

**TVÅ SYNSÄTT PÅ BOENDE  
FÖR PERSONER MED FÖRSTÅNDSHANDIKAPP**

**Kent Ericsson      Patricia Ericsson**

**Pedagogiska Institutionen  
Uppsala Universitet**

## FÖRORD

De tankar som redovisas här formulerades vid tiden för skiftet mellan 70- och 80-tal. De framfördes då första gången som ett anförande för FUB:s Förbundsstyrelse, som ett inlägg i de diskussioner som rörde om boende för personer med förståndshandikapp. Skälet till dessa var den debatt som hade blossat upp i samband med kritiken mot avveckling av vårdhem.

Artikeln skrevs strax efter detta anförande och har väl därför fått litet av prägel av detta. Den har också cirkulerat under 80-talet, i sitt ursprungliga skick, utskriven på skrivmaskin. I takt med att tiden gått, har den verkat något åldersstigen till sin utformning. Tankarna i den är dock inte för gamla utan är lika aktuella än idag!

Det har därför funnits ett behov av att fräscha upp den, genom att åtminstone låta den få en lay-out med hjälp av ordbehandlare. Visst är det frestande att passa på att bättra på texten! Vi har dock försökt motstå denna känsla genom att enbart göra en lätt bearbetning. Den har fått litet mer karaktär av artikel genom att den kompletterats med några referenser som var aktuella för oss när den skrevs 1980.

Uppsala i september 1992

Kent Ericsson

Patricia Ericsson

Version 1, 1980

Version 2, 1992

# TVÅ SYNSÄTT PÅ BOENDE FÖR PERSONER MED FÖRSTÅNDSHANDIKAPP

Kent Ericsson    Patricia Ericsson

## INLEDNING

Under 70-talet har vi båda arbetat med utformning av boendeformer för personer med förståndshandikapp. Detta har skett på olika sätt. Tillsammans har vi såväl praktiska som teoretiska erfarenheter från specialistsjukhus och förändring av dessa (Ericsson & Ericsson, 1975), från arbete med att avveckla stora vårdhem (Ericsson et al, 1980) och från uppbyggnadsarbete av integrerade boendeformer för personer med förståndshandikapp och sociala eller psykiska tilläggshandikapp (Ericsson, 1977). Det här har varit ett komplicerat arbete som inte varit utan motstånd.

För att offentliggöra hur vi ser på boende för personer med förståndshandikapp, vill vi här ge en kort sammanfattning grundad på våra praktiska och teoretiska erfarenheter. Så som vi uppfattar denna fråga kan man åtminstone urskilja två synsätt på boende för personer med handikapp, vilka skiljer sig åt i grundläggande avseenden. Vi vill här ge en kort karaktäristik av dessa två synsätt, och motivera vårt val av utgångspunkt för vårt arbete.

## VÅR GRUNDUPPFATTNING OM BOENDE FÖR PERSONER MED FÖRSTÅNDSHANDIKAPP

### **En social rättighet**

Vi betraktar alla personer med förståndshandikapp som medborgare i samhället, med de konsekvenser som följer av detta. Det måste bl.a. vara en social rättighet för personer med förståndshandikapp att ha tillgång till en bostad.

Detta innebär att de, oavsett grad av handikapp, är i behov av bostäder. En konsekvens är också att man måste respektera deras rätt till att bo kvar i sin bostad för återstoden av sitt liv. Deras bostad måste därför utformas så att de anpassas till behov som representeras av dem som bor där. Den enskilde personens handikapp måste respekteras och boendet måste få den utformning, som eventuella handikapp ställer krav på. Är personen också i behov av extra resurser, personella eller materiella, på grund av sitt handikapp måste sådana ges i en omfattning och med en utformning, så att detta stöd till personen är relaterat till dennes behov.

Inackorderingshem och eget boende för personer med förståndshandikapp, är boendeformer som utformats med en normal bostad som utgångspunkt. Men man kan knappast anse att de cirka 10 000 på vårdhem och specialistsjukhus för utvecklingsstörda i landet idag har sin sociala rätt till bostad förverkligad,

eftersom dessa omsorgsformer är modifieringar av traditionella sjukvårdsinrättningar. Därför vore det istället mer adekvat att definiera denna grupp personer som "bostadslösa", och därmed som personer i behov av en bostad.

### **Samhällssyn och människosyn**

De två huvudfrågor som man måste ge svar på för att kunna ta ställning till problemet om boende för personer med förståndshandikapp i sin helhet, är frågan om samhällssyn och människosyn.

När det gäller samhällssyn uppstår frågan om var i samhället personer med förståndshandikapp skall bo. De två alternativ man kan välja mellan, är huruvida de skall bo i ordinarie samhället, d.v.s. i sådana bostadsområden där medborgare utan handikapp har sina bostäder, eller om de skall bo vid sidan av ordinarie samhälle, d.v.s. i sådana omgivningar som leder till att kontakten med bostadsområden för personer utan handikapp minimeras.

