringen 20030217 framför Socialstyrelsen bland annat att om denna boendeform skall finnas med som insats i LSS bör skillnaden till insatsen bostad med särskild service för vuxna markeras – till exempel genom att insatsen preciseras i en egen punkt i 9 § LSS.

I rättssammanställningen s. 37, skriver Socialstyrelsen:

Med ”annan särskilt anpassad bostad för vuxna” avses en bostad med viss grundanpassning till funktionshindrade personers behov men utan fast bemanning. Behövligt stöd och service i anslutning till boendet bör ges inom ramen för de insatser som finns att tillgå enligt LSS t. ex. personlig assistans samt ledsagarservice. Stöd kan även ges i form av hemtjänst enligt socialtjänstlagen.

Vidare skriver Socialstyrelsen att annan särskild anpassad bostad för vuxna inte är att betrakta som en ”bostad med särskild service” och kommunen kan därför inte anses ha ansvar för hälso- och sjukvården för de personer som bor i denna boendeform.

10.5 Överväganden och bedömning

Även om det kan anses klarlagt att det varit lagstiftarens avsikt att bostad med särskild service enligt LSS skall omfattas av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret anser jag att det är angeläget att belysa innehållet i detta kommunala ansvar.

Under arbetet med förtydligande av innehållet i 9 § 1 LSS, rådgivning och annat personligt stöd, har sambandet med habilitering och rehabilitering varit en central frågeställning. Det har då framkommit att det finns oklarheter när det gäller fördelningen av ansvaret mellan landstingens särskilda kompetens knuten till specialistresurser till exempel i habiliteringsteam och den kommunala hemsjukvården.

Personer som tillhör LSS personkrets har rätt till stöd från experter med särskild kompetens som bygger på kunskap om omfattande funktionshinder och konsekvenserna av dessa funktionshinder. Tillgången till sådan kompetens kan försämrans genom oklarheter i ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting.

Som en jämförelse kan konstateras att det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret i särskilda boenden enligt SoL eller inom hemsjukvården inte omfattar läkarinsatser. Undantagna är även resurser av specialistkaraktär till exempel inom kvalificerad hemsjukvård, där landstingen vanligtvis har ansvaret. Den största delen av den kommunala hälso- och sjukvården är idag oftast organiserad för att motsvara ett behov av sjukvårdsuppgifter för långtidssjuka och äldre. Den kommunala sjukvården kompletteras vid behov med läkarinsatser och specialistinsatser från landstinget samt vissa resurser knutna till sjukhus och specialenheter inom primärvården.

Det finns enligt min mening en risk att kommunerna – i synnerhet de mindre – saknar möjligheter att utveckla den särskilda kompetens inom habilitering och rehabilitering som personer tillhörande LSS personkrets är i behov av. Denna kompetens skall bygga på kunskap om omfattande funktionshinder och konsekvenserna för den enskilde av dessa funktionshinder. Den omfattar också god insikt om villkoren för personer med omfattande och

varaktiga funktionshinder att skapa goda levnadsförhållanden. Tradition och upparbetad kompetens finns i de flesta fall inom landstingen. För att underhålla och utveckla denna särskilda kompetens krävs ofta ett större upptagningsområde än vad den enskilda kommunen kan erbjuda. Detta gäller i synnerhet för stödet till de grupper som har ovanliga funktionshinder.

Jag har konstaterat att det är logiskt att det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret också skall omfatta bostad med särskild service enligt LSS. Jag anser dock att ett klargörande av detta kommunala hälso- och sjukvårdsansvar skall slå fast att landstinget har ansvar för de hälso- och sjukvårdsinsatser som kräver särskild kompetens. Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret för boende i bostäder med särskild service enligt LSS bör kompletteras med särskild kompetens från de speciella habiliteringsteam eller motsvarande som byggts upp inom landstingen. Först då kan, enligt min mening, behovet av särskilt expertstöd säkras för personer som tillhör LSS personkrets. Samma förhållande bör gälla även för motsvarande boendeformer som omfattas av 23 § LSS. Socialstyrelsen och representanter för huvudmännen gör också denna bedömning.

Socialstyrelsen anser att det råder förvirring och oklarhet kring insatsen annan särskilt anpassad bostad och efterlyser en precisering i en egen punkt i 9 § LSS. Jag anser inte att det ingår i utredningens uppdrag att utveckla och precisera formen för eller innehållet i denna insats. Genom att i lagtext tydligt markera att det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar *bostad med särskild service* är det enligt min mening klarlagt att annan särskilt anpassad bostad inte omfattas av detta ansvar.

