



CIRKULÄR 2006:58

Avd för vård och omsorg
Sektionen för vård och socialtjänst
Anita Sundin

Socialnämnden
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Vuxna och barn och ungdom med psykiska funktionshinder – ansvarsfördelning mellan kommun och landsting

Sveriges Kommuner och Landsting får många telefonsamtal om hur ansvarsfördelningen ser ut mellan kommun och landsting när det gäller vuxna och barn och ungdom med psykiska funktionshinder. 2003-07-03 skickade de båda förbunden ut ett cirkulär (bif) till huvudmännen i syfte att klarlägga ansvarsförhållandena inom det något komplicerade problemområdet. Vi tvingas konstatera att kunskapen i verksamheterna fortfarande är så pass bristande att vi nu skickar ut cirkuläret än en gång. *Vi ber er särskilt notera Regeringsrättens dom den 26 maj 2000, RÅ 2000 ref 39. Det aktuella rättsläget vad gäller ansvaret för vissa insatser under LRV-permission finner ni där.*

Sveriges Kommuner och Landsting
Avd för vård och omsorg
Sektionen för vård och socialtjänst


Ellen Hyttsten


Sabina Wikgren Orstam

Kommunstyrelsen
Socialnämnden
Landstingsstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnder
Landstingens jurister

Vuxna och barn och ungdom med psykiska funktionshinder - ansvarsfördelning mellan kommun och landsting.

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har fått många samtal om fördelningen av ansvaret mellan landsting och kommuner när det gäller de psykiskt sjukas och funktionshindrades vård och omsorg. Området är mycket komplicerat och lagstiftningen borde enligt förbundens åsikt bli föremål för en översyn. Denna PM är dock ett försök att reda ut kommunens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL), socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) (LSS) respektive landstingens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen för dessa grupper.

När det gäller kommunens hälso- och sjukvårdsansvar, som anges i 18 – 18 c § § HSL hänvisas också till en kommande skrivelse från de båda förbunden senare under år 2003.

Se även skrivelse av den 30 juni 2003 om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet, SK dnr 2003/1460, Lf dnr 792/03.

Sammanfattning

Kommunerna har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna och i dagverksamhet. En skiljelinje mellan huvudmännens ansvarsområden är dock att kommunernas ansvar och befogenheter inte omfattar läkarinsatser. Ansvaret för hemsjukvården finns hos landstinget om kommun och landsting inte träffat överenskommelse om att kommunen övertagit ansvaret för hemsjukvården. Kommunerna har också ansvaret för socialtjänsten och huvuddelen av LSS- insatserna. Detta gäller oavsett hur gammal den enskilde är och oavsett vilken diagnos vederbörande fått.

Allmänt om landstingens respektive kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar

Landstingens ansvar

Landstingets ansvar för hälso- och sjukvård framgår av 3 § 1 och 2 st HSL.
” Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälso- och sjukvård hos hela befolkningen. Vad som sägs i denna lag gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting i den mån inte annat följer av 17 §. Vad som här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.”

Kommunernas ansvar

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar enligt 18 – 18 c § § HSL omfattar de personer som bor i de särskilda boendeformerna och de som vistas i dagverksamheter och som anges i 18 § i HSL. Ansvaret omfattar insatser t.o.m. sjuksköterskenivå, dvs läkarinsatser är ett ansvar för landstingen (18 § 4 st HSL).

Kommunens ansvar omfattar också habilitering, rehabilitering och hjälpmedel inklusive förbrukningsartiklar som behövs för inkontinens.

18 § HSL lyder

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap 5 § andra stycket eller 5 kap 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap 1 § första stycket 2. samma lag. Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om landstinget och kommunen kommer överens om det samt regeringen medger det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 3 c §.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens befogenheter enligt andra stycket omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Hemsjukvårdsansvar

Om en kommun enligt 18 § 3 st HSL tar över landstingets hemsjukvårdsansvar genom avtal med landstinget måste ansvarsfördelningen framgå tydligt i avtalet. Det gäller särskilt om någon grupp, t.ex. förskolebarn, inte omfattas av kommunens åtagande.

Läkemedel

Landstinget kan tillhandahålla läkemedel ur läkemedelsförråd till de boende om kommun och landsting kommit överens därom (18 d § HSL). Se vidare Kommunförbundets cirkulär 2002:88 om läkemedel.