Vår uppfattning är här att personer med förståndshandikapp skall bo i eller i så stor närhet som möjligt till de områden i det ordinarie samhället, där medborgare utan handikapp bor.

Den andra frågan, den om människosyn, gäller här huruvida rätten till bostad i det ordinarie samhället skall gälla alla personer med förståndshandikapp eller enbart vissa, och i så fall de vars handikapp inte är så omfattande.

För oss är svaret på denna fråga enkelt: rätten till bostad måste gälla alla med förståndshandikapp, oavsett deras grad av handikapp. De är alla först och främst samhällsmedborgare, och som sådana har de rätt till bostad. Dessutom behöver naturligtvis många ett boende som är anpassat till de speciella behov som deras handikapp kräver.

## **ETT DIFFERENTIERAT BOENDE**

Med denna utgångspunkt återstår uppgiften för omsorgsverksamheten att skapa sådana boendeformer som dessa personer behöver. Generellt kan man peka på följande punkter som det blir viktigt att ta hänsyn till, när man utformar ett boende.

- 1. Gruppen som skall bo där:* En grundläggande förutsättning för att skapa ett boende för personer med förståndshandikapp, är naturligtvis att på ett tidigt stadium avgöra vilka som skall bo där, så att man kan utforma den fortsatta planeringen efter dessa personers behov.
- 2. Typ av bostad:* Man måste också bestämma sig för vilken typ av bostad som behövs, d.v.s. om man skall bo i en lägenhet i flerfamiljshus, radhus eller villa. I det senare fallet måste man också ta ställning till om den skall vara i ett eller flera plan.
- 3. Lokalisering av bostad:* Frågan om lokalisering av boende måste bestämmas av med utgångspunkt från behov hos de som bor tillsammans. Rätten till omsorger på hemorten måste därvid beaktas. En annan viktig fråga är hur nära det ordinarie samhället man kan bo, utan att konflikter med omgivningen uppstår, för att möjliggöra ett integrerat boende.
- 4. Utrustningen av bostaden:* Bostaden måste naturligtvis ges en utrustning som leder till en handikappanpassning, om den eller de som bor där, har behov av

det. Finns en eller fler rullstolsburna personer i gruppen, måste utrymmet i bostaden präglas av detta. Likaså måste personliga hänsyn tas, när man bygger och utrustar en bostad, till att det där skall bo en eller fler personer med beteendestörningar eller utåtriktad aggressivitet, när så är fallet.

*5. Personalgruppen:* Det finns flera faktorer kring utformning av personalgruppen som kan påverkas, för att de som arbetar där, skall svara mot de behov som finns i boendet. Exempel på sådana faktorer är personalgruppens storlek, utbildning och lönenivå. Personalgruppens val av syfte och metodik att arbeta med, kommer starkt att prägla personernas tillvaro inom boendet.

*6. Yttre relationer:* Man måste dessutom ta ställning till om det i boendet finns behov av medicinskt, socialt eller psykologiskt stöd till de personer som bor där. Om så är fallet, måste sådant stöd arrangeras. De administrativa kontakterna med ett mer centralt placerat omsorgskansli, måste avgöras. Här gäller det främst graden av inflytande över ekonomi och personalfrågor. Graden av ansvar och makten över verksamheten i boendet, blir här den kritiska frågan.

Relationen till det omgivande samhället är väsentlig i ett boende. Här finns positiva resurser att arbeta med och att utnyttja, med fördel för de personer som bor här. Likaså är det viktigt med ett socialt arbete, riktat till grannar och omgivning, för att förmedla information och kunskap om problemet förståndshandikapp, för att på så sätt skapa förståelse för dessa personers rätt till bostad i ordinarie samhälle.

Det är vår erfarenhet att det är möjligt att skapa individuellt utformade boendeenheter. Naturligtvis uppstår problem som är förknippade med en övergång till en planeringsprocess som är individrelaterad, jämfört med en mer anonym planering som hittills har dominerat inom omsorgsverksamheten.

Men det är ändå vår uppfattning att som långsiktigt mål erkänna alla dessa personers rätt till bostad och ge omsorgsverksamheten en inriktning som förverkligar detta mål. Om man gör det snart, blir detta mål realitet också på kort sikt för åtminstone några personer med förståndshandikapp.

#### "VÅRDTRATTEN"

Grunden för vilka boendeformer som samhället skall erbjuda personer med förståndshandikapp, finns naturligtvis i Omsorgslagen. Där föreskrivs att dessa personer skall ha tillgång till specialsjukhus, vårdhem, inackorderingshem och eget boende.