Utredningen har haft samråd med Äldrevårdsutredningen (SOU 2003:04) vars arbete tar upp frågor kring ansvarsfördelningen inom hemsjukvården. Frågor som berör kommunernas hälso- och sjukvård relaterat till bland annat boendeformer enligt SoL uppmärksammas i den utredningen. Äldrevårdsutredningens ställningstagande kan direkt – eller indirekt – också påverka ansvarsfördelningen avseende hälso- och sjukvårdsansvaret i bostad med särskild service enligt LSS. Enligt min mening är det viktigt att de särskilda behov som personer som tillhör LSS personkrets har, beaktas i detta sammanhang.

I slutskedet av utredningsarbetet har Svenska Kommunförbundet väckt frågan huruvida utredningens förslag inte också borde relateras till hälso- och sjukvårdsansvaret för personer som deltar i

daglig verksamhet. Enligt min bedömning ingår inte denna frågeställning i utredningens direktiv. Den har således inte närmre berörts under utredningstiden och kan därför inte bli föremål för något förslag från utredningens sida. Enligt min mening är det dock även i denna fråga viktigt att bevaka behovet av särskild kompetens för personer som tillhör LSS personkrets oavsett var och av vem hälso- och sjukvårdsinsatsen tillhandahålls. Med tanke på att dagverksamhet omnämns i 18 § HSL bör regeringen överväga om förslaget till förändrad skrivning angående hälso- och sjukvårdsansvaret i särskilt boende kan medföra behov av översyn vad avser hälso- och sjukvårdsansvaret i dagverksamhet som omfattas av 3 kap. 6 § SoL.

10.6 Förslag

Kommunerna skall enligt 18 § HSL erbjuda hälso- och sjukvård till dem som bor i särskilda boendeformer enligt SoL. Detta kommunala ansvar skall även omfatta de personer som beviljats insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS. Kommunernas ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Beträffande de som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS skall inte heller kommunens ansvar omfatta sådan vård som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Med begreppet annan särskild kompetens åsyftas expertstöd som bl.a. innefattar kunskap om stora och bestående funktionshinder och levnadsförhållandena för personer med dessa funktionshinder. Denna särskilda kompetens återfinns idag vanligtvis i landstingens barn- och ungdoms- samt vuxenhabiliteringsverksamhet. Insatser från särskilda expertteam med habiliterings- och rehabiliteringsresurser för både barn, ungdomar och vuxna skall vara ett landstingskommunalt ansvar. Dessa team skall i samarbete med den enskilde komplettera den kommunala hälso- och sjukvården.

Förslaget till klargörande av ett kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar omfattar endast *bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrabemmet* enligt 9 § 8 LSS och *bostad med särskild service för vuxna* enligt 9 § 9 LSS. Ansvaret för hälso- och sjukvård för boende i familjehem enligt 9 § 8 LSS eller boende i annan särskild anpassad bostad för vuxna enligt 9 § 9

LSS åvilar enligt min mening den huvudman som ansvarar för hem-sjukvården.

10.7 Ekonomiska konsekvenser

Det finns oklarheter inom vissa delar i landet beträffande ansvarsfördelningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna i bostad med särskild service enligt LSS. Oklarheterna kan bland annat gälla ansvarsfördelningen avseende habiliteringsteamens insatser.

Genom förslaget till förtydligande klargörs nu ansvarsfördelningen avseende hälso- och sjukvård inklusive olika nivåer i habilitering och rehabilitering. Förslaget innebär totalt sett inte några kostandsökningar, men kan i några fall leda till behov av resursomfördelning mellan huvudmännen.

11 Författningskommentar

11.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

11.1.1 Huvudförslag

Rubriken

Ändringen är redaktionell och innebär att ordet ”funktionshindrade” ersätts med ”personer med funktionshinder”. Ordvalet är en anpassning till dagens språkbruk och ger en bättre beskrivning av de personer lagen avser. Personer med funktionshinder är mer än bara funktionshindrade.

8 §

Ändringarna är redaktionella och innebär att lagtexten görs könsneutral.

9 §

Ändringen av paragrafen avser punkt 1.