Psykiatrireformen

Avsikten med 1995 års s k psykiatrireform var att förbättra livsvillkoren för de psykiskt funktionshindrade. Reformen förutsatte ett utvecklingsarbete inte bara inom socialtjänsten utan också inom psykiatrin. Ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun beträffande de psykiskt funktionshindrade har behandlats i prop 1993/94:218 (psykiatrireformen). Regeringen anför där på s 91 bl a följande.

”De av oss tidigare framlagda förslagen innebär betydande krav på såväl utökad samverkan mellan huvudmännen som förändring av landstingens och kommunernas egna verksamheter. För landstingens del medför förslagen att alltmer av de psykiatriska resurserna förs över från slutenvård till öppenvård. Psykiatrin måste också i ökad utsträckning kunna vara en hjälp och ett stöd för socialtjänstens insatser. Vi anser att även efter det att patienten bedömts vara medicinskt färdigbehandlad inom den psykiatriska slutna vården och har sitt boende ordnat i t ex kommunalt gruppboende bör sjukvårdshuvudmannens medicinska ansvar kvarstå beträffande viss sjukvårdande behandling i öppen vård. Det kan gälla t ex psykoterapi, psykiatrisk sjukgymnastik, medicinsk rehabilitering, medicinkontroller och läkarbesök. För att undvika nya sjukhusvistelser krävs i regel kontinuerliga insatser från den specialiserade psykiatriska öppenvården. Vi anser att det är viktigt att kvalificerade psykiatriska insatser från landstinget samordnas med olika sociala insatser och att denna samordning sker kontinuerligt. Ett stöd från den landstingskommunala sjukvårdens sida med akuta insatser vid tillfälliga försämringar kan många gånger undvika en akutinläggning. Mot denna bakgrund anser vi att även den psykiatriska öppenvården måste utveckla sina arbetsmetoder för att kunna ge erforderligt stöd till bl a de psykiskt långtidssjuka som finns inom kommunens boendeformer.”

Kommunernas ansvar för psykiskt funktionshindrade.

SoL

Socialtjänstens särskilda ansvar för människor med funktionshinder framgår av 5 kap 7 § SoL.

”Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov av särskilt stöd.

Kommunen skall inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter som avses i första stycket behöver ett sådant boende.”

Insatser enligt SoL kan endast ges efter ansökan från den enskilde eller ställföreträdare för honom. Socialnämnden beslutar därefter om ansökan skall beviljas eller ej. Exempel på sådana beslut är beslut om bistånd i form av särskilt boende och dagverksamhet.

LSS

Vissa funktionshindrade personer har dessutom rättigheter enligt LSS. Förutsättningen för att få insatser enligt LSS är att personen i fråga hör till någon av de tre olika grupper som anges i 1 § och att dessutom de krav som ställs i 7 § är uppfyllda.

I 7 § första meningen LSS anges följande. ”Personer som anges i 1 § har rätt till insatser i form av särskilt stöd och särskild service enligt 9 § 1-9, om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov inte tillgodoses på annat sätt.”

De insatser som kan ges är begränsade till de som räknas upp i 9 § 1-9.

Insatser enligt LSS kan enligt 8 § endast ges på begäran från den enskilde eller ställföreträdare för honom. Ansvarig nämnd beslutar därefter om begäran skall bifallas eller avslås.

Kommunernas respektive landstingens ansvar för psykiskt funktionshindrade

Kärnan i psykiatrireformen var att myndigheter som samverkar bättre kunde uppmärksamma och ta tillvara den psykiskt funktionshindrade personens egna resurser, vilket både skulle höja livskvaliteten och ge bättre effekter för den enskilde.

I prop 1993/94:218 s 24 ff anför regeringen bl a följande.

”Psykiatriutredningen har i sina kartläggningar visat att ansvarsfördelningen när det gäller bl.a. service och stöd till psykiskt störda uppfattas som oklar. Främst gäller det oklarheter om vilka organ som skall tillhandahålla sociala insatser till psykiskt störda.---

De oklara ansvarsförhållandena kan också förklaras av de svårigheter de innebär att precisera vad som är psykiatrisk behandling respektive social

omsorg när det gäller insatser till psykiskt störda. Dessa oklarheter resulterar inte sällan i att de människor som finns i gränslandet mellan psykisk sjukdom och psykosociala eller socialmedicinska problem blir utan vård och stöd.---

Enligt vår mening är det väsentligt att det tydligt framgår vilket organ som är huvudansvarigt så att den enskilde alltid skall kunna vända sig till detta organ för att få sina behov av vård och stöd uppmärksammade.