Relationerna mellan dessa boendeformer och hur de skall användas har beskrivits tidigare (Grunewald, 1969) senast i en debattartikel (Grunewald, 1980). Följande citat ur denna sammanfattar Socialstyrelsens syn på boende för personer med förståndshandikapp.

citat 1:

"Sekvenserna är alla tämligen överens om: de som bor på specialsjukhus bör få flytta hem till landstingens vårdhem, de på dessa som kan bör få flytta till inackorderingshem, de som klarar ett sådant boende bra bör få försöka bo i eget boende etc."

citāt 2:

"Vårdhemmen är i mycket plattformen för lättare omsorgsformer: bra omsorger här, leder till utflyttning och lediga platser för de på specialsjukhusen."

citāt 3:

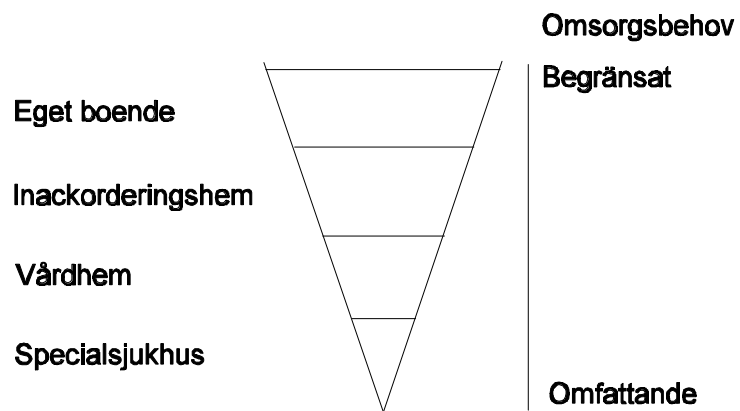
"Effekten [av avveckling av vårdhem] förstår ju var och en ... special-sjukhuspatienternas hemtagning skjuts fram ännu mer etc. Pessimism sprider sig ..."

citāt 4:

"Enligt min mening kan endast en förflyttning accepteras för dem som kan klara av att bo i ett integrerat gruppboende. De andra måste få bo kvar i moderniserade enheter."

Av detta framgår att man tänker sig boendeformer av olika karaktär och som varierar sinsemellan med avseende på omfattning av resurser som de kan erbjuda. Man tänker sig också att det skall finnas en hierarkisk ordning mellan dessa olika boendeformer, med de som kan erbjuda lättare omsorger högre upp i en "vårdtratt", än de som erbjuder tyngre resurser. Avsikten med detta är att personen med förståndshandikapp skall bo på den nivå i "tratten" där resurser kan erbjudas, som motsvarar de behov som personen har.

Detta innebär också att dessa personer måste flytta om de skall få tillgång till ett boende med andra resurser. Man flyttar upp i "tratten" om man önskar lättare omsorger, och man flyttar nedåt om man behöver tyngre resurser.



Figur 1. Boendeformer enligt 1967 års omsorgslag och relationerna dem emellan.

I denna "vårdtratt" har de centrala vårdhemmen en nyckelroll. Under första delen av 70-talet syntes dock denna roll tydligare. Personer som man ansåg vara problematiska på ett centralt vårdhem, skickades till specialsjukhusen, nedåt i "tratten", och personer som inte längre behövde det centrala vårdhemets resurser, flyttade uppåt i "tratten", till lokala vårdhem och inackorderingshem. Genom att man enbart i undantagsfall skickas från vårdhem till specialsjukhus idag, är det främst flyttningar från specialsjukhus till de centrala vårdhemmen, som är aktuella.

I denna "vårdtratt" kan inackorderingshemmets roll närmast beskrivas som att man bidrar med "eftervård" åt dem, som inte längre behöver vårdhemmens resurser.

### ETT ALTERNATIV TILL "VÅRDTRATTEN"

Vi skulle här kort vilja formulera ett alternativt synsätt på boende för personer med förståndshandikapp, i förhållande till det som "vårdtratten" uttrycker. Dessutom vill vi här göra en kort jämförelse mellan dessa två synsätt. Följande figur kan tas till utgångspunkt.

Efter den lodräta linjen kan personer med handikapp tänkas placerade, med avseende på omfattningen av deras behov av omsorger, med de med begränsade behov högst upp, och de med mer omfattande behov av omsorger längst ned.



Figur 2. Boende för alla, med varierande form och innehåll.

---

På den vänstra sidan finns de vård- och boendeformer som var relaterade till den tidigare presenterade "vårdtratten", och på den högra sidan det alternativ som vi här vill utveckla närmare. Att de två olika delarna av figuren har betecknats "kliniskt perspektiv" och "socialt perspektiv" uttrycker den grundläggande skillnaden dem emellan.

Att det i den högra delen av figuren beskrivs "boende 1" t.o.m. "boende 4", står för att här behövs boende av många olika slag. Personer med ett omfattande behov av stöd kommer naturligtvis att bo på ett annorlunda sätt än personer med ett mer begränsat behov av omsorger.

Naturligtvis är det inte tillräckligt med 4 olika boendeformer. Här står dessa för att det krävs en variation av boendeformer, för att kunna tillgodose allas behov. Istället kommer det att behövas en stor variation av boendeformer, var och en utformad efter ställningstaganden till de många faktorer, som ligger till grund för beslut om tillskapande av ett boende.