Den tidigare insatsen råd och stöd har i förslaget fått benämningen särskilt personligt stöd. Avsikten med den nya benämningen är att tydligt markera att insatsen avser ett kvalificerat expertstöd som förutsätter särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder. Härigenom avgränsas insatsen i förhållande till den rådgivning som innefattas i myndigheternas allmänna serviceskyldighet enligt förvaltningslagen.

Insatsen särskilt personligt stöd har beskrivits och förtydligats i kapitel 6. Basen för insatsen utgörs av tre delar: kunskapsstöd,

psykosocialt stöd och särskilt kompletterande stöd. I kunskapsstöd ingår bland annat information, kartläggning, planering, vägledning, kontaktstöd, konsultation, kunskapsöverföring och samordning. Med särskilt kompletterande stöd avses sådana åtgärder som utgör ett komplement till andra lagar till exempel SoL och HSL. Innehållet i de olika delarna beskrivs utförligt i avsnitt 6.3.1.

I lagtexten har gjorts en redaktionell ändring varigenom ordet ”människor” bytts ut mot ”personer”.

I punkten har införts en sista mening, som innebär att insatsen föreslås omfatta sådan habilitering och rehabilitering som inte tillgodoses genom insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Ändringen innebär ett förtydligande av insatsen på så sätt att den praxis som gällde före Regeringsrättens domar 1997 och enligt 1985 års omsorgslag återigen skall gälla. Särskilt personligt stöd skall alltså kunna lämnas för alla former av habiliterings- och rehabiliteringsinsatser – medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska – som inte tillgodoses genom insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Insatserna skall utgöra ett kvalitativt och kvantitativt komplement till annan lagstiftning och syfta till att den enskildes behov blir tillgodosedda.

9 a §

Ändringen, som avser första stycket, är redaktionell och innebär att ”den funktionshindrade” byts ut mot ”personen med funktionshinder”.

10 §

Förslaget i första stycket innebär att kommunen eller landstinget alltid skall erbjuda den enskilde att en individuell plan upprättas när en insats enligt LSS beviljas. Tidigare har den enskilde haft möjlighet att begära att en individuell plan skulle upprättas. Syftet med ändringen är att garantera att den enskilde får en individuell plan om han eller hon så önskar. I förslaget har särskilt skrivits in att planen skall följas upp och utvärderas. Individuell plan har behandlats i kapitel 8.

Andra stycket innehåller ett förslag till förtydligande i fråga om underrättelse om individuella planer. Förtydligandet innebär att det

skrivs in i lagtexten att den enskildes medgivande krävs för under rättelse mellan landsting och kommun. Sekretess gäller såväl för den omständigheten att en plan upprättats som för innehållet i denna. Den enskilde har emellertid möjlighet att helt eller delvis efterge sekretessen. Det är viktigt att en sådan eftergift är otvetydig och att den dokumenteras på lämpligt sätt.

10 a §

I paragrafen föreslås att den enskilde skall erbjudas stöd i form av en namngiven samordnare i samband med att insats enligt 9 § 1 beviljas. Rätten till erbjudande om samordnare görs obligatorisk under förutsättning av att särskilt personligt stöd beviljas. Samordnarfunktionen har behandlats under avsnitt 6.4.

12 §

Ändringarna är redaktionella och innebär att lagtexten görs könsneutral.

16 §

Ändringen, som avser första stycket, är redaktionell och innebär att lagtexten görs könsneutral.

11.1.2 Alternativförslag

Rubriken

Ändringen är redaktionell och innebär att ordet ”funktionshindrade” ersätts med ”personer med funktionshinder”. Ordvalet är en anpassning till dagens språkbruk och ger en bättre beskrivning av de personer lagen avser. Personer med funktionshinder är mer än bara funktionshindrade.

8 §

Ändringarna är redaktionella och innebär att lagtexten görs könsneutral.

9 §

Ändringen av paragrafen avser punkt 1.

Den tidigare insatsen råd och stöd har i förslaget fått benämningen särskilt personligt stöd. Avsikten med den nya benämningen är att tydligt markera att insatsen avser ett kvalificerat expertstöd som förutsätter särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder. Härigenom avgränsas insatsen i förhållande till den rådgivning som innefattas i myndigheternas allmänna serviceskyldighet enligt förvaltningslagen.

