

Kapitel I

Bostad med särskild service och daglig verksamhet för personer med stora beteendestörningar

Maria Klamas

SAMMANFATTNING

Projektet som här dokumenteras är ett kommunalt samverkansprojekt mellan kommunerna i forna Skaraborg samt primärvård och specialistpsykiatri. I kommunerna finns ett antal personer, med frontallobsdemens, psykosor och svåra hjärnskador som tidvis ger omfattande beteendestörningar. De har stora och omfattande behov av vård och omsorg vilka inte kan tillgodoses på ett tillfredställande sätt i kommunerna. Kommunerna anser sig inte ha ekonomiska förutsättningar att skapa verksamheter för så få personer och kan av samma skäl inte utveckla eller bibehålla kompetens hos personalen. Med detta projekt hoppas man via kommunal samverkan kunna tillskapa ett antal boenden i länet där individernas behov skulle kunna tillgodoses. Projektet är uppdelat i två faser. Första fasen, år ett handlar om att undersöka huruvida samverkan är möjlig samt presentera en verksamhetsidé för berörda politiker i kommunerna. Fas två, då nödvändiga politiska beslut är tagna, handlar det om projektering och byggnation av särskilda boenden.

Det FoU-Skaraborg beställde var en rapport där fas ett (från oktober 2002 - december 2003) dokumenterades på ett processinriktat sätt med samverkan i fokus. Ett delsyfte med denna dokumentation har varit att redovisa de samverkansidéer som framkommit under året, samt de diskussioner som förts om hur arbetet i och runt boendet ska bedrivas. Ett andra syfte var att redogöra för om man valt att gå vidare med projektet till fas två eller ej och på vilka grunder valet gjordes. Vid årsskiftet 2003-2004 hade inte samtliga kommuner fått verksamhetsidén presenterad för sig, därmed kan inte föreliggande rapport ge svar på detta syfte.

Den huvudsakliga datainsamlingsmetoden har varit fokusgrupp, där gruppens kraft har kunnat användas på ett positivt sätt och samverkansidéer har kunnat genereras. I övrigt har även intervjuer, skriftlig intervju, deltagande vid möten, samt protokoll använts som datainsamlingsmetoder. Fenomenen samverkan och kollektiv kompetens har använts som teoretisk ram och analysredskap. Den samverkan som bedrivits under året har präglats av en stark drivkraft, en vilja och ett engagemang att utveckla samverkansformer och att ta vara på och utveckla den kompetens som finns i länet. Resultatet visar att det finns ett antal dilemman förknippade med projektets fortsättning. Dels handlar det om svårigheten med att få genomströmning i boendet, dels handlar det om att få kommunerna att delta i projektet.

FÖRORD

Vi har förutsättningar att tillsammans göra något riktigt bra för framtiden. En möjlighet att gemensamt möta de behov som vi inte klarar av att möta på egen hand. De som har deltagit i arbetet har visat prov på stort kunnande och engagemang för den utsatta målgruppen och en vilja att göra någonting gemensamt för dessa människor.

Vägen kan tyckas lång därför är det viktigt att vi så snart som möjligt får komma igång med arbetet att förverkliga vår gemensamma vision om att skapa goda levnadsförhållanden för personer med stora beteendestörningar.

”Samarbete kan sägas inträda först när man slutar att använda ordet samarbete om sitt gemensamma arbete. Samarbetet har då blivit en så självklar del av arbetet att ordet har förlorat sin särskiljande förmåga”

Innehållsförteckning

	sida
Sammanfattning	2
Förord	2
Kapitel 1	
Inledning	4
Bakgrund	4
Problemformulering/syfte	7
Teoriram	7
Metod	11
Resultat	12
Analys och sammanfattande diskussion	28
Metod	
Bilaga 1 Metod	
Bilaga 2 Intervjumall med initiativtagare till projektet	
Bilaga 3 ”Kommunala samverkanslösningar, primärvård och psykiatri”	
Bilaga 4 Skriftlig intervju med brukarrepresentanter och personliga ombud	
Bilaga 5 Fokusgrupp, tillfälle 1	
Bilaga 6 Fokusgrupp, tillfälle 2	
Bilaga 7 Fokusgrupp, tillfälle 3	
Litteraturlista	
Kapitel 2	

INLEDNING

Projektet som här dokumenteras är ett kommunalt samverkansprojekt mellan kommunerna i forna Skaraborg samt Habo kommun. I kommunerna finns ett antal personer, med frontallobsdemens, psykoser och svåra hjärnskador som tidvis ger omfattande beteendestörningar. De har stora och omfattande behov av vård och omsorg vilka inte kan tillgodoses på ett tillfredställande sätt i kommunerna. Kommunerna anser sig inte ha ekonomiska förutsättningar att skapa verksamheter för så få personer och kan av samma skäl inte utveckla eller bibehålla kompetens hos personalen. Dagens lösningar har varit att köpa platser i andra kommuner alternativt placera dessa individer på befintliga boenden, trots att verksamheten där inte varit avpassad för denna komplexa problematik. Med detta projekt hoppas man via kommunal samverkan kunna tillskapa ett antal boenden i länet där individernas behov skulle kunna tillgodoses. Projektet är uppdelat i två faser. Första fasen, är ett handlar om att undersöka huruvida samverkan är möjlig samt presentera en verksamhetsidé för berörda politiker i kommunerna. Fas två, då nödvändiga politiska beslut är tagna, handlar det om projektering och byggnation av särskilda boenden.

Det FoU-Skaraborg beställde var en rapport där fas ett (från oktober 2002-december 2003) dokumenterades på ett processinriktat sätt med samverkan i fokus. Under första veckan i september 2003 skulle ett arbetsmaterial i pm-form lämnas in för att kunna biläggas den verksamhetsidé som skulle presenteras för kommunförbund och politiker (bilaga 1).

Ett delsyfte med denna dokumentation har varit att redovisa de samverkansidéer som framkommit under året, samt de diskussioner som förts om hur arbetet i och runt boendet ska bedrivas. Ett andra syfte var att redogöra för om man valt att gå vidare med projektet till fas två eller ej och på vilka grunder valet gjordes. Vid årsskiftet 2003-2004 hade inte samtliga kommuner fått verksamhetsidén presenterad för sig, därmed kan inte föreliggande rapport ge svar på detta syfte.

Den föreliggande rapporten kan ses som en processdokumentation, där jag försökt att visa på processen och utvecklingen av tankar och idéer under året. Tanken var att nyttja den kunskap och erfarenhet som projektgruppen hade samt att via deras kraft kunna generera nya frågor och ny kunskap. Därav blev min roll i sammanhanget mer som en katalysator i deras utvecklingsarbete, än en evaluerande roll i traditionell bemärkelse.

BAKGRUND

Varför samverkan?

Det finns en tilltro till att verksamheter blir effektivare, billigare och bättre av att man samverkar och samverkan har inom många områden blivit en nödvändighet. Danermark & Kullberg (1999) framhåller två skäl till varför det är mer nödvändigt med samverkan nu. Det första skälet är *formerna*, att detaljreglering och centralisering har bytts mot ramlagstiftning och decentralisering av såväl beslutsbefogenheter som verksamhet. Det andra skälet är till *inhållet*, flera aktörer avgränsar, specialiserar sin verksamhet alltmer vilket medför en renodling av verksamheter. Ädel- och psykiatireformen är exempel på att det till hög grad är kommunerna som fått ta på sig en större del av uppgifterna då andra verksamheter begränsat och snävat in sitt arbetsområde. Samverkan som organisationsmodell kan innebära att individen får hjälp utifrån kontinuitet och helhetssyn, medan sektorisering kan leda till rundgång – att individen faller mellan stolarna (Lindqvist, 2003).

Bakgrund till projektansökan

De senaste decennierna har det skett en stor förändring av den psykiatriska vården. På olika sätt har man strävat efter att kunna erbjuda personer med psykiska störningar service och vård utanför institutionerna. Institutioner har lagts ner och under 1980-talet halverades antalet inlagda patienter i slutenvård (1993/94:218). Under 1990-talet genomfördes två omfattande socialpolitiska reformer i Sverige som berörde personer med funktionshinder, handikappreformen (SOU 1991:46) och psykiatrireformen (SOU 1992:73). Målet med handikappreformen var ökat självbestämmande och inflytande. Psykiatrireformens intentioner var att förbättra psykiskt funktionshindrade personers situation i samhället, öka deras välfärd och stärka deras valfrihet. Något nytt skulle skapas utifrån begrepp som normalisering, integrering, självbestämmande och delaktighet (SOU 1992:73). Psykiatrireformen innebar även ett ökat och förtydligt ansvar för kommunerna för att människor med funktionshinder skulle kunna leva i samhället som fullvärdiga samhällsmedborgare och Socialtjänstlagen (1996/97:124) skärptes upp på dessa punkter. Socialtjänstens ansvar för gruppen hade visserligen funnits i Socialtjänstlagen sedan 1982 men utan förväntat resultat. I takt med att kostnadsansvaret övergick till kommunerna ökade problemen för kommunerna att uppnå en god vård och omsorg för vissa av de funktionshindrade. Även om man försökte utveckla stöd och omsorg till funktionshindrade fanns det i varje kommun ett fåtal individer med så komplex problematik att man inte kunde tillgodose deras behov fullt ut. Anledningarna kan vara flera, exempelvis att det inte fanns ekonomiska förutsättningar att tillskapa verksamheter för så få personer i en och samma kommun. En orsak kunde också vara att man hade svårigheter att utveckla och bibehålla kompetens hos personal när det gällde dessa individer med så omfattande och speciella behov. Tidigare kunde landstinget enklare hitta lösningar då antalet personer inom landstingets geografiska upptagningsområde var tillräckligt många för att hitta vägar för såväl behandlande insatser som för särskilda boendeformer.

Tanken föddes, hos initiativtagare till detta samverkansprojekt Bengt Eriksson, FoU-Skaraborg och Håkan Gerhardsson, Enhetschef i Hjo kommun att kunna finna kommunala samverkanslösningar på detta problem. Hösten år 2000 kontaktade representanter för Hjo, Karlsborg och Tibro kommuner, Kommunförbundet Skaraborg för att få hjälp med att arbeta fram en gemensam lösning till en bättre livssituation för de personer där resurserna för en god omvårdnad inte räckte till i den enskilda kommunen. En inventering, i form av en enkät, gjordes i forna Skaraborgs län i slutet på år 2000, för att få grepp om hur många personer det handlade om och vilka deras svårigheter/behov var. Sju av Skaraborgs femton kommuner hade någon eller några personer i sin kommun där en samverkanslösning skulle vara en fördel. För tillfället löste man situationen för dessa människor genom att exempelvis köpa platser på annan ort i Sverige, eller genom att placera dem på befintliga boenden som dock inte var avpassade utifrån dessa människors specifika behov och problematik. De personer som kommunerna hade svårt att tillgodose behoven för var dels personer med frontallobsdemenser och dels människor med någon form av psykiska svårigheter som föranledde ett högt omvårdnadsbehov.

En medelsansökan inlämnades till Finansdepartementet som beviljade åttahundrasextiotusen kronor. Pengar erhöles med utgångspunkt i att samtliga kommuner i Skaraborg har negativ utveckling av befolkningsantalet. Tanken var att attraktiva arbetsplatser skulle kunna få arbetskraft att söka sig till eller i alla fall stanna kvar i Skaraborg. Projektansökan syftade till samverkansmodeller mellan kommuner om boende och daglig verksamhet för enstaka personer med stora funktionshinder. Boendefrågan skulle lösas inom ett geografiskt område i den närmaste regionen. Projektet planerades i två faser. Fas ett handlade om att undersöka huruvida samverkan var möjlig. I den andra fasen, när nödvändiga politiska beslut var

tagna, skulle projektering och byggnation av särskilda boenden och verksamheter ske. En projektledare anställdes under hösten 2002 i syfte att skapa ett grunddokument för en framställan till berörda nämnder i de kommuner som önskade ingå i någon form av samverkansavtal. Vidare beställdes, från Högskolan i Trollhättan/Uddevalla Institutionen för individ och samhälle, en processinriktad dokumentation av projektets första år, vilket skulle sträcka sig från januari-december år 2003.

Projektet är ett kommunalt samverkansprojekt, men arbetet kring tänkta målgrupp kräver samverkan även med andra huvudmän och sedan hösten 2001 deltar även Primärvården och Specialistpsykiatrien inom Västra Götalandsregionen. Projektet syftar till att tillsammans med primärvården och division psykiatri inom Västra Götalandsregionen, utveckla långsiktiga stöd- och utbildningsprogram för personal i dessa boenden och i den dagliga verksamheten. Det krävs en särskilt yrkeserfarenhet och kompetens hos personalen för att brukarna skall få en god vård och omsorg. En kontinuerlig och nära samverkan mellan kommun, primärvård, specialist psykiatri och berörda intresseorganisationer kan vidmakthålla en hög kvalitet och förebygga en alltför hög personalomsättning. Ytterligare ett syfte man framförde i sin projektansökan var att detta samverkansarbete kring dessa individer skulle kunna förebygga inläggning inom slutenvården.