## JÄMFÖRELSE MELLAN TVÅ SYNSÄTT PÅ BOENDE

### **Bostäder för alla?**

Med det sätt att se på boende som vi förespråkar, måste man ta den traditionella bostaden till utgångspunkt för utformning av boende för alla med förståndshandikapp, oavsett grad av handikapp.

Med det synsätt som "vårdtratten" uttrycker, erbjuds ett boende, utformat med utgångspunkt i en normalbostad, enbart för en del av dem, nämligen de som kan klara av ett integrerat boende (citrat 4). Övriga skall bo under former, som vårdhem och specialsjukhus, som utgör modifierade sjukvårdsinstitutioner.

### **Individuell planering?**

Med "vårdtratten" förespråkas att det skall finnas omsorgsformer på olika nivåer, som varierar med avseende på typ och omfattning av resurser. I det alternativa synsätt som vi förespråkar varierar boende också mellan varandra, med avseende på omfattningen av resurser som erbjuds.

En skillnad ligger dock i att det i "vårdtratten" försiggår en anonym planering av omsorger: man bygger ett vårdhem eller ett specialsjukhus, utan att veta vilka personer som skall bo där. För övrigt bygger hela tanken med "vårdtratten" på anonym planering, eftersom man som en person med förståndshandikapp förväntas flytta från en omsorgsform till en annan.

Vi förespråkar istället att variationer mellan boende, med avseende på resurser, skall grundas av behov hos de personer som bor där, d.v.s. att man bygger upp boendeformer och omsorgsverksamheter i övrigt, utifrån individuell planering.

### **Rätt att få bo kvar i sin bostad?**

"Vårdtrattens" synsätt bygger på att personerna skall flytta mellan olika boendeformer (citrat 1), för att få tillgång till mer begränsat eller mer omfattande omsorger. Vårdhem och specialsjukhus förutsätter också att man på dessa nivåer i "vårdtratten" skall flytta mellan de många avdelningarna som vanligtvis finns på dessa enheter (citrat 5).

I vår modell förespråkar vi att personen skall ha rätt att bo kvar, när denne väl har fått ett adekvat boende, med den definition av adekvat boende som vi tidigare förespråkade. Vi anser inte att boende på specialsjukhus eller vårdhem kan betecknas som adekvat boende.

Finns det behov av förändrade omsorger, i riktning mot lättare eller tyngre, är det vår uppfattning att detta bör ske genom att omsorgsverksamheten förändras, d.v.s. att man tar bort eller lägger till omsorger i den omfattning som behövs, till dessa personers boende.

Ett av flera dominerande skäl till att vi anser det vara viktigt att få bo kvar i sin bostad, är att personer med förståndshandikapp oftare behöver lång tid för att lära känna och utnyttja den miljö man lever i. Bygger man upp en omsorgsorganisation med syftet att man skall flytta mellan olika boendeformer, menar vi att man härigenom skapar hinder för personens utveckling, genom att denne under sin livstid skall tvingas att bryta upp från invanda miljöer, för att tvingas lära känna nya livsmiljöer.

Vi förespråkar därför att man skapar en omsorgsorganisation, som när det gäller boende, bygger på att det är omsorgsverksamheten som skall utformas på ett flexibelt sätt, för att lätt kunna förändras efter de enskilda personernas

behov. Därför tar vi avstånd från "vårdtratten", som bygger på att det är personen, istället för omsorgsverksamheten, som skall förändras.

### **Boende, en social rättighet?**

I citat 4 konstaterades att det bara var acceptabelt att flytta till ett integrerat gruppboende för den som kan klara av de krav som ställs där. De som inte kunde klara dessa krav, skulle inte ha tillgång till ett boende på inackorderingshem/eget boende, utan de skulle bo kvar på vårdhem.

Man skall således som en person med förståndshandikapp prestera ett beteende, som är anpassat till de krav som ställs i ett riktigt boende, för att få tillgång till detta. Annars får man inte tillgång till en bostad, utan får bo kvar på vårdinstitution. I samband med val av boende måste personen värderas för att man skall bedöma om han/hon förtjänar att bo i en normal bostad.

I det synsätt som vi förespråkar här har, som vi tidigare poängterat, bostaden ansetts vara en social rättighet, även för personer med förståndshandikapp. Rätten till en bostad får inte bli beroende av vilket beteende som en person kan prestera. Inte heller skall personen värderas för att se vilket boende denne förtjänar.

Sammanfattningsvis anser vi det vara en illusion att det inom de olika omsorgsformerna i "vårdtratten" skall pågå ett dynamiskt och utvecklingsbefrämjande arbete, som leder till att dessa personer får möjlighet att flytta till ett annat och bättre boende.

Våra erfarenheter av specialistsjukhus och vårdhem är istället att de utgör negativa livsmiljöer, utan förutsättningar för personlig utveckling för de personer med handikapp som vistas där. Vi anser att specialistsjukhus och vårdhem karaktäriseras av sin stordrift och sin totalitet, att de är lokaliserade avskilt från det ordinarie samhället och att där saknas adekvata resurser, vilket leder till att de istället erbjuder torftiga livsmiljöer.