Innehållet i insatsen särskilt personligt stöd har beskrivits i avsnitt 6.3.3. Basen för insatsen utgörs av tre delar: kunskapsstöd, psykosocialt stöd och utvecklings- och aktivitetsstöd. I kunskapsstöd ingår bland annat information, kartläggning, planering, vägledning, kontaktstöd, konsultation, kunskapsöverföring och samordning. I utvecklings- och aktivitetsstöd återfinns insatser som kan liknas vid sådana åtgärder inom habilitering och rehabilitering som betecknas som psykologiska, sociala eller pedagogiska åtgärder.

I lagtexten har gjorts en redaktionell ändring varigenom ordet "människor" bytts ut mot "personer".

I punkten har införts en sista mening, som innebär att insatsen föreslås omfatta psykologisk, social och pedagogisk habilitering och rehabilitering som inte tillgodoses genom insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. Detta innebär att medicinsk habilitering inte kan ingå i särskilt personligt stöd. Den habilitering och rehabilitering som innefattas i insatsen skall utgöra ett kvalitativt och kvantitativt komplement till annan lagstiftning och syfta till att den enskildes behov blir tillgodosedda.

9 a §

Ändringen, som avser första stycket, är redaktionell och innebär att "den funktionshindrade" byts ut mot "personen med funktionshinder".

10 §

Förslaget i första stycket innebär att kommunen eller landstinget alltid skall erbjuda den enskilde att en individuell plan upprättas när en insats enligt LSS beviljas. Tidigare har den enskilde haft möjlighet att begära att en individuell plan skulle upprättas. Syftet med ändringen är att garantera att den enskilde får en individuell plan om han eller hon så önskar. I förslaget har särskilt skrivits in att planen skall följas upp och utvärderas. Individuell plan har behandlats i kapitel 8.

Andra stycket innehåller ett förslag till förtydligande i fråga om underrättelse om individuella planer. Förtydligandet innebär att det skrivs in i lagtexten att den enskildes medgivande krävs för underrättelse mellan landsting och kommun. Sekretess gäller såväl för den omständigheten att en plan upprättats som för innehållet i denna. Den enskilde har emellertid möjlighet att helt eller delvis efterge sekretessen. Det är viktigt att en sådan eftergift är otvetydig och att den dokumenteras på lämpligt sätt.

10 a §

I paragrafen föreslås att den enskilde skall erbjudas stöd i form av en namngiven samordnare i samband med att insats enligt 9 § 1 beviljas. Rätten till erbjudande om samordnare görs obligatorisk under förutsättning av att särskilt personligt stöd beviljas. Samordnarfunktionen har behandlats under avsnitt 6.4.

12 §

Ändringarna är redaktionella och innebär att lagtexten görs könsneutral.

16 §

Ändringen, som avser första stycket, är redaktionell och innebär att lagtexten görs könsneutral.

11.2 Förslaget till lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*18 §*

Kommunerna skall enligt 18 § HSL erbjuda hälso- och sjukvård till dem som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad och i bostäder med särskild service enligt 5 kap. 5 § andra stycket och 7 § tredje stycket SoL samt för dem som efter kommunens beslut placerats i en motsvarande enskild boendeform eller bostad som anges i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL. Bostad med särskild service beviljad med stöd av LSS omnämns inte i lagtexten. Av specialmotiveringen till 9 § LSS (prop. 1992/93:159 Bilaga 1 sid. 182) framgår dock att det är lagstiftarens avsikt att samma förhållanden skall gälla för bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 LSS, som för boende enligt SoL. Ändringarna i första stycket innebär att det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret för dem som beviljats insatsen bostad med särskild service enligt LSS skrivs in i lagtexten. Det har därvid ingen betydelse om insatsen ges i en verksamhet som drivs av kommunen eller i privat regi enligt 23 § LSS. De överväganden som ligger till grund för detta förtydligande finns redovisade i kapitel 10.

Såsom framgår av fjärde stycket skall läkarinsatser även i fortsättningen vara undantagna från det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Därutöver föreslås inskränkningar beträffande kommunens ansvar enligt första stycket för dem som bor i bostad med särskild service enligt LSS. Kommunens ansvar för personer i dessa boendeformer skall inte omfatta sådan hälso- och sjukvård, som kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Med begreppet ”annan särskild kompetens” åsyftas expertstöd som bl.a. innefattar kunskap om stora och bestående funktionshinder och levnadsförhållandena för personer med dessa funktionshinder. Denna särskilda kompetens återfinns idag vanligtvis i landstingens barn- och ungdoms- samt vuxenhabiliteringsverksamhet.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av experterna Margareta Liljeqvist, Landstingsförbundet och Ellinor Englund, Svenska Kommunförbundet

Experterna Margareta Liljeqvist, Landstingsförbundet och Ellinor Englund, Svenska Kommunförbundet avvisar utredningens förslag när det gäller förtydligandet av insatsen rådgivning och annat personligt stöd – det gäller både huvudförslaget och alternativförslaget. Skälen till detta är följande;

Habilitering och rehabilitering – ingen rättighet enligt LSS

Direktiven

Enligt direktiven ska förtydligande göras när det gäller regleringen av insatsen rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS.