Sammanfattningsvis kan man säga att målsättningen med projektet är att enskilda personer med frontallobsdemens, psykoser och svåra hjärnskador som tidvis ger beteendestörningar i stor omfattning skall få en god vård och omsorg i Skaraborg. De risker man redan i planeringsstadiet lyfte fram var att platserna snabbt skulle kunna komma att fyllas och att det på grund av detta ändå inte skulle kunna täcka framtida behov. Svårigheter kan även uppstå då boendet får tomplatser som inte kan beläggas. Dessa svårigheter skulle särskilt beaktas.

Verksamhetsidé

En projektledare anställdes och en referensgrupp tillskapades med representanter från samtliga kommuner i forna Skaraborg samt Habo kommun och representanter från primärvården, specialistpsykiatrien och kommunförbundet. I och med att referensgruppen var stor till antalet personer, skapades en ledningsgrupp med färre deltagare, dessa hade dock inte beslutande mandat, utan beslutanderätten hade referensgruppen.

Under fas ett av projektet skulle referensgruppen diskutera huruvida man via kommunal samverkan kunde tillskapa boendeformer för människors vars behov inte kan tillgodoses i hemkommunen på ett tillfredsställande sätt. Vidare skulle en verksamhetsidé tillskapas och därefter presenteras för respektive kommun. Verksamhetsidén skulle av referensgruppen utformas via stafettskrivning, det vill säga samtliga skulle delta i såväl skrivande som utformning.

Projektet skulle via verksamhetsidén presenteras för respektive hemkommun under år 2003 senare del. Verksamhetsidén blev att betrakta som ett viktigt dokument då det skulle ligga till grund för kommunernas beslut om huruvida de skulle tacka ja eller nej till att delta i projektet från fas två det vill säga projektering och uppbyggande av boenden. Presentationen av projekt och verksamhetsidé skulle göras av kommunens egen representant i projektgruppen. Man kan anta att sättet att presentera projektet kunde få konsekvenser för på vilka grunder kommunerna fattar sitt beslut om deltagande eller icke-deltagande. En frågeställning som inte ryms inom denna studie.

PROBLEMFORMULERING/SYFTE

Inledning

Fokus i denna rapport är samverkan mellan samtliga kommuner i forna Skaraborgs län samt Habo kommun i Jönköpings län. Kravet från FoU-Skaraborg var att dokumentationen av projektarbetet skulle redovisas på ett sådant sätt att processen blev tydlig, därav har projektarbetet följts under hela år 2003. Utifrån den initiala diskussionen, där projektdeltagarna tydliggjorde uppdraget och utvärderingens syfte, formulerades forskningsfrågorna som sedan antogs av gruppen. Dessa frågor har i hög grad varit en konkret utgångspunkt vid datainsamlingen.

Syfte

Det första delsyftet med utvärderingsuppdraget är att redovisa samverkansidéerna, det vill säga vad man betonar under projektets gång. Det andra delsyftet är att redogöra för om man väljer att gå vidare med projektet till fas två eller ej och på vilka grunder valet gjorts.¹

Problemformulering

- Kan samverkan möjliggöra inrättande av boende med särskild service och daglig verksamhet för personer med psykiska funktionshinder vars behov inte kan tillgodoses i hemkommunen?
- Hur vill samverkansparterna att arbetet i och runt boendet skall bedrivas?

TEORIRAM

Samverkan och kollektiv kompetens

Inledning

Fokus i denna rapport är samverkan och hur man i samverkan kan nyttja och utveckla varandras kompetens för att därigenom tillgodose vissa individers stora och omfattande behov av vård och omsorg. Som teoretisk utgångspunkt, men också som analysredskap, har jag valt fenomenen samverkan och kollektiv kompetens. En målsättning med projektet är, att via samverkan bättre kunna nyttja de resurser och den kompetens som finns, vilket innebär att man inte bara ska finna samverkansformer utan även finna strategier för att nyttja och utveckla den kompetens som finns representerad i samverkansgruppen, därav min teoretiska koppling mellan begreppen samverkan och kollektiv kompetens.

Vad är samverkan?

Samverkan kan enligt Danermark (2000 s 15) definieras som

”medvetna målinriktade handlingar som utförs tillsammans med andra i en klart avgränsad grupp avseende ett definierat problem och syfte” .

¹ Delsyfte två går ej att uppnå i denna rapport, i och med att projektgruppen inte presenterat verksamhetsidéen för samtliga kommuner i december, då insamling av material för denna rapport avslutades.

Enligt Westrin (1986) kan samverkan/samarbete indelas i fyra olika kategorier beroende på hur verksamheten byggs upp. Dessa typer är; kollaboration, koordination, konsultation och integration. Kollaboration är den kategori som anses vara reell samverkan, samverkan sker då kring avgränsbara frågor och former. Koordination är det som är mer av samordnande art, man lägger samman olika instansers insatser för att uppnå ett gott resultat. Konsultation är vad det låter vara, att man nyttjar specialkompetens när så behövs. Integration, avslutningsvis, är en form av sammansmältning där verksamheter slås samman och uppgifterna blir gemensamma. Boklunds definition (1995) liknar det som ovan benämns kollaboration. Hon menar att det är då varje yrkesgrupp som möts bibehåller sina respektive ansvars- och verksamhetsområden och att det enbart är kring vissa ärenden eller verksamhetsområden som man samarbetar. Man kan utforma en insats genom att ta delar från varje samverkanspart för att skapa en helhet för individen. Insatser måste koordineras så att komplementära fördelar erhålls. Klarhet måste finnas vad gäller målsättningar, regler, ansvars- och kostnadsfördelning samt former för samverkan.

Lagerberg & Sundelin (1990) menar att samverkan skall eftersträvas när varje myndighet var för sig inte kan bidra till att det aktuella problemet åtgärdas. I samverkansprojekt är det ofta flera skilda verksamheter och experter som möts. Deltagarna har olika kompetenser och professionell, yrkesmässig eller verksamhetsbaserad status. Man kan enkelt säga att det är stora variationer mellan de olika verksamheter som ibland möts i samverkansprojekt. Denna samverkan är inte helt enkel i och med att man har många skilda perspektiv, kunskaper och utgångspunkter som kan ge upphov till diskussion och i vissa fall konflikt (Danermark & Kullberg, 1999). Våra ställningstaganden påverkar, medvetet eller omedvetet, hur ett problem skall definieras, förstås och åtgärdas. I samverkanskonstellationer där olika grundläggande ställningstaganden finns representerade kan problem kan uppstå om hur problem ska definieras. I stället för att lägga kraft på hur problemet skall kunna lösas i samverkan används energin till att få gehör för sitt egna perspektiv, alltså en form av maktkamp. Problem kan också uppstå om en person försöker bestämma i frågor som inte berör hans ansvarsområde. Om en av parterna i samverkan är modellstark och de andra är modellsvaga är det en särskild stor risk att samverkan leder till att de modellsvaga övertar den modellstarkes bild av problemet. I stället för att låta olika kunskapsmodeller mötas och brytas mot varandra kan en bedräglig konsensus uppstå. Samverkan skulle underlättas betydligt om man lyssnar till hur andra ser på problemet och försöker lära sig delar av andras begreppsapparat. Problemet i samverkan är inte i första hand att det finns olika modeller, utan att det brister i såväl insikten i och respekten för varandras modeller (Danermark, 2000).

Bång & Rudstam (1984) hävdar att vissa inre och yttre betingelser bör vara uppfyllda för att en god samverkan skall kunna komma till stånd. Där yttre betingelser står för organisatoriska och resursmässiga förutsättningar och inre för personalens motivation och deras upplevelser av det som sker i samverkan. Ansvaret att skapa förutsättningar för samverkan är ledningens inte de enskilda medarbetarna. Den som skall leda gruppen måste, av de övriga i gruppen, uppfattas som både kunnig i den fråga som samverkan handlar om och uppfattas som lojal mot gruppen. Att ge en samverkansgrupp så stort beslutsmandat som möjligt kan vara en väg att gå för att få samverkan att fungera – men – om det innebär stort merarbete för enskilda individer måste det tillföras resurser. Frågan om beslutsmandat måste diskuteras och klargöras innan samverkan påbörjas. Viktigt att alla i gruppen vet varandras mandat så att inte förväntningarna blir felaktiga (Danermark, 2000). I det praktiskt konkreta arbetet finns det vissa faktorer som kan försvåra möjligheterna till samverkan. Tengvald (1982) menar att hög personal omsättning, hög arbetsbelastning och snäva anvisningar om hur arbetet ska utföras

försvårar uppbyggnaden av en gemensam kunskapsbas för personalen. Något som krävs för att samverkan skall få det positiva genomslag som man har som målsättning vid samverkan.

Kollektiv kompetens

I denna del av kapitlet är samtligt material hämtat från Hansson (2003). I ett projekt är det en grupp individer som *gemensamt arbetar* med en *specifik uppgift*. En enda person skulle inte kunna utföra hela arbetet, det behövs speciell kompetens inom varje delområde, men det räcker inte med praktisk kunskap i delar, kompetenserna måste samverka. Man kan inte jobba parallellt, sida vid sida, utan mer i relation till och interaktion med varandra, i samverkan. Det är i denna kombination mellan uppgift och samverkan som den kollektiva kompetensen uppkommer, visar sig och utvecklas.

- Interpersonell och praktisk kompetens

Kollektiv kompetens kan ses som en färdighetskunskap som individen förvärvat i interaktion och som kommer till uttryck i gruppens handlande, det praktiska arbetet. Man måste således ha kunskap om uppgiften och kunna utföra den, det vill säga ha en praktisk kompetens, men man måste även ha förmågan att utföra uppgiften tillsammans med de andra, det vill säga ha en interpersonell kompetens. God praktisk kompetens skapar förutsättningar för interpersonell kompetens. Den interpersonella kompetensen kan utvecklas utifrån en plattform av god praktisk kompetens inom gruppen. Den kollektiva kompetensen blir högre än individernas sammanlagda kompetens. I blandningen av människor med olika kompetenser och beroende på vilken uppgift man har att lösa träder olika individer fram i förgrunden som experter eller för att de är mer kunniga på området. Vilket kräver vetskap om och tillit till den övriga gruppens förmåga och kompetens. Det som skiljer kollektiv kompetens i handling från inövade och mekaniska rutiner är reaktionerna på små, subtila avvikelser. Den så kallade experten kan sägas ha en intuitiv beredskap för skillnader, medan novisen förlitar sig på normer och rutiner och har inte förmågan att se, uppfatta eller agera i förhållande till det lilla.

- Tre stadier av kollektiv kompetens

Kollektiv kompetens visar sig i tre olika stadier: meningsutbyte, förtrogenhet och enhet. Meningsutbyte, symboliserar att individerna har olika tolkningar av uppgiften och möjliggör för gruppen att förmedla vad som skall göras, hur det ska göras, varför det ska göras samt när och var det ska göras. I förtrogenhetsstadiet har individen eller gruppen nått en gemensam förståelse för varandra och för uppgiftens art. Förtrogenheten möjliggör och styr individen i dennes handlande. I detta stadium är tillit en nödvändig förutsättning, annars måste man kontrollera vad de andra gör hela tiden, förtrogenheten skapar utrymme för tillit. Enhet är en subjektiv känsla av tillhörighet, man har i gruppen utvecklat ett gemensamt meningsskapande och strävar därmed åt samma håll.

- Organiseringsprinciper, rollövertagande, meningsskapande och gemenskap

Då det gäller kollektiv kompetens framkommer tre organiseringsprinciper, rollövertagande, meningsskapande och gemenskap.

Rollövertagandet är enligt Mead (1976) en förutsättning för att vi skall kunna leva och fungera som människor. Kopplat till kollektiv kompetens kan man se rollövertagandet som en praktisk överföring av kompetens: som ett interpersonellt och praktiskt givande och tagande av en handlingskompetens. Via denna process insocialiseras individen i det kollektiv som hon är en del av. När rollövertagandet blir mer symmetriskt övergår man i meningsskapande. Under meningsskapandeprocessen byggs det bland individerna upp en gemensam bas för förståelse av varandra och av arbetsuppgiften. En för kollektivet gemensam bild är viktigt för den kollektiva kompetensen. Meningsskapande är företrädesvis en medveten process. Är vi

inte medvetna om hur denna process fungerar kan vi inte på ett effektivt sätt bygga upp en gemensam referensram i ett kollektiv. Det visar på skillnaden mellan handling och görande. Det producerande kollektivet gör eller producerar utan att egentligen veta varför. Det kompetenta kollektivet handlar medvetet och kan därför i mycket högre grad utveckla och bibehålla sitt gemensamma meningsskapande.