## FÖRSTÅNDSHANDIKAPP UR TVÅ PERSPEKTIV: ETT KLINISKT OCH ETT SOCIALT

Grunden till att dessa två synsätt på boende för personer med begåvningshandikapp existerar, hänger naturligtvis samman med den snabba förändring som ägt rum inom den vårdorganisation, som förmedlar samhällets stöd till denna grupp. Begreppen "normalisering" och "integrering" står här som symboler för denna förändring.

Vårdhem och specialistsjukhus växte till stor del upp under en period då man i samhället hade en pessimistisk syn på dessa personers möjligheter till utveckling och ett normalt liv. Dessa omsorgsformer har sedan levt kvar. Under 60-talet tillkom ett förändrat synsätt på detta problem. Det är nu som dessa begrepp formulerades som ledstjärnor i omsorgsarbetet. Det är under denna tid som inackorderingshem tillkom.

Under 70-talet har man velat foga samman äldre omsorgsformer, som naturligtvis fortfarande lever kvar, med de nyare omsorgsformerna. Genom att föra samman dessa olika omsorgsformer i denna "vårdtratt", har man gett inackorderingshem/eget boende en roll av "eftervård" i förhållande till vårdhemmen (citat 2), där fortfarande det väsentligaste omsorgsarbetet anses äga rum.

Under 70-talet har inackorderingshemmen därför, förenklat uttryckt, blivit en bostad lokaliserad till en lägenhet i flerfamiljshus, med begränsat personalstöd och med "duktiga" personer boende där (Naeslund, 1976).

I den alternativa modell som vi förespråkar, har vi velat ge inackorderingshemmen en annan roll inom omsorgsverksamheten. Vi har poängterat de utvecklingsmöjligheter som ligger i denna omsorgsform.

Ett inackorderingshem behöver inte ligga i en lägenhet i ett flerfamiljshus, det behöver inte vara enbart en duktig grupp som får tillgång till denna boendeform och personalgruppen som arbetar här kan vara större och ge ett mer kvalificerat stöd till personer med mer omfattande handikapp.

Inackorderingshem bör inte heller ha rollen av att ge "eftervård" åt vårdhem, utan de skall kunna erkännas som den viktigaste delen i en omsorgsverksamhet, som vill skapa goda boendeformer för de personer som man ansvarar för.

"Normalisering" och "integrering" är begrepp som markerar en förändrad syn. Denna förändring kan uttryckas som en skiftning av perspektiv från vilket man betraktar detta problem. Den skiftning som ägt rum kan beskrivas som en förändring från ett kliniskt perspektiv till ett socialt (Mercer, 1965).

Kort sammanfattat och i renodlad form, kan man säga att det kliniska perspektivet betraktar förståndshandikapp som ett individuellt problem, som främst karaktäriseras av personens bristande kapacitet att klara det normala livets krav. För att förändra förståndshandikapp i detta perspektiv, förespråkar man åtgärder inriktade på att korrigera och öka personens förmåga. Han betraktas främst som vårdtagare, de vårdformer som samhället erbjuder är modifierade sjukvårdsinrättningar, som specialsjukhus och vårdhem. Som en konsekvens därav lokaliseras dessa vårdformer till stora enheter avskilda från det ordinarie samhället.

I en lika sammanfattande och renodlad karaktäristik av det sociala perspektivet, kan man säga att dessa personers avvikande beteende underordnas det faktum att de livsmiljöer som de lever i, är avvikande och undermåliga. De saknar ofta bostad och arbete, och har för övrigt en begränsad kontakt med livsmiljöer som i det ordinarie samhället betraktas som normala. Därför betonar man i denna referensram förståndshandikappades roll av samhällsmedborgare, dock med handikapp, mer än deras roll som vårdtagare.

Konsekvensen av detta blir att man här skall försöka förmedla det stöd som dessa personer behöver genom kanaler som existerar i det ordinarie samhället, exempelvis genom normala bostäder, det normala arbetslivet och genom ordinarie social- och hälsoservice. Innehållsligt ställer detta sociala perspektiv krav på ett socialt arbete, inriktat på den förståndshandikappades omgivning, utöver det individuella arbete som fortfarande behövs för att öka personernas möjligheter att bemöta de krav som ställs i samhället.

Här har dessa två synsätt karaktäriserats. Inom den omsorgsverksamhet som har pågått under 70-talet har en förändring pågått från det kliniska till det sociala perspektivet. Den integrerade omsorgsverksamheten, som är uttryck för ett arbete i ett socialt perspektiv, har expanderat och man har utvecklat metodik och arbetsformer.

Men man kommer naturligtvis inte att finna dessa två perspektiv så renodlade som de framställs här, eftersom man befinner sig mitt uppe i det konkreta arbete, som ingår i en förändringsprocess. Men vid närmare analys kommer man att finna att många av dagens konflikter som äger rum inom om-

sorgsverksamheten kan beskrivas i termer av pågående skiftning från ett kliniskt till ett socialt perspektiv.