Utredningen föreslår att habilitering och rehabilitering ska kunna ingå i ”särskilt personligt stöd” enligt LSS som är den föreslagna benämningen för insatsen. Utredarens motiv till detta är att det i direktiven bland annat nämns att rådgivning och annat personligt stöd skulle ”återställas till det ursprungliga syftet”.

I förarbetena till 1985 års omsorgslag finns inte utsagt att rådgivning och annat personligt stöd skulle inrymma habilitering och rehabilitering. Däremot fann Regeringsrätten i ett avgörande 1989 att logopedbehandling kunde ingå i rådgivning och annat personligt stöd. Sedan LSS trädde i kraft och samtidigt habilitering och rehabilitering infördes i HSL blev det inte möjligt att bevilja behandlingsinsatser som rådgivning och annat personligt stöd, även om detta övergångsvis skedde i vissa landsting. Att insatser enligt HSL såsom habilitering och rehabilitering inte ingår i rådgivning och

annat personligt stöd enligt LSS har bekräftats i ett regeringsrättsutslag 1997.

Vår slutsats är att när det gäller att ”återställa till det ursprungliga syftet” är det mycket oklart vad som åsyftas då tolkningen har skiftat under åren.

Ej klart urskiljbara områden

I propositionen till LSS m.m. anförde departementschefen bl.a. att så länge habilitering och rehabilitering inte är klart urskiljbara områden, bedömdes det inte lämpligt att reglera verksamheterna i annan ordning än den som gäller för hälso- och sjukvården. Härvidlag har inga förändringar skett som skulle kunna motivera att habilitering och rehabilitering beviljas enligt LSS.

Utredningen anger ingen definition av begreppen habilitering och rehabilitering. Eftersom habilitering och rehabilitering föreslås ingå i särskilt personligt stöd utan närmare precisering blir därför de definitioner som finns i specialmotiveringen till hälso- och sjukvårdslagen tillämpliga. ”Med habilitering avses att, vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter medfödd eller tidigt förvärvad skada/sjukdom genom planerade och från flera kompetensområden sammansatta åtgärder, allsidigt främja utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde.” För rehabilitering finns motsvarande definition angiven. Definitionerna av habilitering och rehabilitering är således mycket vida och i begreppen kan utan svårighet tolkas in samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser den enskilde funktionshindrade kan ha behov av.

Inte belagt att personer som tillhör LSS personkrets inte får sina behov tillgodosedda

Som skäl för att föreslå att habilitering och rehabilitering ska kunna ingå i särskilt personligt stöd anger utredaren att personer med funktionshinder inte får sina behov av dessa insatser tillgodosedda enligt HSL. Dock har utredningen inte kunnat belägga att detta skulle vara fallet.

Socialstyrelsen har nyligen till regeringen redovisat en kartläggning av hur funktionshindrade barns behov av habilitering tillgodo-

ses av landstingen. Kartläggningen visar att det finns vissa brister. Det går däremot inte att av kartläggningen utläsa i vilken mån detta gäller för LSS' personkrets. Inte heller när det gäller vuxna med funktionshinder finns det belagt att personer som tillhör LSS' personkrets inte skulle få sina behov av habilitering och rehabilitering tillgodosedda. Dessutom innehåller inte heller direktiven uppgiften att utreda hur behovet av habiliterings- och rehabiliteringsinsatser enligt HSL för LSS målgrupp ska tillgodoses.

Vår slutsats blir att det i nuläget inte är belagt att personer som ingår i LSS' målgrupp inte skulle få sina behov av habilitering och rehabilitering tillgodosedda. Om det skulle bli klarlagt att människor med långvariga och livslånga funktionshinder inte får sina hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosedda ska detta uppmärksammas och behandlas inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen, till exempel vid en översyn av denna lag.