Regleringen i 21 § och 21 a § SoL" (nuvarande 5 kap 7 §) "innefattar en skyldighet för kommunen att ge erforderlig service, omvårdnad m.m. åt alla personer i kommunen med såväl fysiska som psykiska funktionshinder. Till skillnad mot vad som gäller enligt LSS är kommunernas skyldigheter enligt SoL inte avgränsade till personer med särskilt svåra funktionshinder.

Genom bl.a. 15 § LSS framgår att det är kommunen som har huvudansvaret för att planera, initiera och samordna de sociala insatserna för bl.a. personer med stora och varaktiga psykiska funktionshinder. För de personer som inte omfattas av LSS har kommunerna likartade skyldigheter enligt 21 § och 21 a § SoL.

Riksdagen har således i viss mån preciserat kommunernas ansvar och uppgifter när det gäller vård och stöd till psykiskt störda. Som nämndes tidigare har psykiskt störda ett särskilt uttalat behov av att möta entydiga och klara ansvarsgränser mellan berörda huvudmän. Det är därför angeläget att ytterligare förtydliga att det är kommunen som har huvudansvaret för att ge service och stöd till bl.a. långvarigt psykiskt störda. Detta bör ske genom att det i 21 a § SoL föreskrivs att kommunernas uppgifter avser människor med såväl fysiska som *psykiska* funktionshinder.

Genom detta förslag kommer kommunernas ansvar för bl.a. uppsökande verksamheter och för att samordna insatserna utifrån ett socialt perspektiv att ytterligare klargöras. I kommunernas ansvar ligger enligt vår mening också ansvaret för behovsbedömningar och individuell planering vad gäller de sociala insatserna. Till det kommunala ansvaret hör även att initiera och till respektive organ påtala behovet av de åtgärder som identifieras i den uppsökande verksamheten. Den förändring som inletts och som innebär att långvarigt psykiskt störda skall bo i egen bostad eller i olika former av serviceboende bör fullföljas. En stor del av de patienter som fortfarande under långa tider vårdas på institutioner, t.ex. sjukhem inom den psykiatriska vården, skulle kunna bo i särskilda boendeformer som kommunen tillhandahåller. En förutsättning för att detta skall kunna förverkligas är att kommunernas planerings- och samordningsansvar görs tydligt.---

Landstingen har i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen även i fortsättningen ansvaret för att medicinskt förebygga, utreda och behandla psykiska sjukdomar och skador. Landstinget har också ansvaret för somatisk vård och tandvård till psykiskt störda. Kommunerna har dock ett hälso- och sjukvårdsansvar för dem som bor i de s.k. särskilda boendeformerna. Detta ansvar omfattar dock inte insatserna som görs av läkare. Vissa kommuner har vidare övertagit ansvaret för hemsjukvården från landstinget. Inte heller här omfattar ansvaret de insatser som utförs av läkare.---

Vi anser att ett entydigt kommunalt huvudansvar ger goda förutsättningar för att de psykiskt stördas behov av vård, stöd och service skall kunna tillgodoses. Det ger också förutsättningar för att tillgängliga resurser skall kunna användas effektivt.---

LSS utgör ett komplement till redan befintlig lagstiftning inom området. Detta innebär att lagen inte medför några inskränkningar i den rätt till insatser som kan tillkomma enligt annan lagstiftning.

Psykiskt störda ingår i lagens personkrets. Förutsättningen är att kriterierna för den nya lagens personkrets är uppfyllda, dvs. att störningen är stor och varaktig, att den förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande stödbehov."

Sedan detta trädde ikraft har en ny socialtjänstlag antagits (2001:453). I propositionen 2000/01:80 sid 93 som föregick denna sägs bl a följande.

"Den skiljelinje som måste dras är, enligt regeringens uppfattning, mot sådana insatser som är att hänföra till hälso- och sjukvård och som är sjukvårdshuvudmannens ansvar att tillgodose. Det kan inte vara rimligt att t.ex. kostnader för psykoterapi, alternativ medicinsk behandling eller andra sjukvårdande insatser skall bekostas av socialtjänsten. Det är viktigt att markera att kommunernas yttersta ansvar för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver inte skall omfatta insatser som åligger annan huvudman. Att enskilda i vissa fall kan vara missnöjda med att de inte får den behandling de önskar inom hälso- och sjukvården får inte medföra att kommunerna tvingas ta över det ansvaret från landstingen. - Samtidigt måste vikten av att socialtjänsten och sjukvården utvecklar samverkan kring personer som har problem, vilka kräver insatser från båda huvudmännen, betonas."