## AVVECKLING AV SPECIALSJUKHUS OCH VÅRDHEM

I fråga om institutionsavveckling illustreras hur man kan inta olika ståndpunkter till problemet om boende för personer med förståndshandikapp, beroende på ur vilket perspektiv man betraktar problemet.

Sett ur det sociala perspektivet blir ett arbete för avveckling av specialsjukhus och vårdhem helt logiskt, eftersom dess institutioner inte kan förmedla ett adekvat boende.

Istället måste arbetet koncentreras på att skapa sådant boende som motsvarar de behov som personer på dessa institutioner har. I linje med vad som tidigare nämnts, handlar detta arbete om att skaffa hus, utrusta dem, finna en adekvat lokalisering samt att anställa en personalgrupp med en metodik, för att kunna erbjuda ett adekvat boende för de utvecklingsstörda personer som bor där.

Om personernas flyttning från specialsjukhus och vårdhem kommer att bli genomförbar och om man lyckas avveckla dessa institutioner, blir till största delen beroende av i vilken utsträckning som en omsorgsnämnd kan erbjuda ett alternativt boende. Kommer det att bli genomförbart att flytta från ett boende på institution och därmed låta avveckla denna? Kommer man att kunna utveckla ett smågruppsboende, med utrustning och personalstöd som svarar mot personernas behov, och kommer detta att finnas i tillräcklig omfattning?

Men kommer man från omsorgsverksamhetens sida inte att kunna finna hus, inte att kunna erbjuda ett tillräckligt personalstöd, och kommer detta alternativa boende enbart att finnas i begränsad omfattning, är det helt naturligt att man inte kan flytta från institution. Det skulle inte finnas adekvata boendialternativ att flytta till!

I det sociala perspektivet eftersträvar man inte att flytta uppåt i den "vårdtratt", som tidigare presenterats. Istället är strävan att utveckla ett boendialternativ på samma resursnivå som personen befinner sig på. Det gäller, om man vill använda den tidigare presenterade figuren, inte att flytta lodrätt i "vårdtratten", utan att flytta horisontellt, d.v.s. ut ur "vårdtratten".

Ser man boende för personer med förståndshandikapp ur det kliniska perspektivet, kommer man att ta ställning mot avveckling av vårdinstitutioner, särskilt vårdhem. Detta är också ett helt logiskt ställningstagande, med de utgångspunkter man har. Vårdhemmen har ju en nyckelroll i den "vårdtratt" som man förespråkar (citat 2 och citat 3)! Skulle man avveckla vårdhemmen, skulle hela huvudtanken med en flyttning uppåt och nedåt i "vårdtratten" mellan olika resursnivåer, att bryta samman. Vårdhem behövs för att bevara "vårdtrattens" existens.

För övrigt betraktar man det som orealistiskt i det kliniska perspektivet att integrera dessa personer som bor på institution till samhället, och därmed att avveckla dessa institutioner. Man ställer ju krav på dessa personer att prestera en sådan grad av kompetens, som behövs för att klara sig i ett traditionellt inackorderingshem. För huvuddelen av de personer som bor på vårdhem, är en sådan kompetens naturligtvis ouppnåelig!

Institutionsavveckling blir ett realistiskt mål, först när man släpper kravet på en minimal kompetensnivå för att personerna skall kunna bo under integrera-

de former, och istället pekar på samhällets och omsorgsverksamhetens ansvar att erbjuda ett adekvat alternativt boende till det som hittills erbjudits på vårdinstitutionerna.

#### ETT EXEMPEL PÅ AVVECKLING: VALLENTUNA BEHANDLINGSHEM

Bakom vårt ställningstagande för en syn på boende ur ett socialt perspektiv, ligger praktiska erfarenheter bl.a. från utformning av boende för personer med förståndshandikapp, som tidigare har bott på specialsjukhus,

För att ta hem personer från specialsjukhus till deras hemlandsting, har det skapats ett alternativ genom Vallentuna behandlingshem. Man erbjöd boende och daglig verksamhet för 19 personer. Här kommer inte den dagliga verksamheten att beröras närmare. Inte heller det stöd som personal och personer med handikapp kan få från ledningsgruppen, eller från samhället i övrigt. Det varierande boende som man erbjuder, tas här som exempel på att differentierade boendalternativ och omfattande resurser behövs för att kunna genomföra utflyttning från institution till ett adekvat boende i samhället.

Eftersom utgångspunkten var att inte flytta från specialsjukhus uppåt i "vårdtratten" till centrala vårdhem, utan horisontellt ut ur "vårdtratten", måste man anskaffa adekvata bostäder.

Den ena delen av Vallentuna behandlingshem består därför av 3 radhus, skilda åt, i ett traditionellt radhusområde. Personalstaten för varje radhus bestod av 7 tjänster (5 dag, 2 natt).