Bedömning av behov av habilitering och rehabilitering bör inte göras av domstol

Om utredningens förslag genomförs kommer den enskilde att kunna begära en viss utpekad insats som är hemmahörande inom hälso- och sjukvården. Det normala tillvägagångssättet inom såväl hälso- och sjukvård som nuvarande rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS är att målet för insatserna bestäms tillsammans med den enskilde medan hur målet ska uppnås d v s vilka insatser som krävs är professionens ansvar. Utredningens förslag till förändrat synsätt det vill säga att den enskilde själv önskar en särskild insats inom ramen för särskilt personligt stöd i stället för att den professionelle ger förslag utifrån sin kunskap och erfarenhet, kan innebära att insatser till personer med funktionshinder inte omfattas av den gängse behovsbedömning och kvalitetskontroll som måste tillämpas inom hälso- och sjukvården.

Vi anser att det är oacceptabelt att det ytterst blir domstolarna som ska ta ställning till om och hur det medicinska behovet hos personer med funktionshinder ska tillgodoses.

Ideologisk inriktning

I utredningen saknas i alltför stor utsträckning en framåtsyftande ideologisk drivkraft. I stället hänvisas bakåt till 1985 års omsorgslag. Det är angeläget att erinra om att omsorgslagen ansågs föråldrad då den ersattes av LSS. Omsorgslagen stod för ett totalt omhändertagande av den enskilde och bromsade därmed den enskildes möjligheter att vara som andra och få del av samhällets vård och service på lika villkor. I omsorgslagens anda gjordes därför följdriktigt inte alltid en strikt åtskillnad mellan insatser enligt denna lag och HSL.

LSS poängterar däremot den enskildes rätt att leva på samma villkor som andra samhällsmedborgare och att med samma rätt som andra få till exempel hälso- och sjukvård på lika villkor. Utredningen ger tvärt emot uttryck för en stark strävan att bereda målgruppen tillgång till hälso- och sjukvård som en rättighet inom ramen för särskilt personligt stöd med behovsbedömningar och behandlingar som ligger utanför hälso- och sjukvårdens gängse arbetsätt med dess stränga krav på kvalitetskontroll utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Inom ramen för denna strävan mot ett totalt omhändertagande ligger förslaget till den nya funktionen ”namngiven samordnare”. I detta sammanhang kan det finnas anledning att fråga sig vad det innebär för den funktionshindrades integritet och självbestämmande att ha en särskild samordnare i sitt liv? Vi saknar i utredningen till exempel beskrivningar som belyser balansgången mellan å ena sidan behovet av professionell samordning och å andra sidan den enskildes berättigade krav på integritet. Det är viktigt att stöd till personer med funktionshinder ytterst syftar till att göra den enskilde till en så självständig samhällsmedborgare som möjligt. En analys av hur behovet av samordnare kan variera hos lika individer beroende på ålder och grad av funktionshinder saknas dessutom.

Särskilt personligt stöd – rätt lagstiftningsteknik?

I utredningen anges att särskilt personligt stöd ska kännetecknas av flexibilitet och behovsanpassning och att det därför inte är rimligt att precisera en heltäckande katalog av åtgärder som ska ingå i insatsen. I utredningens kapitel 3 Olika lagstiftningsmetoder redovisas vad som karakteriserar en rättighetslag kontra en ramlag. De

olika insatserna i rättighetslagen ska vara noggrant preciserade både vad gäller förutsättningar och innehåll. Den i och för sig önskvärda flexibiliteten och hållbarheten över tid när det gäller särskilt personligt stöd blir därmed komplicerad att tillgodose inom ramen för LSS då två principer ställs mot varandra. Bristen på precisering uppfyller inte direktivens krav på ett förtydligande av rådgivning och annat personligt stöd. Och inte heller motsvaras de förväntningar på ett tydligare innehåll som finns bland t.ex. verksamhetsansvariga i kommuner och landsting. Det blir också ogörligt att åstadkomma realistiska ekonomiska konsekvensbeskrivningar.

Vår slutsats blir att det blir komplicerat att i en rättighetslag inordna särskilt personligt stöd såsom insatsen framställs i utredningen.

Lagstiftning genom motiv

Bristen på precisering gäller inte bara själva insatsens innehåll utan också vem som ska ha rätt till den.

Av 7 § LSS framgår att det enbart är personer som tillhör personkretsen som har rätt till insatser. Av utredningens förslag framgår att särskilt personligt stöd även skall kunna erbjudas närstående. Detta går dock inte att utläsa av den föreslagna lagtexten.