Av ovanstående framgår alltså att kommun och landsting måste samverka till gagn för den enskilde.

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård

När det gäller kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar i olika former av boenden/vistelser/dagverksamhet etc. hänvisas till kommande skrivelse innevarande år om Hälso- och sjukvårdsansvaret i boendeform eller bostad enligt SoL, LSS m.m.

Ansvar för insatser i HVB / hem för viss annan heldygnsvård (behandlingshem)

I HVB / hem för viss annan heldygnsvård (behandlingshem) får den enskilde ibland såväl sociala insatser som hälso- och sjukvård.

En ofta förekommande fråga hos förbunden är ansvarsfördelningen för insatser för de personer som behöver såväl sociala insatser som hälso- och sjukvårdsinsatser t ex i form av psykiatrisk behandling, terapi och dylikt. Här krävs det samverkan mellan kommunen och landstinget.

Kommunen har inte hälso- och sjukvårdsansvaret i ovannämnda hem utan ansvarar endast för boendet och de sociala insatserna. Om den enskilde efter en medicinsk bedömning (inte av kommunen) anses vara i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser blir detta landstingets ansvar.

Vi vill peka på vikten av att en gemensam vårdplanering görs för den enskilde och att överenskommelsen mellan kommunen och landstinget om ansvarsfördelningen i det enskilda fallet dokumenteras.

Det är kommunen som avgör om den enskilde skall få insatser enligt SoL och/eller LSS och det är landstinget som avgör om patienten skall erhålla hälso- och sjukvård.

Om överenskommelse inte har träffats i det enskilda fallet får den som gör beställningen av en insats betala hela kostnaden.

Kommunernas ansvar för insatser under permission för dem som vårdas med stöd av LPT och LRV

Allmänt om tvångsvård

Föreskrifterna i HSL gäller även den psykiatriska vården. Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) innehåller kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

Det är patientens eget vårdbehov, inte omgivningens bedömning av behovet, som är avgörande för om psykiatrisk tvångsvård är tillämplig. Syftet med tvångsvården är att häva ett krisläge så att patienten frivilligt kan medverka till fortsatt vård. Patienten skall behandlas med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet. Så snart som möjligt skall en behandlingsplan upprättas i samråd med patienten. När det är lämpligt skall samråd också ske med patientens närstående. Behandlingen skall så långt som möjligt ske i samförstånd med patienten och vara inriktad på ett aktivt deltagande i en positiv och engagerande miljö. (utdrag ur SOSFS 1997:6)

Kommunernas ansvar

Ansvar för vissa insatser under LRV-permission har prövats av Regeringsrätten i ett mål som avgjordes genom dom den 26 maj 2000, RÅ 2000 ref 39.

Målet gällde en man som sedan flera år vårdats enligt LRV och var aktuell för permission. För att tillgodose behovet av bl.a. boende ansökte han om insatser enligt 9 § 9. LSS.

Kommunen avslog ansökan. Varken länsrätten eller kammarrätten ändrade kommunens beslut.

Socialstyrelsen, som yttrade sig på Regeringsrättens begäran, anförde bl a följande.

”Mannen måste anses ingå i personkretsen enligt 1 § 2. och 3. LSS.

Varken SoL eller LSS innehåller bestämmelser som innebär att patienter som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller LRV är undantagna från det kommunala ansvaret enligt de förstnämnda lagarna. Det förhållandet att någon är föremål för tvångsvård enligt LPT eller LRV utgör således inte något hinder för insatser enligt LSS.

Enligt Socialstyrelsens uppfattning bör i flertalet fall vid en längre tids tvångsvård en definitiv utskrivning föregås av en period av utslussning i samhället. Insatserna enligt LSS bör därför kunna komma i fråga även under vistelsen på sjukvårdsinrättningen. Behovet av sådana insatser torde öka inför en utskrivning från en längre tids tvångsvård.

Socialstyrelsen anser således att kommunala insatser enligt SoL och LSS i form av boende, sysselsättning och social rehabilitering bör kunna komma till stånd redan under pågående tvångsvård för att förbereda ett upphörande av tvångsvården. Socialstyrelsen finner det otillfredsställande att patienterna blir kvar i tvångsvården på grund av uteblivna kommunala insatser. En god samverkan mellan olika ansvariga huvudmän utgör en grundförutsättning för att patienter i situationer som den i målet aktuella skall kunna rehabiliteras och så småningom slussas ut i samhället på ett tillfredsställande sätt.