Gemensamma uppfattningar är av stor vikt för att gruppmedlemmarna skall kunna utveckla det meningsskapande som är grunden för kollektiv kompetens. Gemenskapande är den process som inbegriper både upprätthållande och utveckling av den kollektiva kompetensen i gruppen, t.ex. genom reflexion och gemensam förståelse. Gemenskapen är det som präglar en grupp med en hög grad av praktisk och interpersonell kompetens.

- Att leda och organisera

För att uppnå en hög kollektiv kompetens är det viktigt hur vi organiserar den interpersonella och praktiska kompetensen. Den flexibilitet som behövs för att reagera snabbare på förändrade förutsättningar uppnås lättare genom organisering av verksamhet än genom skapandet av en organisation med fasta strukturer, därför talar Hansson hellre i termer av organisering än av organisation.

Ledaregenskaperna blir inte lika framträdande utifrån detta sätt att se. Här lyfts istället förmågan att organisera och skapa förutsättningar för verksamhetens fortskridande fram. Det handlar om att leda organiseringsprocessen snarare än gruppens individer. Ledarrollen ska mer ses som en entusiasmerare med en funktion som administratör. Om man som ledare fungerar som så skapas förutsättningar för ett ömsesidigt förtroende och samarbete och därmed kan kollektivets kompetens utvecklas. I tanken om kollektiv kompetens finns en positiv grundton där människan ses som nyfiken, med drivkraft och initiativförmåga.

- Kollektiv kompetens i projekt

Kollektiv kompetens är en förutsättning för att ett projekt skall fungera men det finns sällan förutsättningar för att den skall kunna utvecklas i och med att själva projektformen medför ett antal hinder för lärande. Dels så arbetar man inom projekt ofta under stark tidspress. Vanligt är att man inom projekt skjuter upp lärandet. Detta kan främst ses som relaterat till tidsbristen. Det medför extraarbete att reflektera över vad man gjort. Om erfarenheter i ett projekt inte leder till ett lärande i projektet – hos individer eller i organisationen – blir kunskapen inte återanvändbar och det blir lätt att göra om samma misstag i varje nytt projekt, vilket är slöseri med resurser. Om projekt är en svår miljö för lärande och utveckling av kollektiv kompetens måste man sträva efter att undvika dessa problem. Genom att få kännedom om problemen och fortsätter att organisera verksamheten utifrån ökad tidstillgång, delaktighet samt uppmuntran till reflektion under arbetets gång ökar chanserna betydligt att en kollektiv kompetens kan utvecklas. Om kunskaper utvecklas på detta sätt kan även kunskapen överföras vidare. Vad jag förstår det kan projektledaren få en viktig roll i detta, han/hon kan ses som bärare av kompetens och är den som ska samordna och organisera den kollektiva kompetensen. För att det ska vara möjligt att utveckla kollektiv kompetens i projekt krävs det att projektledaren understöder utvecklingen och medvetet försöker skapa starka gemensamma symboler eller mål. Lundin och Söderholm (1995) ser avslutningen av ett projekt som ett tillfälle för deltagarna att summera sina erfarenheter och att lära för framtiden. Lärandet blir viktigt i en projektorganisation där individer flyttar vidare i nya organisationer eller åter till hemorganisationen eftersom de är/ska vara bärare av kunskap.

METOD

I detta kapitel följer en kort presentation av metod och tillvägagångssätt (för vidare redovisning av tillvägagångssätt se bilaga 2) Gruppdiskussioner, så kallade fokusgrupper med referensgruppen har varit den huvudsakliga metoden. Jag har även använt mig av skriftlig intervju, mötesanteckningar och intervju.

I syfte att få bakgrundskunskap om projektet genomfördes en intervju eller snarare ett samtal med initiativtagarna Bengt Eriksson och Håkan Gerhardsson (bilaga 3). Detta samtal, tillsammans med projektansökan, ligger till grund för bakgrunden i denna rapport. Med referensgrupp, brukarorganisationer och personliga ombud har jag haft, vad jag kallar, skriftliga intervjuer (bilaga 4 och 5). Frågorna har varit öppna till sin karaktär, mer i frågeområdesform och det har inte funnits några svarsalternativ att välja mellan. Förhoppningen var att jag på detta sätt skulle få snabb respons på vad de hade för tankar, förväntningar och intressen i projektet. Svaren på den skriftliga intervjun med referensgruppen har legat till grund för de diskussionsområden som blev utgångspunkt vid första fokusgrupp-tillfället.

Gruppdiskussioner, så kallade fokusgrupper, har genomförts vid tre tillfällen (bilaga 6-8). Dess diskussionsområde har valts ut, utifrån vad jag uppfattat vara ämnen referensgruppen påtalat önskemål om att återkomma till eller ämnen som jag uppfattat återkommit i diskussion gång efter gång. Fokusgrupper kan beskrivas som en form av fokuserade gruppintervjuer där människor samlas kring ett, av samtalsledaren, givet ämne med varandra (Wibeck, 2002). Varje fokusgruppstillfälle har varit i ungefär en och en halvtimme, förutom vid första tillfället då jag inledde med en fördjupad presentation av metoden. Min roll har varit en form av samtalsledare, jag initierade diskussionen men lät sedan deltagarna själva diskutera fritt, vid något tillfälle då de tystnade, kunde jag tillföra nya aspekter som intresserade mig vilket gjorde att diskussionen tog ny fart. En fördel med metoden som fångade mig, var möjligheten till process och utveckling av kunskap, samt att flera perspektiv av samma sak kunde komma fram, under själva fokusgruppstillfället. Som jag tänker mig, möjliggörs då en bredd i resonemanget, där flera perspektiv kan mötas utan att behöva gå i försvar och möjligheten att generera samverkansidéer ökar.

Jag har fört egna anteckningar då jag deltagit vid referensgruppsmöten, ledningsgruppsmöten samt vid träffar med brukarorganisationer och personliga ombud. Jag har deltagit aktivt vid dessa möten enbart vid de tillfällen då jag presenterat sammanställningar av material som jag samlat in. I rapportens resultatdel finns även material med som jag hämtat från protokollanteckningar förda av referensgruppen.

Resultaten syftar till en praktisk användning och därmed är gruppens involvering och engagemang av yttersta värde (Krueger & Casey 2000). Min ambition har genomgående varit, att deltagarna i projektet ska känna sig delaktiga och som en förutsättning för denna rapportens tillkomst. Fördelen med att gruppen involveras i studien är att deras respons kan ligga till grund för den fortsatta forskningsprocessen och utvecklingen av kunskap. Denna feedback kan ses som en del i analysarbetet, att analysen skett parallellt med insamlingen av material. Styrkan med återkopplingen har varit att deltagarna i referensgruppen blivit mer aktiva och mer deltagande i utvecklingen vilket inte bara gynnar materialet i rapporten utan också processen och framåtskridandet med projektet som sådant.

RESULTAT

Att läsa resultat

I följande kapitel redovisas det empiriska material som samlats in. Kapitlet är indelat i tre tidsavsnitt där resultatet presenteras i kronologisk ordning. Varje tidsavsnitt innehåller material inhämtat genom olika datainsamlingsmetoder och via olika källor. Detta för att kunna tydliggöra processen i utvecklingen av samverkansidéer. Varje steg, varje diskussion bygger på den föregående och de områden som diskuteras är således sprungna ur tidigare diskussioner och uppkomna tankar och idéer, vilket jag hoppas kunna åskådliggöra. Varje tidsavsnitt avslutas med det jag ansett varit centralt i diskussionerna och kort om mina egna tankar kring det.

Tidsavsnitt ett

Intresseområden

De intresseområden som referensgruppen fann relevanta att diskutera under året kan sammanfattas i tre kategorier; samverkan, målgrupp och verksamhetens mål och arbetssätt.

- *Samverkan*

Det finns ett starkt fokus på möjligheter med samverkan, vad man kan och vill göra tillsammans samtidigt som man vill klargöra vilka risker och svårigheter projektet kan föra med sig, detta för att skapa handlingsberedskap. Det är angeläget att kartlägga vilka resurser som finns i respektive kommun, men även vad gäller andra huvudmän och intressenter. Allt för att på ett så effektivt sätt som möjligt kunna använda de resurser, den kompetens och de erfarenheter som finns i respektive kommun. Vidare får ekonomi ett stort utrymme, det måste finnas en tydlighet i vad ett deltagande för med sig för ekonomiska åtaganden och i vilken mån man kan dra sig ur projektet och vilka följder det i så fall skulle få.

- *Målgrupp*

Störst utrymme gavs områden som rörde vilka projektet ska vända sig till, målgruppen. Det är önskvärt att fastställa målgruppen, vilka det de facto är som skall beredas plats på de tilltänkta boendena. I samband med målgruppsdiskussioner måste man även diskutera kriterier för att få boende och hur länge man ska vistas på boendet. Om boendena skall vara permanentboende eller någon form av korttidsboende uppfattas som en viktig frågeställning och ett stort och svårt dilemma. Dels med tanke på kvarboendepincipen. Kvarboendepincipen kan leda till ekonomiska konsekvenser för kommunerna, att man som kommun är med och betalar en verksamhet där man inte har tillgång till någon boendeplats, för att platserna låses för en längre tid. Korttidsboende innebär mer aktivitet för boendepersonal och hemkommun att på sikt hitta permanenta lösningar. Å andra sidan framförs korttidsboende som uteslutet i och med att själva syftet med projektet är att frambringa en ny typ av boende för personer som inte fungerar med vanliga kommunala resurser. Det anses då som felaktigt att bolla tillbaka klienten efter en viss tid. Det ses inte som möjligt att kommuner skulle efterlikna ett boende som redan finns i länet för att, så att säga, ”plocka hem” klienter igen. Flytt av klienter mellan boenden skulle kunna leda till en svårighet att skapa trygghet för klienten. Ett permanentboende som fungerar väl anses kunna skapa trygghet för såväl klient som anhöriga. Klart är att beslut om boende kommer att fattas utifrån SoL eller LSS och att det kräver en biståndsbedömning. Det måste bringas klarhet i vem som skall fatta dessa beslut och om det i besluten skall formuleras något om boendetiden. Man kan tänka sig beslut som är tidsbegränsade eller beslut som är behovsstyrda. Nästa steg i beslutandeprocessen är hur tomplatser skall fördelas, hur prioriteringar skall ske och av vem, förslag finns om en länsöverskridande samordnare.

- *Verksamhetens mål och arbetsätt*

I verksamheten skall fokus vara på, och utveckling av, det friska hos varje individ. Vidare är det angeläget att diskutera hur det sociala arbetet skall bedrivas i boendet då man är klar över att inte skapa en sjukvårdsinstitution. Denna målsättning, ambition, förutsätter att man förankrar dessa tankar hos personalgruppen och att personalen som anställs har den kompetens som krävs. Diskussion behövs om vilka professioner som kan vara aktuella för att kunna stärka de sociala perspektivet. Att rekrytera personal och att få dem att stanna kvar är angeläget att jobba vidare med. När det gäller den dagliga verksamheten är kommentarerna mycket få.

Möten med ledningsgrupp och referensgrupp samt skriftlig intervju med referensgrupp.

Jag har deltagit på flertalet ledningsgruppsmöten samt näst intill samtliga referensgruppsmöten. Jag förde egna anteckningar under dessa möten, och i de fall jag ej var närvarande har jag via e-post fått de protokoll som skickats ut efter mötena. Under mars månad sändes en skriftlig intervju ut till samtliga deltagare av referensgruppen, där svaren önskades ges i dialog med kollegor inom den egna verksamheten (bilaga 4). Frågorna till intervjun utformades utifrån de forskningsfrågor som utvärderingen bygger på och önskemålet var att frågorna skulle besvaras i relation till dessa samt till projektets mål och syfte. Av sjuutton utskickade intervjuer erhöles 8 svar.

Mina anteckningar från möten, mötesprotokoll samt svaren från den skriftliga intervjun ligger till grund för nedanstående resultatredovisning. Ur materialet har fyra kategorier kunnat utskiljas, internsamverkan under projektiden, samverkan, målgruppen samt verksamhetens mål och arbetsätt.

- *Intern samverkan under projektiden*

Genomgående är den positiva utgångspunkt som projektdeltagarna har. Den ambition de har är att fokusera på målet, vad de vill uppnå i projektet, detta för att slippa fastna i hinder och begränsningar. Det är utifrån denna positiva utgångspunkt som möjligheter och begränsningar samt vilka förutsättningar som krävs för att uppnå målet, ska ses. Det finns en ödmjuk inställning till den egna förmågan och kunskapen i projektgruppen. Exempel på det är att alla som på ett eller annat sätt blir berörda av deras tankar i projektet hålls informerade, i detta ligger även en förhoppning om att via informationsöverföringen kunna få feedback och goda råd vilka kan vara användbara i det fortsatta projektarbetet. Gruppens olika professioner som kan bidra med sin kunskap och sin kompetens är resurser som kan bidra på ett positivt sätt i projektet. Den personal man har i hemkommunerna ses som en grupp som kan tillföra idéer om den tilltänkta verksamhetens innehåll. En viktig förutsättning för att lyckas med projektet är en gemensam grund att stå på.