Enligt Landstingsförbundets och Svenska Kommunförbundets uppfattning kan "lagstiftning genom motiv" inte accepteras (se Regeringsrättens dom den 9 juni 2004, mål nr 5822-02). Ett grundläggande krav på en lagtext är att den är utformad så att den rymmer de till rättstillämparen riktade anvisningar som lagstiftaren lämnar i förarbetena. Detta gäller i synnerhet då lagen är en rättighetslag. Om närstående ska ingå i personkretsen när det gäller särskilt personligt stöd krävs en ändring av föreslagen lagtext där detta klart framgår. Bland annat följande frågor måste redas ut:

- Vilka är att betrakta som närstående?
- Ska närstående ha en självständig rätt att begära en insats? (se 8 § LSS)
- Ska insatsen vara kostnadsfri även för närstående?

Vår slutsats är att det i detta fall inte är klarlagt vilka som egentligen skulle komma att omfattas av den nya bestämmelsen och inte heller om insatsen ska vara kostnadsfri för alla som eventuellt ska

omfattas. Lagförslaget uppfyller därmed inte de krav på precision som är rimliga att ställa – i synnerhet då det gäller en rättighetslag.

Sammanfattning

Nedan sammanfattas i punktform förbundens skäl för att habilitering och rehabilitering inte kan ingå i särskilt personligt stöd.

- LSS personkrets skulle i praktiken få tillgång till i stort sett alla hälso- och sjukvårdsinsatser, beroende på den mycket vida definitionen av habilitering och rehabilitering, som en rättighet, utan den gängse medicinska prövningen av behovet.
- Beslutsfattaren när det gäller särskilt personligt stöd som ofta är en administratör kommer att fatta beslut om behandlingsinsatser som kan röra hela hälso- och sjukvården.
- Den funktionshindrade som inte är nöjd med de insatser som erbjuds kan överklaga till domstol. Det blir således jurister som i sista hand kommer att ta ställning till om och hur det medicinska behovet hos den funktionshindrade ska tillgodoses.
- LSS som rättighetslag kommer att slå in en kil i HSL och bryta den viktiga vårdpolitiska principen om vård på lika villkor för hela befolkningen.
- I en kösituation kommer den som av domstol getts rätt till hälso- och sjukvård att gå före alla andra oavsett hur behoven ser ut. Det betyder att den av Riksdagen fastställda prioriteringsprincipen sätts ur funktion.
- Om det i en framtid skulle bli möjligt för vissa grupper av patienter att till domstol överklaga rätten till hälso- och sjukvård måste personkretsen för denna exklusiva rätt omprövas. LSS är i sin konstruktion både diagnos- och behovsinriktad. Det innebär till exempel att även mycket lindrigt utvecklingsstörda kan omfattas av lagen p g a lagens konstruktion.
- Om det skulle visa sig att personer med funktionshinder inte får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda ska detta åtgärdas inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen.
- Om principen om hälso- och sjukvård på lika villkor ska förändras bör detta utredas av en parlamentarisk kommitté.

Utredningens alternativförslag där endast delar av det som är att betrakta som habilitering och rehabilitering ska kunna erhållas som en rättighet enligt LSS medför dessutom att nya gränsdragnings-

problem kommer att uppstå. Vad är att betrakta som medicinsk habilitering och rehabilitering och vad är inte det? Förslaget innebär inte ett förtydligande av insatsen och kommer inte att underlätta för tillämparen.

Vi avvisar således med kraft att habilitering och rehabilitering görs till rättigheter enligt LSS med möjlighet till domstolsprövning. Detta gäller såväl huvudförslaget som alternativförslaget.

Utredningens förslag medför ambitions- och kostnads- höjningar

Utredningens förslag innebär stora ambitionshöjningar när det gäller innehållet i särskilt personligt stöd. En rad nya insatser ska kunna rymmas inom särskilt personligt stöd till exempel habilitering och rehabilitering, punktskrift, psykosocialt stöd och en särskild samordnare. Detta kommer givetvis att innebära betydande kostnadsökningar för huvudmännen som genom finansieringsprincipen ska bestridas av staten.

Vi underkänner utredningens ekonomiska konsekvensanalys. Uppgifter från den praktiska verksamheten borde på ett annat sätt ha fått bilda underlaget.