Av vad som upplysts om förhållandena i ” (namn) ”fall framgår att det i några år funnits förutsättningar att enligt nyss berörda lagrum planera inför eventuell permission och utskrivning. Av lagregleringen och omständigheterna följer vidare att denna planering måste genomföras i nära samverkan med och under aktiv medverkan av socialtjänstens organ.”

Regeringsrätten anförde i sin dom bl a följande.

”Det kan inte med fog hävdas att” (namn) ”stöd- och servicebehov enligt LSS är tillgodosett genom att han är underkastad tvångsvård och på vårdinrättningen har boende, tillsyn och viss sysselsättning m.m.

ordnade. Vad som framkommit om hans förhållanden ger i stället underlag för slutsatsen att han behöver i vart fall några av de insatser som anges i 9 § LSS, till en början för att kunna beredas korttidsvistelse utanför sjukvårdsinrättningen med sikte på att möjliggöra ytterligare åtgärder inför en utslussning från tvångsvården. De insatser som främst ter sig aktuella är biträde av kontaktperson, särskilt anpassat boende för permissionstillfällen samt daglig verksamhet vid sådana tillfällen.

Regeringsrätten bedömer följaktligen att" (namn) "har rätt till insatser enligt 9 § LSS. Att besluta närmare om vilka av de sökta insatserna som nu skall beviljas får dock ankomma på socialnämnden.

På grund av det anförda skall överklagandet bifallas och underinstansernas avgörande upphävas."

Domen innebär således att sökanden som vårdas enligt LPT eller LRV har samma rätt till insatser enligt SoL och LSS som alla andra.

Särskilt om barn och ungdomar med psykiska funktionshinder

Såväl HSL som SoL och LSS gäller för både vuxna, barn och ungdomar.

Det innebär att vad som anförts ovan även gäller för barn och ungdomar.

Det förekommer på flera håll i landet betydande svårigheter för landsting och kommuner att enas om ansvarsfördelningen för betalning av insatser för barn och ungdomar.

Enligt förbundens uppfattning vore det önskvärt att alla landsting och kommuner träffar överenskommelser om ansvarsfördelningen när det gäller insatser för barn och ungdomar med psykiska funktionshinder.

Det pågår ett f n ett projekt om BUP-insatser vid SIS-institutioner, kontaktperson är Håkan Aronsson, avd för hälso- och sjukvårdspolitik, Vårdsamverkan, Landstingsförbundet.

Ansvar för insatser till barn och ungdomar i behov av placering i HVB / hem för viss annan heldygnsvård (behandlingshem)

I dessa hem får barnet/ungdomen ibland såväl sociala insatser som hälso- och sjukvård. Emellanåt ingår också skolinsatser.

Kommunen har inte hälso- och sjukvårdsansvaret i ovannämnda hem varför detta åvilar landstinget. Ansvarsfördelningen är sådan att den placerande kommunen står för boendet och de sociala insatserna, landstinget för hälso- och sjukvårdsinsatserna och den placerande kommunen även för ev skolinsatser. I dessa fall krävs det samverkan mellan kommunen och landstinget. Här vill vi

peka på vikten av att en gemensam vårdplanering görs och att överenskommelse träffas mellan kommunen och landstinget om ansvarsfördelningen i det enskilda fallet och fortlöpande dokumenteras.

Det är kommunen som avgör om den enskilde skall åtnjuta insatser enligt SoL och/eller enligt LSS och det är landstinget som avgör om den enskilde skall erhålla hälso- och sjukvård.

Om överenskommelse inte har träffats får den part som står för beställningen av en plats för den enskilde betala för samtliga kostnader för den enskilde.

Frågor med anledning av denna skrivelse besvaras av Ellinor Englund, tfn 08-452 75 46 och Ann Sofi Agnevik, tfn 08-452 75 40, Svenska Kommunförbundets kommunalrättssektion eller Ulla Lönnqvist Endre, tfn 08-452 76 52, avd för hälso- och sjukvårdspolitik, Landstingsförbundet.

SVENSKA KOMMUNFÖRBUNDET LANDSTINGSFÖRBUNDET
Sektionen för Socialtjänst, skydd och säkerhet Avd för Hälso- och sjukvårdspolitik

Anita Sundin

Bengt Linder