Projektet får inte ses som ett självändamål, det viktigaste är att finna goda lösningar för individerna. Med detta menas att arbetet i hemkommunerna med utveckling av verksamheter måste fortgå. Verksamheter ska ej tillskapas som inte står i relation till underlaget. Det faktiska behovet skall styra, vilket förutsätter en kontinuerlig inventering av hur många och vilka individer som inte får sina behov tillgodosedda i hemkommunerna.

- *Samverkan*

Projektet är ett samverkansprojekt kommuner emellan men målgruppens situation är så komplex att samverkan över huvudmannagränser krävs för att behov ska kunna tillgodoses på ett för individen tillfredsställande sätt. Visionen är att samverkan ska etableras på ett tydligt

sätt mellan kommun, primärvård och psykiatri och att samverkansformer skall växa fram utifrån respektive verksamhets ansvarsområde. Det är viktigt att knyta regionen (läns sjukvården) och primärvården närmare projektet De skulle kunna bidra med exempelvis utbildning, information och handledning till personalen i den nya verksamheten. Brukarorganisationerna och de personliga ombuden påtalar vikten av att organisera verksamheten så att huvudmännen arbetar parallellt och att samverkan tydliggörs mellan dem. När det gäller det som av "tradition" är att betrakta som huvudmannagränser så finns mycket kvar att arbeta med. För att realisera brukarinflytande/styrning krävs utbildning och förankring i personalgrupperna, men också hos beslutsfattarna. En risk som framförs är att samverkansprojektets nya verksamheter kan komma att bli en direkt parallell till landstingets verksamheter. Finns risken för att den verksamhet som tillskapas blir en kommunal slutenvård?

Hur samverkan skall bedrivas med intresseorganisationerna har fått stort utrymme. En förutsättning att göra verksamheter bättre, starkare och uthålligare är att människor med olika kompetenser arbetar tillsammans och där ses brukar- och intresseorganisationerna som en viktig del. Ur demokratins synpunkt är samverkan med intresseorganisationerna något mycket viktigt som bör prioriteras. Hur man tar tillvara intresse- och brukarorganisationernas kunskap och kompetens måste vidareutvecklas mer mot att föra en dialog och inte enbart arbeta med informationsöverföring som är så vanlig idag. Samverkan kan ses som ett forum för idéutbyten och intresseorganisationerna har information som kan tillföra viktig kunskap till verksamheten. Man kan via dem få vetskap om målgruppens behov och få hjälp med att sätta fokus på den enskilde och dennes behov. Vidare kan de ge feedback på kommunernas nuvarande sätt att hitta lösningar. I samverkan med brukar- och intresseorganisationerna måste krav och förväntningar tidigt redas ut så att det står klart vad som är påverkansbart och inte. Brukarorganisationerna måste känna att de har en påverkansmöjlighet, samtidigt framkommer det att organisationernas idéer ska tas i beaktande men dock utan att de har någon beslutanderätt, organisationerna får inte vara styrande i samverkan. Brukarorganisationerna och de personliga ombuden vill verka som påverkansfaktorer gentemot kommunerna och önskar därför att delta aktivt i projektet.

Den ideala samverkansformen som framkommer är att man har representation i en kommunövergripande grupp och att det skall ingå olika yrkeskategorier i gruppen. Vidare måste man snabbt kunna komma åt specialkunskap var i länet den än finns, via telefon, nätet eller personligen. Det ekonomiska och ansvarsmässiga skall på förhand vara väl reglerat så att dessa frågor inte utgör hinder när kunskap eller en speciell kompetens behövs. Det handlar således om en tydlig gränssättning mellan huvudmän. Den organisationsform som till sist kommer att anammas måste vara en modell som ger stora påverkans möjligheter för alla som deltar i samverkansarbetet utan att för den delen skapa en otymplig organisation. För att upprätthålla engagemang och kunna föra resonemang kring måluppfyllelse är det angeläget att ledningsgrupp/referensgrupp fortsätter att existera även efter det att boendena är byggda.

- *Målgruppen*

Projektet vänder sig till personer som är utåtagerande, gravt psykiskt sjuka med dubbelhandikapp i form av hjärnskada/utvecklingsstörning, människor med demens, människor med stora beteendestörningar samtliga med ett stort omvårdnadsbehov som man idag inte kan tillgodose i hemkommunen av olika skäl. Personerna har idag inte någon tillfredsställande boende- eller stödform i sin hemkommun. Som förklaring ges att de personer det gäller är mycket olika sinsemellan, om det vore en homogen grupp så skulle man i den egna kommunen kunna ordna ett eget boende. I varje kommun finns således få personer med

"Kommunala samverkanslösningar, primärvård och psykiatri"

Skriftlig intervju till samtliga i referensgruppen

Besvara den skriftliga intervjun, gärna i dialog med kollegor i Er verksamhet. Svaren skall vara mig tillhanda senast 2003-04-01, gärna via e-post maria.klamas@htu.se

Min önskan är att frågorna besvaras i relation till projektets mål och syfte.

Mina forskningsfrågor är;

- **Kan samverkan möjliggöra inrättande av boende med särskild service och daglig verksamhet för personer med psykiska funktionshinder vars behov inte kan tillgodoses i hemkommunen?**

- **Hur vill samverkanspartnerna att arbetet i och runt boendet skall bedrivas?**

Frågeställningar

1. Vilka resurser anser Du/Ni att er verksamhet kan bidra med i samverkansprojektet?
2. Vilka resurser hoppas Du/Ni att andra verksamheter kan tillföra er i och med samverkansprojektet?
3. Hur ser Du/ Ni på samverkan mellan huvudmän och intresseorganisationer?
4. Hur skulle du vilja beskriva den ideala samverkansmodellen vad gäller projektets problemområde?
5. Beskriv de personer som kan komma att bli aktuella, deras generella problematik samt varför deras behov inte kan bli tillgodosedda i er kommun idag.
6. Är det något ytterligare kring projektet som Ni anser vara av vikt att förmedla?

Maria Klamas

Skriftlig intervju med brukarrepresentanter och personliga ombud

Allmänt

1. Vilken organisation representerar Du och vilken målgrupp vänder sig denna verksamhet till?
2. Hur skulle du beskriva målgruppens behov?
3. Hur anser du att dessa behov tillgodoses i kommunerna idag?
4. Vilka behov anser du vara svårast att få tillgodosedda vad gäller den målgrupp Du representerar?

Samverkan i dag

1. Hur skulle du beskriva samverkan inom och mellan kommuner idag vad gäller den målgrupp Du representerar?
2. Hur skulle du beskriva samverkan mellan kommunen och andra huvudmän vad gäller den målgrupp Du representerar?
3. Hur ser du på Din organisations möjlighet att påverka och samverka med kommun, region och primärvård idag?

Samverkan i framtiden

1. Hur skulle du vilja att stödet till den målgrupp Du representerar skulle utformas?
2. Hur skulle du vilja att samverkan utformades inom och mellan kommuner samt mellan kommun och andra huvudmän?
3. Hur skulle Du vilja att er samverkan med kommuner och andra huvudmän såg ut?

Samverkansprojektet

1. Vad anser Du om det samverkansprojekt som kommunerna i Skaraborg samt Habo kommun startat upp?
2. Vilka möjligheter respektive svårigheter ser Du med detta projekt?
3. Vad ser Du som er viktigaste uppgift då det gäller er medverkan i detta projekt?
4. Något Du skulle vilja förmedla till deltagarna i projektet?

Svar önskas snarast, dock senast 2003-08-16.

Tack för Ditt deltagande

Maria Klamas
Högskolan Trollhättan/Uddevalla

Utvärderare av projektet

Fokusgrupp, tillfälle 1.

Område att diskutera

Området sprunget ur de intresseområden som referensgruppen lämnat in som relevanta att diskutera.

- Boende – vägen från att komma dit till att flytta därifrån
- Möjligheter och svårigheter
- Relation till samverkan

Nedanstående är från inlämnade intresseområden som referensgruppen lämnat in som relevanta att diskutera, där jag lyft hit dessa för att ha som back-up om diskussionen tystnar på fokusgrupp.

1. Vilka ska beredas plats, målgrupp, kriterier

- Intagningskriterier
- Intagningsgarantier
- Kvarboende
- Vem besluta om beläggning av platserna
- Korttidsboende/Permanentboende – ett dilemma (vidare diskussion finns)
- Vilka är aktuella för att få boende, fastställa målgruppen önskvärt (vidare diskussion finns)
- Missbruk med i bilden
- Hur fördela platser - Hur prioritera
- Om fullt boende och behov fortfarande finnes hur göra då
- Boendetid/återflyttning till hemkommun
- Kriterier för att få möjlighet att bo
- Vem bedömer och beslutar om vem som skall få bo
- Kvarboendepincipen - Ekonomiska konsekvenser för kommunerna – risk att man är med och betalar verksamhet, men när behov av plats uppstår så finns ej att tillgå

- Kvarboendepincipen
- Tidsbegränsat beslut? eller utifrån behov?
- Vem bedömer vem som har största behovet av boende,
- Prioriteringar om en kommun har behov av flera platser samtidigt
- Permanentboende/korttidsboende (diskussion finns)
- Korttidsboende att betrakta som ett behandlingshem?
- Vem ska göra behovsbedömningen?
- Anvisning av ledigt boende – länsöverskridande samordnare? (vidare diskussion finns)

Fokusgrupp Tillfälle 2

Övergripande frågeställning

- **Hur** ska arbetet i och runt boendet bedrivas?

Begrepp

- Behov
- Beteende
- Socialt perspektiv
- Förutsättningar

Fokusgrupp Tillfälle 3

Vid sista fokusgrupp (tillika viktig del i utvärderingen) vill jag att vi diskuterar den samverkan som varit under detta året.

- eget engagemang i projektet
- arbetet med verksamhetsidén
- möjligheter/hinder
- inspiration
- drivkrafter
- engagemang
- feedback

Till **Er som inte kan komma** skulle jag vilja att ni skriver ner lite kring dessa punkter och mailar mig eftersom jag anser det vara en viktig del i utvärderingen.

Jag skulle även vilja nå er som valt att **inte ha en så aktiv roll i projektet**.

- Vad är det som fått er att inta en mer passiv roll i detta projekt?
- Ge dina kommentarer till den verksamhetsidé som skrivits?

Till dig som inte vill svara, oavsett anledning, snälla skicka ett mail att du inte vill - så vet jag att du nåtts av min förfrågan.

LITTERATURLISTA

Blomdahl-Frej, G. (red) (1998) *Social omsorg och socialpedagogik. Filosofi – teori – praktik*. Studentlitteratur: Lund.

Boklund, A. (1995) *Olikheter som berikar?* Edsbruk: Akademikertryck AB.

Bång, E. & Rudstam, N.G. (1984) Betingelser för samverkan. *Socialmedicinsk tidskrift*, 3-4.

Danermark, B. & Kullberg, C. (1999) *Samverkan Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.

Danermark, B. (2000) *Samverkan – himmel eller helvete?* Stockholm: Gothia.

Hansson, H. (2003) *Kollektiv kompetens*. Lund: Studentlitteratur.

Kreuger, R. A. & Casey, M. A. (2000) *Focus groups*. Thousands Oaks: London.

Lagerberg, D & Sundelin, C. & Elvhage, G. (red) (1990) *Barnfamiljer och samhällets ambitioner*. Stockholm: Liber.

Lindqvist, M. (2003) *Organiserad samverkan och socialpedagogik i vuxenutbildningen*. Magisteruppsats. Göteborgs universitet. Institutionen för socialt arbete.

Lundin, R.A. & Söderholm, A. A Theory of the Temporary Organization. *Scandinavian Journal of Management*. Volume 11, 4, 1999, s. 437-455.

Martinsen, K. (1990) Omsorgsperspektiver i Jensen, K. (red) *Moderne omsorgsbilder*. Gyldendal Norsk forlag A/S, Oslo.

Mead, G.H. (1976) *Medvetandet, jaget och samhället från socialbehavioristisk ståndpunkt*. Argos: Uppsala

Regeringens proposition 1993/94:218. *Psykiskt stördas villkor*.

Regeringens proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlag*.

Regeringens proposition 2000/01:80. *Ny socialtjänstlag mm*.

SOU 1991:46 *Handikapp, välfärd, rättvisa*. Betänkande av 1989 års handikapputredning.

SOU 1992:73 *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*. Stockholm: Allmänna förlaget.

Szebehely, M. (1995) *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Lund: Arkiv förlag.

Tengvald, K. (1982) i Hokenstad, M & Ritvo, R. (red) *Linking health care and social services. International perspectives*. Beverly Hills: Sage Publication.

Weick, K.E. & Roberts, K.H. (1993) Collective Mind in Organizations: Heedful Interrelating on Flights Decks. *Administrative Science Quarterly*, volume 38 1993, s 357-381.