Ambitions- och kostnadshöjningar

Allt som är en utökning av det som tidigare var rådgivning och annat personligt stöd innebär ökade kostnader för landstingen och kommunerna. Nedan ges i punktform exempel på förslagens ambitionshöjningar. I de flesta fall är insatserna så vagt beskrivna att de kostnadsökningar dessa ger upphov till är omöjliga att beräkna utan ett omfattande arbete.

- Att föra in *habilitering och rehabilitering* i särskilt personligt stöd kommer att medföra ökade kostnader av flera skäl. Givetvis kommer många ur LSS' personkrets att vilja få del av habiliterings- och rehabiliteringsinsatser som en rättighet. Detta innebär fler ansökningar och därmed fler utredningar samt en ökning av behandlingsinsatser för landstingen och kommunerna och därmed ökade krav på resurser. Till detta ska läggas den otillräckliga precisering av habilitering och rehabilitering som vi pekat på ovan.

- Närståendes rätt till särskilt personligt stöd inklusive habilitering och rehabilitering kommer också att medföra ökade kostnader. Avgift betalas inte för LSS-insatser. Om detta kommer att gälla även för närstående är oklart.
- *Psykosocialt stöd* ska enligt utredningen snabbt kunna erbjudas den enskilde och vid behov även närstående. Utredningen ger ingen närmare definition av vad detta innebär men anger att det handlar om ”ett kvalificerat psykosocialt stöd genom olika former av stödsamtal”. Här finns således exempel på en rättighet som är oklart definierad och där innehållet sannolikt så småningom kommer att klarläggas av de rättsliga instanserna.
- *Kommunikation* där bland annat punktskrift nämns, kan medföra stora kostnader eftersom det blir en rättighet och kommer att gälla både personkretsen och de närstående. Utöver att tillhandahålla mycket grundläggande kunskaper i till exempel punktskriftsteknik och teckenspråk finns inget ansvar för detta hos landstingen. Härtill ska läggas att det finns ett antal andra alternativa kommunikationstekniker.
- *Rörelseträning* som till exempel gymnastik, dans och ridning är huvudsakligen nya uppdrag inom ramen för särskilt personligt stöd och kommer att medföra ökade kostnader. Dessa verksamheter ligger snarare inom skolans och fritidssektorns ansvar.
- *Kultur och fritid*. Den ansvarige huvudmannen ska enligt utredningens förslag ge individuellt stöd för deltagande i ”befintliga aktiviteter som finns i samhället”. Denna insats torde inte ingå i dagens rådgivning och annat personligt stöd. Innehållet är mycket oklart beskrivet.
- *Namn given samordnare*. Utredningen föreslår att den som fått insatsen särskilt personligt stöd beviljad ska erbjudas en namn given samordnare. Samordnaren som bland annat ska ha olika former av nätverkssamordning är en ny typ av befattningshavare som rymmer tidskrävande uppgifter som det beskrivs i utredningsförslaget och kommer därmed att medföra ökade kostnader för landstingen och kommunerna. Ett till exempel på ökade kostnader ges nedan.
- En heltidsanställd samordnare beräknas kunna ha tolv personer som uppdrag under förutsättning att varje person får en insats under i genomsnitt fyra timmar per månad. I Stockholms läns landsting beräknas ca 1 700 personer efterfråga denna insats till en kostnad av ca 68 miljoner kronor per år för ca 136 heltids-

tjänster. Omräknat till hela landet innebär detta en kostnad på 340 miljoner kronor per år.

Kommunernas stora kostnadsökningar för LSS

Handikappomsorgen är den kommunala verksamhet som ökat snabbast under senare år. Bruttokostnaderna för handikappomsorgen, exklusive insatsen rådgivning och annat personligt stöd, har fördubblats under perioden 1997–2002. De har ökat från 17,6 till 34,5 miljarder kronor. Nettokostnaderna, det vill säga de kostnader som kommunerna finansierar själva, har under perioden ökat med drygt 74 procent eller nästan 15 procent per år. Nettokostnaderna uppgick år 2002 till 26,2 miljarder kronor. Till största delen är det kostnaderna för LSS som ökat.

Ökningen av handikappomsorgen både kostnads och volymmässigt innebär att den tränger ut annan kommunal verksamhet.

Vi anser att det i nuvarande läge inte är lämpligt att föreslå förändringar i LSS som innebär ambitionshöjningar och därmed kostnadsökningar. Detta bör endast göras i ett sammanhang då LSS ses över i sin helhet och där även frågan om hur verksamheten bör finansieras tas upp.