I två villor, särskilt byggda, cirka 2 km från radhusen, bor 5 personer i vardera huset. Personalstaten för varje 5-grupp består av 12 tjänster (8 dag, 4 natt). Dessa villor skiljde sig från radhusen när det gäller lokalisering, genom att avståndet till grannar är större, då dessa villor är belägna på egen tomt.

Tidvis bor en person från en av villorna i en lägenhet i ett närbeläget flerfamiljshus och får då personalstöd från "sin" villa.

Men det finns fortfarande personer, som planeras att få flytta från specialsjukhus, men som har ett svårare handikapp än vad man kan ge stöd till i dessa boendeformer. Därför planeras ombyggnation av en större villa, belägen på en annan ort än Vallentuna, på avstånd från omkringliggande villaområde. Motivet till att detta avstånd bedöms behövas, är att komma så nära grannskapet som möjligt, utan att skapa konflikter, som skulle hindra en utflyttning från specialsjukhus.

Vallentuna behandlingshem illustrerar hur man kan bygga upp ett differentierat boende för en grupp personer, som tidigare bott på specialsjukhus. Man har använt fyra typer av bostäder (lägenhet i flerfamiljshus, radhus i radhusområde, villa på egen tomt samt villa belägen på mindre avstånd från grannskapet) för att kunna erbjuda ett adekvat boende som svarar mot dessa personers behov. Likaså har man varierat personalgruppens omfattning i dessa hus, så att man även på detta sätt kan bidra till utformningen av ett adekvat boende.

## VILKEN ÄR "VÅRDTRATTENS" FUNKTION?

Här har "vårdtratten" presenterats och de tankegångar som ligger bakom utnyttjandet av de olika omsorgsformerna inom den. En parallell till "vårdtratten" finns inom de stora institutionerna. Här finns många avdelningar som varierar mellan varandra, bl.a. med avseende på vilka resurser man kan erbjuda och åt vilka grupper man erbjuder sitt boende.

Inom dessa institutioner har avsikten varit att man skall flytta mellan avdelningarna, för att få tillgång till ett bättre boende, eller om man i en krissituation behövde mer omfattande stöd än det som avdelningarna kunde erbjuda. Tanken bakom paviljongsystemet presenterades i en informationsbroschyr (Carlslund, 1957) i samband med invigningen av en utvidgning av det centrala vårdhem som tidigare utvecklade paviljongsystemet.

citat 5:

"... lokaler som ger möjlighet till långtgående differentiering av klientelet efter ålder och 'svårighetsgrad'. Carlslund har med denna utgångspunkt utformats som ett paviljongsystem, där varje paviljong är indelad i mindre enheter. De svårare vårdfallen har, av skäl som sammanhänger med tillsynen och skötseln sammanförts till större paviljonger. Paviljongerna för de elever, som i någon utsträckning kan sysselsättas, är väsentligt mindre och har en mera utpräglad hemkaraktär. För äldre elever, som kan klara sig hjälpligt utan alltför omfattande tillsyn, står en paviljong med en- och tvåbäddsrum till förfogande."

Här talar man om att de svårare vårdfallen sammanförts till större paviljonger av skäl som sammanhänger med tillsyn och skötsel. Motivet till detta framgår i ett citat ur den utredning som föreslår en utbyggnad av Carlslund (Stadskollegiets sinnesslökommitté, 1951).

citat 6:

"Frågan om två eller tresängsdjup på rummen (4 eller 6 sängar i rummet, vår anm) har diskuterats ur skilda synpunkter. Tvåsängsdjup har nackdelar ur driftsynpunkt. Bland annat försvåras övervakningen. Avdelningarna blir även längre, vilket tynger arbetet. De fördelar, som tvåsängsdjup kan ha ur trevnadssynpunkt, har i allmänhet icke någon betydelse för det vårdklientel, varom här är fråga. Kommittén har därför stannat för tresängsdjup, som dessutom ställer sig mer ekonomiskt i utförande."

Mot bakgrund av detta kan vi inte göra annat än att uppfatta den grundläggande tanken bakom "vårdtratten" som ekonomisk. Det gäller, att med knappa ekonomiska resurser för denna grupp utnyttja dessa maximalt, genom en långt gående specialisering av sina vårdformer.

Specialiseringen tog sig uttryck i att man inriktade sig på en viss typ av problematik på en avdelning. Ett exempel är den avdelning på ett centralt vårdhem, där de rullstolsburna personerna bor. Tanken bakom detta har först och främst varit att sjukgymnasterna inte skall behöva åka runt i länet till rullstolsburna personer, som bor på olika platser. De har istället förts samman till det centrala vårdhemmet. Det vore även orationellt om rullstolsburna bodde på skilda avdelningar på vårdhemmet. Istället är det önskvärt, ur resursutnyttjandesynpunkt, att rullstolsburna bor på samma avdelning, så att sjukgymnasten skall kunna ägna all sin tid till behandling, och så liten tid som möjligt åt att resa mellan olika bostäder i länet, eller att gå mellan avdelningar på vårdhemmet.