Westrin, C-G. (1986) Social och medicinsk samverkan – begrepp och betingelser. *Socialmedicinsk tidskrift*, 7-8, 280-285.

Wibeck, V. (2002) *Fokusgrupper – om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

2003-10-15

Kapitel 2

VERKSAMHETSIDÉ

FAS I KOMMUNALA SAMVERKANSLÖSNINGAR, PRIMÄRVÅRD OCH PSYKIATRI

BOSTAD MED SÄRSKILD SERVICE OCH DAGLIG VERKSAMHET FÖR
PERSONER MED STORA BETEENDESTÖRNINGAR



Skaraborgssamverkan
Socialtjänst

Innehållsförteckning

	Sida
Sammanfattande vision	3
1. Bakgrund	3
2. Mål	4
3. Syfte	5
4. Målgrupp	5
5. Boendet	6
6. Daglig verksamhet	7
7. Personal	7
8. Intresseorganisationer och brukarinflytande	8
9. Samverkan	9
10. Slutord	10

Bilagor

Projektprocess	Bilaga 1
Avtalsförslag, boende och daglig verksamhet	Bilaga 2
Boendekalkyl	Bilaga 3
Behovsinventering	Bilaga 4

Mikael Fransson projektledare kommunförbundet Skaraborg

Kommunförbundet Skaraborg
Box 54
541 22 Skövde

VERKSAMHETSIDÉ

Sammanfattande Vision

Kommunerna i Skaraborg har en stark drivkraft att tillsammans med specialistpsykiatri, primärvård och brukarorganisationer skapa en meningsfull tillvaro för en liten grupp människor vars livsvillkor och livskvalitet är eftersatt. Den enda vägen för att tillgodose detta är att samverka för att ta tillvara på de resurser som finns, att förena dem och bygga något nytt starkare.

Primärvården och specialistpsykiatrin är viktiga resurser för att få kunskap och stöd. Kommunen vill stärka det sociala perspektivet och använda det medicinska perspektivet som en del i att förstå varje enskild individs livssituation. Visionen är att dessa människor skall kunna återvända till sin hemkommun vilket poängterar vikten av att parallellt arbeta i hemkommunen med att skapa förutsättningar att tillgodose den enskildes behov.

Maria Klamas delrapport processutvärdering 2003

1. Bakgrund

Hösten 2000 kontaktade representanter från Hjo, Karlsborgs och Tibro kommuner Kommunförbundet Skaraborg för att få hjälp med att arbeta fram en gemensam lösning till en bättre livssituation för ett litet antal personer där de nuvarande personalresurserna inte räcker till för en god omvårdnad i den enskilda kommunen. Målgruppen definierades som personer med frontallobsdemens, psykoser och svåra hjärnskador som tidvis ger beteendestörningar i stor omfattning. Kommunernas önskemål var inriktade på att lösa boendet inom "gamla Skaraborg" eller i den närmaste regionen.

Kommunförbundet skickade ut en enkät vid slutet av 2000 som visade behov av boenden för ca 30-talet personer där en samlösning mellan flera kommuner skulle vara en fördel.

Idag beskriver kommunerna att man inte kan tillgodose det individuella bemötande och insatser som målgruppen behöver. Den omvårdnad som ges betraktas som "nödlösningar" i form av utökad personal i befintliga boenden, köp av behandlingsplatser ofta långt från hemkommunen och dryga kostnader. Brister i samordningen mellan huvudmännen bidrar också till akutinläggningar hos sjukvården.

För boendena krävs personal med särskild kompetens. Personerna som skall nyttja boendet har olika diagnoser och problematik, vilket kräver flera boenden. Vi har under projekttiden diskuterat att behov finns av tre boenden med olika inriktning. Boendena bör helst finnas utspridda i tre av Skaraborgs kommuner. Sju kommuner har hittills uttalat visst intresse för att inrätta bostäder.

En viktig utgångspunkt är ett tätt samarbete kring boendena mellan kommun/primärvård/psykiatri. Det kan innebära en så god omvårdnad att vi kan upptäcka tidiga tecken på återinsjuknande, uppskjuta och förhindra inläggning inom slutenvård. Primärvård och specialistpsykiatri inom Västra Götalandsregionen medverkar därför i projektet sedan hösten 2001. De kan erbjuda kontinuerlig handledning och bistå med kompetensutveckling hos grundpersonalen både innan och efter det att de alternativa boendeformerna har förverkligats.

Grunden för samarbetet skall utgöras av vad den enskilde brukaren behöver och efterfrågar.

Finansdepartementet beviljade medel för projektet p.g.a. den minskade befolkningsutvecklingen i Skaraborg.

2. Mål

- Att skapa goda levnadsförhållanden för personer med stora beteendestörningar.
- Att skapa förutsättningar för ett mindre antal boenden och daglig verksamhet i Skaraborg.
- Att genom kommunal samverkan, psykiatri och primärvård på ett bättre sätt kunna tillgodose de boendes behov av individuellt bemötande och anpassade insatser.
- Att personer med högt omvårdnadsbehov inte ska behöva flytta från Skaraborg, utan får sina behov tillgodosedda i närområdet.
- Att medverka till en positiv befolkningsutveckling genom att nya arbetstillfällen med speciell kompetens skapas.
- Att kompetensen inom området utvecklas så att en bättre kvalitet uppnås för den enskilde i boendet.
- Att boendena utvecklas till ett kompetenscentrum för de deltagande kommunerna.
- Att en högre kostnadseffektivitet uppnås i verksamheterna. Detta uppnås genom optimalt utnyttjande av verksamhetens resurser.

3. Syfte

Projektet syftar till:

- Att brukarna och deras företrädare genomgående ska vara delaktiga i verksamheterna.
- Att ett gemensamt arbete mellan kommuner, primärvård och psykiatri uppstår och utvecklas runt den enskilde i boendet.
- Att stärka och utveckla regionen genom att boendena utvecklas till en stödresurs till kommunernas kontinuerliga arbete.

4. Målgrupp

Personer med exempelvis frontallobsdemens, omfattande hjärnskador med exempelvis psykotiska inslag och stora beteendestörningar där resurser saknas i den egna kommunen.

Det är individens behov av omvårdnad och inte diagnosen ska vara vägledande vid val av boende.

Exempel på personer som vid kartläggning uppgivits ha behov av boende

A. En 34-årig person tillhörande 1 § 1 LSS, psykos efter hjärnskada, därefter psykiatrisk problematik med utåtagerande beteende.

Personens beteendestörning yttrar sig i form av oförklarlig aggressivitet, vissa perioder ångestladdat, starka fixeringar och stereotypier kvarstår. Personen kan bli aggressiv eller göra sig själv illa utan förvarning. Personen har svårt att sitta stilla och vandrar runt eller fram och tillbaka.

Personen har stora talsvårigheter och talar mest i helt osammanhängande stereotypa ramsor. Personen kan läsa utan att förstå vad han läser. Personen umgås inte med andra och blir lätt stressad av att dela lägenhet med någon annan.

Personen har svårt med nära kontakter med andra och har en överlägsen och aggressiv hållning mot andra, uttrycker känslor med ilska. Är desorienterad till tid och rum.

Kostnad idag: 4 544 per dygn. 1 658 000 kr per år

B. En person, lätt utvecklingsstörd, psykiatrisk problembild, stora beteendestörningar. Personen har dåligt språk, nyps, tar struptag och hotar medpatienter. Plats har köpts 30 mil bort av en privat anordnare. Kostnaden har uppgått till 4 200 kr/dygn. Placeringen misslyckades och personen blev inlagd inom slutenvården. Diskussion fördes om personen skulle åter till boendet, men då skulle kostnaden bli högre.

Kostnad idag: 3 750 per dygn. 1 368 750 per år

C. En person i 20-årsåldern med autismdiagnos och stora beteendestörningar. Utåtagerande, suicidrisk. God språkförmåga, är social och kan kommunicera med andra när personen mår bra. Måste ha individuellt stöd hela tiden. Plats har köpts ca 20 mil bort. Kostnaden har uppgått till 6 000 kr/dygn. Boendet krävde extra ersättning för ett par veckor i sommar motsvarande 8 000 kr/dygn.

Kostnad idag: 5 000 kr per dygn. 1 825 000 per år

D. 36-årig person tillhörande personkrets 1 § 1 LSS

Personen är döv och kommunicerar med dövas teckenspråk, som personen behärskar väl. Personen kan skriva och läsa, har en lätt cp-skada, begåvningshandikapp inom området för lindrig utvecklingsstörning. Personen har psykiska särdrag som yttrar sig i form av explosivitet och aggressivitet, bristande verklighetsförankring samt bristande insikt om den egna förmågans begränsningar, tunnelseende.

Personen har vidare svårigheter med inlevelse i andras sätt att tänka, konkret tänkande, svårigheter att byta problemlösningstrategi vid behov, samt stereotypa inslag i intressen och samtalsämnen. Personens svårigheter blir mer tydliga ju mer stressande den sociala situationen är. De personer som står personen närmast är före detta personal inom den dagliga verksamheten.

Personen är i behov av stödjandestruktur och trygga relationer. Behovet av en välstrukturerad vardag med mycket information om planerade förändringar. Personen har god nytta av ett visst medinflytande över sin vardagssituation när det sker i välstrukturerade former och när det kombineras med ett förtydligande av realistiska gränser vid behov.

Kostnad idag: 5 000 kr per dygn. 1 825 000 per år

5. Boendet

Vår intention är att tillskapa gruppboendestäder i samverkan mellan ett antal kommuner i Skaraborg där resurser saknas i den egna kommunen.

Tre olika inriktningar på boende:

- Boende, för personer med frontallobsdemens.
- Boende med hög omvårdnadsnivå.
- Boende för personer med mycket hög omvårdnadsnivå.

Ambitionen hos hemkommunen skall fortsatt vara att möjliggöra en återflyttning till den egna kommunen.

Gruppboendets utformning

Fristående lägenheter och en gemensamhetsdel. Gemensamhetsdelens placering är i en fristående central byggnad som utgör navet i verksamheten.

Lägenheterna placeras runt gemensamhetsdelens.

Gemensamhetsdelen ska bestå av kök, matplats, övernattningsrum för personal, kontor, WC, dusch, vardagsrum, tvättstuga och uteplats. Lägenheterna ska bestå av sovrum, vardagsrum, kök, WC och dusch. Lägenheterna ska ha egen ingång men också förbindelse till gemensamhetsdelen.

Denna bostadslösning möjliggör en enkel och ekonomisk utbyggnad av antalet lägenheter till gruppboendeheter och skapar därigenom värdefulla ekonomiska förutsättningar för hela verksamheten. En sådan gruppboendefunktionella planlösning och innehåll är mycket lämplig för grupper i behov av särskilt boende, såsom personer med psykiatrisk problembild, utvecklingsstörning och demens.

Huset kan med mycket enkla medel flyttas till annan plats om behovet senare skulle förändras, vilket totalt undanröjer risken för felsatsning.

Gruppboendets innehåll

Verksamheten på boendena skall inte betraktas som behandling utan inriktas på struktur i vardagen och trygghet för den enskilde. Med andra ord är insatserna mer av stödjande, än av vårdande karaktär.

Det sociala innehållet i boendet skall prioriteras. Individens beteende och behov av stöd, inte diagnos, skall vara i fokus. Ändå krävs en fördjupad kunskap hos personalen och en möjlighet till kontinuerlig kompetensutveckling omkring personernas problematik.

Arbetet skall bygga på en medveten pedagogik med ett gemensamt förhållningsätt hos personalen och samarbetspartners.

Detta kräver omfattande utbildningsinsatser för samtlig personal och samarbetspartners. Brukarmedverkan i såväl uppbyggnadsskedet, utbildning och utveckling av den fortsatta verksamheten skall ha en självklar plats.

6. Daglig verksamhet

Det är viktigt med sysselsättning och att dagen blir strukturerad. Vi är överens om att den dagliga verksamheten inte bör utföras i boendet. Vi utgår från normaliseringsprincipen. Kommunen som är värd för boendet får i uppgift att presentera en väl genomtänkt daglig verksamhet och sedan utveckla den vidare. Den enskildes behov av daglig verksamhet och beslut om insatsen skall ligga till grund för en kostnadsberäkning som tillsammans med placeringsavgiften debiteras placeringskommunen. En eventuell habiliteringsersättning beslutas av värdkommunen.

7. Personal

För de boende krävs att personalen är införstådd med ett flexibelt arbetssätt och bemötande som utgår från den boendes behov. Deras kompetens skall förutom fördjupade kunskaper om funktionshinder och psykiatri också omfattas av att kunna hantera våldsituationer, mycket speciella vård och omsorgsbehov och starkt avvikande beteenden. Personaltätheten för ett boende om fem platser

har uppskattats till 16 heltidstjänster exklusive arbetsledning och administration. Den slutliga bemanningen av respektive boende kan variera något beroende på personernas omvårdnadsbehov.

Sammansättning: Grundbemanning bestående av boendehandledare som till professionen kan vara undersköterska, mentalskötare eller socialpedagog med erfarenhet och specialisering mot nämnda målgrupper.
Arbetsledning med högskoleutbildning, placerad på boendet för att kunna följa det dagliga arbetet och vara uppdaterad i det som sker.

I en kringorganisation skall det finnas förutsättningar för kontinuerlig konsultation eller insatser av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut eller annan specialistkompetens som kan komma att visa sig nödvändig.

För att bibehålla kontinuitet och kompetens skall vi eftersträva:

Inget ensamarbete med hänsyn till arbetets art.

Friskvård och personalfrämjande åtgärder finns med som naturliga ingredienser i arbetet.

Det är viktigt att kunna påverka den egna arbetsituationen. Ett sådant exempel kan vara att man får vara med och utarbete ett eget arbetstidsavtal t.ex. Inova eller tredagarssystemet. Detta för att underlätta rekryteringen och öka attraktionskraften runt boendet.

Rekrytering av personal som har ett stort intresse för att arbeta med utsatta människor, är villiga till kompetensutveckling och med en önskan att få vara med och utveckla verksamheten.

En kompetensutveckling som är knuten till någon högskola eller annan utbildningsanordnare som kan svara för en kontinuitet och ett aktivt stödjande av utvecklingsprocessen inom verksamheten mot uppställda mål.

Att det bedrivs ett utvecklingsarbete i nära samarbete med FoU Skaraborg. Det kan ge ett ökat stöd åt verksamheten och öka attraktionskraften ytterligare i samband med rekrytering av personal.

En jämn fördelning mellan män och kvinnor i arbetslagen.

8. Intresseorganisationer och brukarinflytande

Fokusgrupper och enkäter har genomförts med brukarintressenter och personliga ombud. Deras synpunkter har beaktats i verksamhetsidén.

Under den kommande uppbyggnaden av boendena skall intresseorganisationer och personliga ombud inbjudas att delta i referensgruppsarbete. När boendena förverkligats bildas ett brukarråd som träffas regelbundet för utbyte av tankar, idéer och uppföljning av hur verksamheten utvecklas. Ansvariga för att kalla samman rådet blir styrgruppen för de olika boendena.

9. Samverkan

Samverkan är själva hörnstenen för hela projektet. En väl förankrad uppfattning på alla nivåer är att det finns ett **gemensamt uppdrag** och att man har ett **gemensamt ansvar** för att möta människor som behöver samordnade insatser från flera huvudmän.

Samverkan med psykiatri

I de kommuner som blir värdkommuner bör det i ett tidigt skede byggas upp samverkansformer med den befintliga lokala öppenvårdsmottagningen. Man måste gemensamt finna lösningar beträffande patientansvarig läkare, eventuella handledningsuppdrag och utbildningsinsatser. Dessutom bör samverkansformer när det gäller akuta ärenden också byggas upp mellan boenden och den psykiatriska akutmottagningen vid sjukhuset i Falköping. Denna mottagning är öppen dygnet runt och har alltid en psykiater att tillgå i form av bakjour.

Samverkan i regionen

Kommunernas ansvar ska definieras utifrån att insatsen i huvudsak har en omvårdnadskaraktär inklusive social träning. Regionen (landstinget) skall svara för de insatser som har en klar målinriktad karaktär. Ansvarsfördelning och samverkansform i det enskilda fallet fastställs vid en gemensam vårdplanering. Regionen ansvarar för psykiatrisk hälso- och sjukvård i ordinärt boende som har en klar målinriktad terapeutisk karaktär. Dess insatser ska ske av olika personalgrupper. Läkaren har det övergripande ansvaret för patientens vård. Det som utmärker läkarinsatser är framförallt diagnostisering, bedömning av psykiatriskt vårdbehov samt ordination av adekvata behandlingsåtgärder. Behandling av psykolog och psykoterapeuter utförs i nära samarbete med läkare och avser specifika arbetsuppgifter och är således ett ansvar för regionen. Den uppföljande/upsökande insats som periodvis kan behövas för att motverka inläggning eller för utvärdering av ändrad behandling är ett ansvar för regionen. Psykiatrisk akutverksamhet kan bedrivas med hjälp av mobila specialistteam i stället för på fasta mottagningar. I den mån det finns mobila specialistteam är det ett ansvar för regionen.

I samband med att enskilda patienter överförs från sjukhusvård till annan vårdform kan som en förutsättning för överföringen uppkomma behov av handledning till kommunens vårdpersonal. Regionen ansvarar för att sådan handledning ges. Detta ansvar omfattar dock inte ansvar för att praktiskt utföra insatser.

Primärvården medverkar med allmänmedicinska insatser på läkarnivå i de fall PAL-ansvar föreligger. Hur regionens insatser skall se ut, exempelvis läkarbesök i boendet får överenskommas utifrån lokala förutsättningar. Lokala förutsättningar för stöd till boendena från primärvård/psykiatri skall klargöras av värdkommunen.

Samverkan med Högskolan i regionen

Långsiktig kompetensutveckling i samarbete med institutionen för beteendevetenskap.

Praktikplatser för exempelvis sjuksköterskor som läser vidareutbildning i psykiatri kan bli ett bra och enkelt sätt att få del av aktuell forskning.

Rekrytering av personal kan underlättas om vi får kontakt med intresserade personer redan under utbildningstiden.

Samverkan mellan kommuner

Samverkan kommer att regleras genom avtal både ekonomiskt och juridiskt. Det kan vara några få kommuner som samverkar omkring ett boende med en specifik problematik och det kan vara flera kommuner som samarbetar omkring ett eller flera boenden med en mycket svår och omfattande problematik. Samarbetsavtalet kan användas i båda fallen.

I de fall det har startats psykiatriboenden och där det planeras för nya boenden ute i enskilda kommuner kan de nya boendena utvecklas till kunskapscentra som kan erbjuda utbildning och handledning.

Den optimala samverkan uppnås genom att samtliga kommuner i samverkansprojektet undertecknar ett gemensamt avtal för samtliga tre boendena för att möjliggöra:

- Att ett större urval kan erbjudas kommunerna och individuella lösningar för den enskilde.
- Att en specialistkompetens kan rekryteras och utvecklas.

10. Slutord

Vi har förutsättningar att tillsammans göra något riktigt bra för framtiden. En möjlighet att gemensamt möta de behov som vi inte klarar av att möta på egen hand.

De som har deltagit i arbetet har visat prov på stort kunnande och engagemang för den utsatta målgruppen och en vilja att göra någonting gemensamt för dessa människor.

Vägen kan tyckas lång därför är det viktigt att vi så snart som möjligt får komma igång med arbetet att förverkliga vår gemensamma vision om att skapa goda levnadsförhållanden för personer med stora beteendestörningar.

”Samarbete kan sägas inträda först när man slutar att använda ordet samarbete om sitt gemensamma arbete. Samarbetet har då blivit en så självklar del av arbetet att ordet har förlorat sin särskiljande förmåga”

Samverkansutredningen (SOU 2000.114)

Otterbäcken oktober 2003

Mikael Fransson projektledare

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sida
1. Projektets två faser	3
2. Arbetsgrupper	3
3. Metoder	4
4. Kontakter med brukarintressenter och personliga ombud	5
5. Samverkan	6
6. Utvärdering	7

1. Projektets två faser

Fas 1: 2003

- Projektledare och utvärderare rekryteras.
- Verksamhetsidé utarbetas.
- Förslag till avtal upprättas.
- En boendekalkyl upprättas.
- Erfarenheter från andra aktörer tas till vara.
- Politisk prövning.

Fas 2 genomförs enbart om vi väljer att gå vidare.

Fas 2: 2004

- Projektering samt byggnation av boenden.
- Planering av verksamheterna; boende och daglig verksamhet.
- Planering av handledning och utbildningsinsatser.
- Genomförande av handledning utbildningsinsatser i samband med introduktion och start av berörda verksamheter.

2. Arbetsgrupper

Ledningsgrupp

Ledningsgruppen består av representanter från de kommuner som varit med och tagit initiativ till projektet. Håkan Gerhardsson Hjo kommun, Yvonne Swerkersson Lidköpings kommun, Kenneth Nilsson Skövde kommun, Eva Ulfenborg Tibro kommun, Liliann Johansson Falköpings kommun, Samt: Benny Almgren Primärvård, Carina Quick och Kent Hovemyr Psykiatri, Ove Hansson, Maria Klamas Högskolan Trollhättan/Uddevalla, Bengt Eriksson och Pia Jonsson-Axelsson Kommunförbundet Skaraborg, Mikael Fransson Projektledare Kommunförbundet Skaraborg. Ledningsgruppen har träffats 14 ggr under fas 1. Minnesanteckningar har förts vid sammankomsterna. Sekreterarskapet har ambulerat i gruppen.

Referensgrupp

Referensgruppen består av samtliga kommuner i Skaraborg samt Habo kommun i Jönköpings län. De flesta kommunerna har deltagit aktivt i arbetet och några har valt att göra det passivt det vill säga följa arbetet hemifrån och lämna in synpunkter och uppgifter.

Bo Svensson Essunga kommun, Liliann Johansson och Inger Fernhed Falköpings kommun, Sonny Johansson Grästorps kommun, Hans Eklund Gullspångs kommun, Robert Olsson Götene kommun, Håkan Gerhardsson och Gunvor Cannervik Hjo kommun, Helena Skoog och Lisbeth Kock Karlsborgs kommun, Kerstin Sjöström och Yvonne Swerkersson Lidköpings kommun, Anitha Andersson Mariestads kommun, Göran Gustavsson Skara kommun, Kenneth Nilsson Skövde kommun, Pernilla Ekstrand och Eva Ulfenborg Tibro kommun, Anna-Lena Skatt och Bosse Ågren Tidaholms kommun, Anette Gerhardsson Töreboda Kommun, Rune Johansson Vara kommun, Eva Dekoj och Kristina Brengesjö Habo kommun, Benny Almgren Primärvård, Kent Hovemyr Psykiatri, Maria Klamas Högskolan Trollhättan/Uddevalla, Bengt Eriksson, Pia Jonsson-Axelsson och Mikael Fransson Kommunförbundet Skaraborg.

Referensgruppen har träffats 6 ggr. Minnesanteckningar har förts vid sammankomsterna. Ledningsgruppens medlemmar har turats om att anteckna

Ekonomigrupp & Avtalsgrupp

Lars-Åke Svensson kommunjurist Falköping.

Lennart Svensson ekonomichef Skövde.

Pia Jonsson Axelsson programansvarig Kommunförbundet Skaraborg.

Bengt Eriksson FoU-samordnare Kommunförbundet Skaraborg.

Mikael Fransson projektledare Kommunförbundet Skaraborg.

Gruppen har träffats 6 ggr. Gruppens medlemmar har fört egna anteckningar.

Förslag till avtal och boendeklakyl har stämts av i ledningsgrupp och referensgrupp.

3. Metoder

- Arbetsgrupper: Ledningsgrupp, referensgrupp, brukarintressenter/personliga ombud, skrivgrupp, ekonomi och avtalsgrupp.
- Enkäter: Behovsinventering och aktuella frågeställningar.
- Informationsmöten: FoU-möten, presidier, socialchefsträffar.
- Stafettskrivningar, e-post. Vi skriver var sin del. Synpunkter går att framföra kontinuerligt via Internet.
- Fokusgrupper: En metod för att penetrera en specifik frågeställning.
- Processutvärdering: En särskild utvärderare följer hela processen. (Maria Klamas)
- Studiebesök: Backstugor gruppboende i Tibro. Studiebesök planeras till Trollhättan där det finns boende med liknande problematik som vi planerar för.

- Litteratur:
 - *Kunskap för att våga och orka förstå*, Meddelande från Blekinge FoU-enhet 2002:3
 - *Konsten att förmedla hopp, ha is i magen och stå kvar*, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2002.

4. Kontakter med brukarintressenter och personliga ombud

De olika intresseorganisationerna har möjlighet att följa projektarbetet och fortlöpande lämna synpunkter. Det sker via informations- och dialogmöten. Material skickas fortlöpande ut till intresseorganisationerna.

Organisationerna och personerna som deltar är:

Dagny Lindgren Alzheimerfören. Lidköping, Martin Ek Pers. ombud Lidköping, Jan-Åke Andersson Pers. ombud Skövde, Margaretha Flodén Alzheimerfören Mariestad, Wiviann Schong Alzheimerfören Mariestad, Agneta Salmonsson Alzheimerfören Mariestad, Bengt Fernström HSO VG, Barbro Andersson Afasi VG, Rune Sjögren pers. ombud Hjo Tibro Tidaholm, Christel Larsson Pers ombud Hjo Tibro Tidaholm, Kurt Jansson FPS Karlsborg, Christer Holm Pers ombud Falköping, Paul Löseth RSMH VG. Hjärnkraft.

Gruppen har träffats 2 ggr. samt besvarat enkäter som har skickats ut.