Vi kan heller inte undvika att dra slutsatsen, mot bakgrund av vad vi kan läsa i dessa citat och vad vi sett när det gäller institutionell vård för personer med förståndshandikapp, att en avsikt har varit, när man specialiserade avdelningarnas uppgifter på vårdhem och när man utformade boendeanternativ av olika slag som skall ingå i denna "vårdtratt", att tanken har varit att de som har ett lindrigare handikapp skall få del av de bättre omsorgerna, och de med ett svårare handikapp skall få del av omsorgsformer av en annan kvalitet, med vård i stora grupper, under institutionella former.

Vår uppfattning om att det huvudsakligen är ekonomiskt betingade faktorer som ligger bakom tanken på "vårdtratten", stärks av det faktum att specialsjukhusen, som ju ligger längst ned i vårdtratten, under 50- och 60-talen var statliga och finansierades genom andra medel än landstingens. För landstingens del innebär det således en kostnadsinbesparing att under dessa villkor skicka en person till specialsjukhus. Genom omsorgslagens tillkomst, har specialsjukhusen övergått till att finansieras av landstingen själva. Utnyttjandet av specialsjukhusen har också minskat under 70-talet.

Om man, som man gör med det synsätt som "vårdtratten" uttrycker, enbart ser inackorderingshem som boende för personer med ett lindrigt handikapp, finns det även här ett ekonomiskt motiv till deras roll i "vårdtratten".

Genom att det på inackorderingshem enbart bor personer "som kan klara av att bo i ett integrerat gruppboende" (citat 4), har man skapat möjligheter att flytta för de personer, som tidigare bott på vårdhem, men som inte haft ett så omfattande behov av stöd som erbjudits där. De har haft behov av färre resurser och genom flyttning till inackorderingshem har man där fått ett stöd som bättre motsvarar de behov som man har. För omsorgsverksamhetens del innebär detta en kostnadsinbesparing.

Ett ytterligare stöd för denna syn på "vårdtrattens" funktion, inom omsorgsverksamheten, anser vi ligger i de tankar som uttryckts i en intervju (Pockettidningen R, 1973), även om man där talar om omsorgsverksamheten som "stege" istället för en "tratt".

citat 7:

"Jag brukar säga att man kan tänka sig de utvecklingsstörda grupperade utefter en stege. Med de bäst utvecklade på översta steget och de mest lågtstående varelserna längst ner. Efter en massiv insats bland dem på t.ex. tredje steget uppifrån kan de kanske flyttas upp ett steg. Men gör man motsvarande insats på det nedersta steget så kanske man inte kan lyfta någon. Och i en valsituation mellan att satsa på de högststående eller de lågtstående så anser jag nog att vi måste satsa på dem som finns på översta steget. Då får vi ut mest av pengarna."

Vi uppfattar inte att dessa synpunkter enbart är hans egna. Istället har vi i vårt arbete otaliga gånger stött på samma tankegångar, dock inte lika tydligt formulerade och uttryckta som i detta citat.

#### REFERENSER

Carlslund, 1957: Informationsskrift om vårdhemmet Carlslund. Stockholm: Omsorgsnämnden.

Ericsson, K. Ericsson, P. 1975: Förändrade mål på en vårdavdelning. Rapport. Uppsala: Uppsala Universitet, Projekt Mental Retardation.

Ericsson, P. 1977: Vallentuna Behandlingshem. PM. Stockholm: Omsorgsnämnden.

Ericsson, K. Bjernevall-Nygren, E. Thorsell, M. Widman, E. 1980: Behov av alternativa omsorger efter utflyttning från Carlslund och Klockbacka. Del 1. Resurser för boende, dagliga verksamheter och fritid för Carlslunds och Klockbackas omsorgstagare. Ur Enarsson, S. et al 1981: Plan för Carlslunds och Klockbackas avveckling. Stockholm: Omsorgsnämnden.

Grunewald, K. 1969: A rural county in Sweden - Malmöhus county. ur Kugel & Wolfensberger (Eds): Changing Patterns in Residential Services for the mentally retarded. Washington DC: President's Committee on Mental Retardation.

Grunewald, K. 1980: Hejda stordriften. Svenska Dagbladet, 1980-01-16.

Mercer, J. 1965: Social system perspectives and clinical perspectives: frames of reference for understanding career patterns of persons labelled as mentally retarded. *Social Problems*, 13, 18-34.

Naeslund, M. 1976: Trygghet eller träning. Uppsala: Uppsala Universitet, Projekt Mental Retardation.

Pockettidningen R, 1973: Undantagen. De psykiskt utvecklingsstörda har ordet. Vol. 3, Nr.5.

Stadskollegiets sinnesslövardskommitté, 1951: Utredning och förslag angående åtgärder till ordnande av stadens sinnesslövard. Stadskollegiets utlåtanden och memorial Nr. 65.