Elisabeth Gerhardsson utvecklingsledare från Falköping har haft fokusgrupp med brukarintressenter och personliga ombud. (Sammanställning finns för den som är intresserad att ta del därav.)

Från dessa intressegrupper och personliga ombud har man särskilt velat lyfta fram följande synpunkter i prioriterad ordning:

- Personalen skall ha en specialutbildning utifrån de diagnoser som den boende har.
- Det ska vara små grupper 3-5 personer.
- En meningsfull sysselsättning ska skapas för de boende.
- En lugn miljö för de boende.
- Personalen bör ha möjlighet till kombinationstjänster. Man arbetar 50-75% på boendet och 25% på annan arbetsplats. Detta för att personalen ska orka jobba kvar under en längre period och öka arbetsglädjen.
- Boendet förblir prioriterat och urholkas ej ekonomiskt.
- De boende passar ihop.
- Beslutsfattarna och tjänstemännen har kunskap om det som de beslutar om.
- De boende får ha en egen ”sfär” i boendet.

- De boende ska få den hjälp de behöver där de bor.
- En bra planering från början av professionella personer.
- Personalen måste ha en grundutbildning och vara lämpliga.
- Brukarintressenterna och de personliga ombuden vill också ta del av kompetensutbildning så att man får en chans att delta i utvecklingen inom området och förbli en resurs i det fortsatta arbetet.

Dessa synpunkter har vägts in i verksamhetsidén

5. Samverkan

Samverkan är själva hörnstenen för hela projektet. En väl förankrad uppfattning på alla nivåer är, att det finns ett gemensamt uppdrag och att man har ett gemensamt ansvar för att hantera människor som behöver samordnade insatser från flera huvudmän.

Nedan följer aktuella samarbetspartners som vi har fört en dialog med och som är intresserade att gå vidare i ett fördjupat samarbete.

Kommunsamverkan

Ekonomiskt och juridiskt erfarenhetsutbyte samt kompetensutveckling.

Samverkan med regionens primärvård och psykiatri

I samband med att enskilda patienter överförs från sjukhusvård till annan vårdform kan som en förutsättning för överföringen uppkomma behov av handledning till kommunens vårdpersonal. Regionen ansvarar för att sådan handledning ges. Detta ansvar omfattar dock inte ansvar för att praktiskt utföra insatser.

Primärvården medverkar med allmänmedicinska insatser på läkarnivå i de fall PAL-ansvar föreligger. Hur regionens insatser skall se ut, exempelvis läkarbesök i boendet får överenskommas utifrån lokala förutsättningar.

Psykiatrisamverkan

Ge utbildning och handledning direkt riktat till denna personalgrupp via de öppenvårdsgrupper som finns i värdkommunen. Behandling i form av läkemedelsterapi.

Högskolesamverkan

Långsiktig kompetensutveckling, praktikplatser, rekrytering.

FoU-samverkan

Forskning och utveckling i Skaraborg.

6. Utvärdering

Ansvarig för utvärdering av projektprocessen är Maria Klamas från Högskolan Trollhättan/Uddevalla i Vänerborg. Hon gör det som en processutvärdering, vilket innebär att hon finns med under hela projektet och följer det som sker. Maria kommer att använda sitt arbete för att göra en magisteruppsats. Som handledare har hon Hans-Erik Hermansson, professor i socialt arbete vid Högskolan Trollhättan/Uddevalla. Hennes slutarbete kommer att ges ut som en rapport av FoU-Skaraborg.

Ett delrapport bifogas verksamhetsidén.

Frågeformuleringen som hon arbetar efter är:

- Kan samverkan möjliggöra inrättandet av boende med särskild service och daglig verksamhet för personer med psykiska funktionshinder vars behov inte kan tillgodoses i hemkommunen?
- Hur vill samverkansparterna att arbetet i och runt boendet ska bedrivas?

Avtalsförslag om boende & daglig verksamhet – psykiatri

Bakgrund

Detta avtal reglerar samarbete mellan kommuner för att finna en gemensam lösning till en bättre livssituation för ett litet antal personer där de nuvarande personalresurserna för en god omvårdnad inte räcker till i den enskilda kommunen.

De personer som i första hand avses är personer med frontallobsdemens, personer med svåra hjärnskador exempelvis med psykotiska inslag och som, i vart fall tidvis, ger stora beteendestörningar. Dessa personer skall kunna erhålla boende och daglig verksamhet inom Skaraborg eller i den närmaste regionen. Personer med högt omvårdnadsbehov skall inte behöva flytta från Skaraborg utan de skall kunna få sina behov tillgodosedda i närområdet. De nya boendena innebär att arbetstillfällen tillskapas med speciell kompetens. De innebär också ett alternativ till de verksamheter som idag erbjuder vårdplatser så att en konkurrenssituation kan uppstå.

Syftet med samarbetet är att säkerställa god vård och omsorg inom Skaraborg för personer med exempelvis frontallobsdemens, omfattande hjärnskador med exempelvis psykotiska inslag och stora beteendestörningar samt att förhindra inläggning av sådana personer inom slutenvården. Strävan skall vara att den enskilde vårdtagaren skall kunna återvända till lämpligt boende/vård i sin hemkommun.

Med *vårdkommunen* avses i detta avtal kommun som inrättat och ansvarar för boende för ovanstående personer. Vårdkommunen utser representant till styrgruppen vilken skall ta ställning till om förutsättningarna för en enskild att erhålla boende/vård är uppfyllda. Vid överskott på boendeplatser alternativt underskott tar styrgruppen ställning till om boende skall upplåtas till annan kommun (ej samarbetskommun) alternativt användas av samarbetskommunerna för exempelvis korttidsboende.

Med *samarbetskommunen* avses i detta avtal samtliga kommuner som undertecknat detta avtal och därmed ingår i samarbetet (inkluderar vårdkommunen).

Med *placeringskommunen* avses i detta avtal den kommun vari enskild har sin hemvist och som hos styrgruppen begär att en enskild skall få boende/vård i en vårdkommun. Det skall understrykas att en vårdkommun tillika kan vara placeringskommun. Vårdkommuner har således ingen förtur till platser utan det gäller samma förfarande med begäran till styrgruppen som för övriga placeringskommuner.

§ 1 Vårdkommunens åtagande

Vårdkommunen åtar sig att erbjuda boende i form av gruppboende med gemensamhetsutrymmen för personer med funktionsstörningar såsom frontallobsdemens och svåra hjärnskador vilka kan ge utåtagerande beteende i form av exempelvis psykosgenombrott och/eller beteendestörningar.

Vårdkommunen åtar sig att tillhandahålla lägenheter, gemensamhetsutrymmen, daglig verksamhet, inventarier (ej personliga inventarier) samt erforderlig personal för boende/vård åt samarbetskommunerna enligt villkor angivna i detta avtal.

Vårdkommunen ansvarar för verksamheten d.v.s. omvårdnad och daglig verksamhet. Vårdkommunen ansvarar såväl för att det finns erforderlig (tillräckligt antal) personal som att personalen har erforderlig (tillräcklig och rätt) kompetens. Personalen är anställd av vårdkommunen som har det fulla arbetsgivaransvaret.

Vårdkommunen ansvarar såsom arbetsgivare för övertalig personal. Personalens omfattning skall vara anpassad till verksamhetens omfattning. Det åligger vårdkommunen att driva verksamheten så kostnadseffektivt som möjligt.

Vårdkommunen ansvarar för att löpande utvärdera vårdtagarens vårdbehov och månadsvis informera placeringskommunen för att denna skall kunna följa upp och pröva insats enligt Socialtjänstlagen (SOL) eller Lagen om särskilt stöd och service till funktionshindrade (LSS) (se § 3) och Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL).

Arbetsledare vid boende skall bistå samarbetskommuner med sakkunskap när problem uppstår dvs när **samarbetskommunerna** erfordrar hjälp.

§ 2 Samarbetskommunens åtagande

Samarbetskommunen förbinder sig att alltid pröva nyttjandet av nyttja boendeplats av vårdkommunen i den mån behov finns hos samarbetskommunen. Först då vårdkommunen meddelat att boende inte kan tillhandahållas pga. brist på platser **eller att boendet ej har rätt inriktning för den enskilde**, har samarbetskommunen rätt att köpa boende av annan.

Det åligger samarbetskommunen att erlagga ersättning enligt vad som stadgas i detta avtal § 5.

§3 Placeringskommunens åtagande

Det är placeringskommunen som efter bedömning i enlighet med SOL eller LSS har att hos styrgruppen begära att en enskild erhåller boende i en vårdkommun. Placeringskommunen svarar vidare för kontinuerlig uppföljning och prövning av insatsen enligt **SoL, LSS och HSL**. Eventuella förändringar av vårdtagarens folkbokföring under placeringstiden förändrar inte placeringskommunens, dvs. den kommun som begärt att den enskilde placeras på boendet, skyldigheter enligt detta avtal. Således åligger det placeringskommunen att betala ersättning enligt detta avtal så länge placeringen består även om den enskildes folkbokföring ändras under placeringstiden.

Habiliteringsersättning som vårdkommunen beslutar om regleras inom detta avtal.

§ 4 Styrgrupp/referensgrupp

Vårdkommun utser vardera en representant med ersättare till styrgruppen. Övriga **samarbetskommuner** (ej vårdkommun) utser i samråd två representanter med ersättare till styrgruppen. Ordförande och vice ordförande utses av styrgruppen. Ordförande är sammankallande av styrgruppen.

För att löpande kunna föra en dialog om verksamheten i syfte att utveckla och förbättra den samma skall det inrättas en referensgrupp. Till referensgruppen utser samarbetskommuner

vardera en representant med ersättare. Brukarintressenter har rätt att utse minst en representant med ersättare till referensgruppen. Posten som ordförande i referensgruppen innehas växelvis mellan samarbetskommunerna. Ordförande är sammankallande av referensgruppen.

Anmälan från en samarbetskommun om att köpa **placering** skickas till styrgruppen. Det åligger styrgruppen att ta ställning till om den enskilde uppfyller förutsättningarna för erhållande av boende.

Vid överskott på boende åligger det styrgruppen att ta ställning till om plats skall upplåtas till annan kommun (ej samarbetskommun) alternativt får användas av samarbetskommun för exempelvis korttidsboende. Vid underskott på boendeplatser åligger det styrgruppen att göra prioriteringar mellan de kommuner som anmält att få nyttja boendeplatser. Det skall vara den enskildes vårdbehov som skall vara vägledande för styrgruppens bedömning.

§ 5 Ersättning

Intentionen med nedan angivet ersättningssystem har varit att skapa ett system, som emedan det ska täcka de kostnader som uppkommer, alltså tar i beaktande varje samarbetskommuns förutsättningar och nyttjande av boende. För detta ändamål har kostnaderna fördelats på en grundavgift respektive en placeringsavgift vilka tillsammans skall täcka värdkommunens kostnader. Placeringsavgiften bestäms med hänsyn till den enskildes individuella vårdbehov medan grundavgiften erläggs oavsett om boende tas i anspråk. **Placeringsavgiftens andel av ett boendes totala budgeterade kostnader bör uppgå till tio procent medan resterande nittio procent bör täckas av placeringsavgiften.**

Grund- och placeringsavgifternas storlek (**angivet i kronor**) skall fastställas av styrgruppen efter samråd med samtliga samarbetskommuner.

Vårdkommunen skall alltid erhålla full kostnadstäckning. Om värdkommunen inte erhåller full kostnadstäckning genom grund- och placeringsavgiften skall underskottet fördelas mellan samarbetskommunerna enligt vad som gäller för grundavgiften. Anmälan om underskott skall göras av värdkommunen till styrgruppen senast den 1 april året efter verksamhets/boendeåret. Underskottet erläggs till styrgruppen efter det att slutavräkning skett och faktureras samarbetskommunerna av styrgruppen senast den 1 juni.

Grundavgiften

Samtliga samarbetskommuner skall till styrgruppen årligen erlägga en grundavgift. Styrgruppen fördelar grundavgiften mellan värdkommunerna. Fördelningen mellan värdkommunerna utgår ifrån vårdtyngden hos respektive värdkommuns boendeenhet. Grundavgiften erläggs av samarbetskommunerna oavsett om de köpt boende/vårdplats av en värdkommun.

Fördelningen av grundavgiften mellan samarbetskommunerna görs utifrån deras befolkningstal vid utgången av föregående år och faktureras av styrgruppen.

Grundavgiften skall täcka del av värdkommunens fasta kostnader såsom **kostnader för arbetsledning och kompetensutveckling**. Vårdkommunen har kostnader för verksamheten oavsett om boende/vårdplats är upplåten eller ej.

Under avtalstiden skall med hänsyn till(infoga lämpligt index ?)...index uppräknings av grundavgift ske på sätt som här anges. Grundavgiften är anpassad till indextal för januari må-

nad 2005. Detta tal kallas bastal. Skulle indextalet vid årets nästsista månad ha förändrats i förhållande till bastalet skall uppräknings ske för följande år i förhållande till den procentuella förändringen. Framräkningen av det sökta procenttalet görs med en decimal. Sedan skall en avrundning till närmast hela tal ske. Uppräknings avrundas på samma sätt till hela kronor.

Placeringsavgiften

För varje person som erhåller boende erlagges placeringskommunen till värdkommunen en placeringsavgift.

Placeringsavgiften erlaggs då boende tas i anspråk av enskild vårdtagare efter begäran av samarbetskommun. Placeringsavgiften är beräknad utifrån vårdbehovet och skall täcka alla kostnader för omvårdnad och daglig verksamhet m.m. Placeringsavgiften faktureras placeringskommunen av värdkommunen och erlaggs månadsvis i efterskott (30 dagar netto).

Placeringsavgiften skall inte täcka den enskildes hyreskostnad. Hyreskontrakt tecknas mellan värdkommunen och den enskilde vårdtagaren/hyresgästen. Hyran faktureras hyresgästen direkt av värdkommunen.

Under avtalstiden skall med hänsyn till arbetskostnadsindex uppräknings av placeringsavgiften ske på sätt som här anges. Placeringsavgiften är anpassad till indextal för januari månad 2005. Detta tal kallas bastal. Skulle indextalet vid årets nästsista månad ha förändrats i förhållande till bastalet skall uppräknings ske för följande år i förhållande till den procentuella förändringen. Framräkningen av det sökta procenttalet görs med en decimal. Sedan skall en avrundning till närmast hela tal ske. Uppräknings avrundas på samma sätt till hela kronor.

För placeringsavgiften gäller tre månaders uppsägning från det att placeringskommunen sagt upp placeringen, dvs. 3 månader efter det att värdkommunen mottagit uppsägningen. Om vårdtagaren på eget initiativ lämnar boendet upphör dock skyldigheten för placeringskommunen att erlagga placeringsavgiften senast 3 månader efter avflyttningsdagen, oaktat om uppsägning skett eller ej. Om lägenhet av värdkommunen kan upplåtas till ny vårdtagare inom 3 månader efter avflyttningsdagen skall placeringsavgiften alltid minskas i motsvarande mån.

Det skall noteras att uppsägningstiden enligt den enskildes hyreskontrakt och placeringskommunens uppsägningstid avseende placeringsavgift (köp av vård) kan vara olika. Då hyresgästen har eget hyreskontrakt råder inte placeringskommunen över hyresförhållandet.

§ 6 Redovisning och överskott

Värdkommunen skall årligen till styrgruppen före den 1 juli redovisa föregående års räkenskaper.

Vid överskott för värdkommunen placeras inbetalda avgifter i en buffertfond för boendet som förvaltas av värdkommunen. Medlen kan användas till verksamhetsutveckling samt för att jämna ut avgifterna dvs att år av överskott får täcka år med underskott. Om underskott kan täckas av fonderade medel skall detta alltid ske före det att underskotten täcks av samarbetskommunerna.

Om överskott uppstår och samarbetskommun anser att överskotten är orimligt stora gäller vad som stadgas i § 5 (ersättning) samt § 10 (utvärdering/omförhandling).

§ 7 Utökning av boenden/vårdplatser

Utökning i en befintlig värdkommun med fler boenden eller boendeplatser skall ske efter samråd och godkännande av samarbetskommunerna.

Då ovanstående innebär förändringar av avgifterna erfordras godkännande av samarbetskommunerna. Det åligger styrgruppen att efter samråd med samarbetskommunerna beräkna och ta fram aktuella grund- och placeringsavgifter, vilka skall fastställas enligt vad som anges i § 5.

§ 8 Utökning av samarbetskommuner

Då en utökning av samarbetskommuner aktualiseras åläggs styrgruppen att sammankalla befintliga samarbetskommuner. Det är sedan samarbetskommunerna, efter samråd och i samförstånd, som har att besluta om huruvida utökning av antalet samarbetskommuner skall ske eller ej samt villkoren för detsamma.

§ 9 Tillägg/ ändringar

Tillägg och ändringar av detta avtal skall ske skriftligen för att vara gällande.

§ 10 Utvärdering/omförhandling

Avtalet och dess avgifter skall utvärderas årligen. Att särskilt beaktas vid utvärderingen är att värdkommuner erhåller full kostnadstäckning samtidigt som de bedriver verksamheten så kostnadseffektivt som möjligt. Det är styrgruppens ansvar att säkerställa att årlig utvärdering sker.

Omförhandling av avtalet kan påkallas av styrgruppen eller samarbetskommun efter skriftlig underrättelse till styrgruppen. Beslut om omförhandlingar eller eljest ändringar i fråga som rör avtalet kan endast tas av samtliga samarbetskommuner gemensamt och efter samråd dem emellan. Om samarbetskommunerna efter omförhandling inte kan enas om ändringar/tillägg, vilka för sin giltighet skall ske enligt § 9, gäller avtalet på oförändrade villkor intill dess att avtalet upphör för samarbetskommun enligt § 14. För ändring av grund- och placeringsavgifterna gäller dock alltid vad som stadgas i § 5 ersättning.

§ 11 Överlåtelse av avtal

Detta avtal får inte överlåtas på annan utan skriftligt medgivande från övriga samarbetskommuner.

§ 12 Tvist

Tvist skall i första hand lösas genom förhandlingar mellan parterna och i samråd med styrgruppen. Om detta visar sig ogörligt skall tvisten prövas av allmän domstol.

§ 13 Force Majeure

Part är befriad från att fullgöra skyldighet enligt detta avtal endast om utförande hindras eller oskäligt betungas på grund av händelser utanför partens kontroll samt att dessa händelser ej kunnat förutses.

Sådan befrielsegrund kan utgöras av exempelvis naturkatastrof, krigsutbrott eller strejker bortom partens kontroll.

Befrielsegrund får ej åberopas med mindre än parten kan visa att alla skäligen åtgärder för att undanröja eller begränsa hindrets verkan vidtagits och att part efter att hindret undanröjts försökt fullgöra sitt åtagande.

§ 14 Avtalstid

Avtalet gäller från undertecknandet till och med 2010-12-31. Om samarbetsavtalet inte sägs upp av samarbetskommun senast 12 månader före avtalstidens utgång förlängs avtalet med tre år för varje gång med 12 månaders uppsägning.

Uppsägning gäller endast för den samarbetskommun som säger upp avtalet. För övriga fortsätter samarbetsavtalet att gälla.

Detta avtal har upprättats i () original varav parterna tagit var sitt.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Givna förutsättningar för beräkningen:

16 årsarbetare för 5 boende exkl semestervikarier - 2003 års löner.
 Denna bemanning har bedömts nödvändig avseende mycket vårdbehövande boende i gruppboendet.
 5 boende i egen lägenhet med ca 43 kvm lägenhetsyta per rum med kök och sanitetsutrymmen
 Total yta inkl gemensamhetsutrymmen och rum för personal 350 kvm - 1 plan
 Sprinkler, brand och röklarm ingår i beräknad kostnad med 600 tkr. Personlarm ingår i utrustningskostnaden med 50 tkr. Denna senare del kan kosta mer om radiosystem för registrering av larm erfordras

Beräkning enligt normvärden. Verklig kostnad är beroende av vilka löner som utgår och anbud från byggtreprenör. Markkostnaden kan även bero på var i kommunen byggnaden uppförs och även de anslutningsavgifter som utgår.

GRUPPBOENDE

Personal

Outbildade lägre lön

Tkr Årsarbetare

1 ARBETSLEDARE (ENHETSCHIEF)

12 MÅN x 25.600 kr
 OB-ersättning

307 1,00
 0

7 SKÖTARE/JUNDERSKÖTERS KOR (HELTID)

7x 16.735 kr x 12 mån
 OB-ersättning 7 pers x 23.300 kr

1406 7,00
 163

5 SOCIALPEDAGOG, (HELTID)

5 x 21.000 kr = 105.000 kr
 OB-ersättning 5 pers x 23.300

1260 5,00
 116

3 SKÖTARE/JUNDERSKÖTERS KOR NATT

3 x 16.735 kr x 64% = 96.393 kr
OB-ersättning 3 pers x 42.700 kr

386 1,92 10 tim arbetspass
128

3 SKÖTARE/JUNDERSKÖTERS KOR. SOVANDE NATT

3 x 16.735 x 32% = 48.196 kr
OB-ersättning 3 pers x 21.350 kr

192 0,96 10 tim arbetspass
64

Lönstillägg svåra fall 500 kr månad (150 kr ingår ovan)

95

Semestervikarier 15,88 mån, 30 dagar, 16735+500 kr

274

Löneökning 2003 - + fem procent antages

239

Semesterdagstillägg på grundlönen 4298 tkr

65

Sjuklön 80 proc inkl. OB

105

Statistik för 3:e veckan saknas f n

Summa löner

4800 15,88

Personalomkostnader 41,80 procent 4800 tkr

2006

Summa personalkostnader

6806

Kostnad per vårdtagare för personal = 1,361 tkr (fem boende)

Byggkostnad 5 lägenheter + gemensamhetsutrymmen
inkl sprinkler, brand och röklarm 6,8 mkr

Ev bassäng för vatten till sprinklersystemet kan tillkomma

(Om en sjätte lägenhet tillkommer ökar investeringskostnaden med ca en dryg miljon kronor)

Avskrivning 3 procent/år

204

Räntekostnader 5 procent - kostnad 1:a året

340

Fastighetskostnader 270 kr/kvm x 350 kvm	95	
Summa fastighetskostnader	639	
Hysesintäkter 1000 kr/kvm x 5 lägenheter x 43 kvm	-215	
Gemensamhetsytor avgörs i hyresförhandling	-35	
Utrustning/gemensamhetsutrymmen 650 tkr	65	Utrustning/möbler i övrigt - resp vårdtagare betalar
Avskrivning 10 procent/år	32	Ev sjukhussängar för vårdtagare tillkommer med 20,000/säng
Ränta 5 procent - 1:a året		
Nettokostnad fastighet	486	
Ersättning till värdkommunen för lönehantering, redovisning och annan administrativ hjälp m m	100	
Omkostnader i övrigt inkl utbildningskostnader (?)	230	
Matkostnader	0	
Avgår vårdavgifter/övr intäkter	0	0 LSS-vårdtagare ej vårdavgift. Hemkommunen debiterar efter beslut i kommunfullmäktige
Nettokostnad totalt	7622 tkr	
Avgår grundavgift 10%	-762	
Placeringsavgifter	6860	
Placeringsavgift per vårdtagare/år (5 vårdtagare)	1372 tkr	
Placeringsavgift per vårdtagare/dygn (5 vårdtagare)	3759 kr/dygn	Exkl grundavgift
Startåret drift 335 dagar, utbildning m m 30 dagar		
Placeringsavgift 1:a året per vårdtagare/dygn	4107 kr/dygn	startåret exkl grundavgift

Om sex vårdtagare minskar kostn./vårdtagare

Till placeringsavgiften tillkommer kostnad för daglig verksamhet beräknad utifrån den enskildes behov av insatsen.

Riksregister 2002 / 2003-10-13

	Folkmängd	3 kr/invånare Ett hem	6 kr/invånare Ett hem
Grästorp	5848	17544	35088
Essunga	5757	17271	34542
Karlsborg	6967	20901	41802
Gullspång	5765	17295	34590
Vara	16009	48027	96054
Götene	12983	38949	77898
Tibro	10624	31872	63744
Töreboda	9426	28278	56556
Mariestad	23743	71229	142458
Lidköping	36941	110823	221646
Skara	18311	54933	109866
Skövde	49405	148215	296430
Hjo	8845	26535	53070
Tidaholm	12585	37755	75510
Falköping	30896	92688	185376
	254105	762315	1524630
10 % resp 20 % fast avgift av kalkylkostn.		762000	1524000
Fastighetskostnad om ingen hyresgäst		736000	736000
Föreståndare, utbildningskostnader,adm.			<u>764000</u>
Summa		736000	1500000

BEHOVSINVENTERING AV BOSTAD OCH SÄRSKILD SERVICE
FÖR PERSONER MED EX. FRONTALLOBSDEMENS,
OMFATTANDE HJÄRNSKADOR MED EX,
PSYKOTISKA INSLAG OCH STORA BETEENDESTÖRNINGAR

Grupp A: Frontallobsdemens

Grupp B: Omfattande hjärnskador med ex. psykotiska inslag och stora beteendestörningar.

Grupp C: Utvecklingsstörd med psykiatrisk problembild

Grupp D: Annan

	A	B	C	D
Kommun				
Essunga				
Falköping			2	
Grästorp				
Gullspång			1	
Götene				
Habo				
Hjo	1			
Karlsborg	1		1	2
Lidköping	1		1	
Mariestad				
Skara				
Skövde		1	2	1
Tibro		1		
Tidaholm		1	2	
Töreboda				
Vara				
Summa:	3	3	9	3

Gullspång 2003-10-13

Mikael Fransson / projektledare

