

**WARDAGEN INOM
TVÅ OMSORGSVÄRLDAR**

**Om personer med begåvningshandikapp inom
institutionella och integrerade omsorgsformer**

Bo Lerman Kent Ericsson Ingrid Nilsson

**Tema Handikapp & Omsorg
Pedagogiska Institutionen
Uppsala Universitet**

FÖRORD

1976 års beslut i Omsorgsnämnden i Stockholms läns landsting om att avveckla Carlslunds vårdhem i Upplands Väsby, väckte frågor. Institutionsavveckling var inte en självklarhet för alla. En grundläggande fråga hade för många sin grund i tvivel om att ett liv utanför vårdhemmet verkligen skulle bli bättre.

I den planeringsgrupp, PACK, som tillsattes för att förbereda vårdhemmets avveckling, hade jag (KE) uppgiften att arbeta med frågor kring förändring av boende och verksamhet för de personer som skulle flytta. Den grundläggande frågan kom till viss del att beröras i detta planeringsarbete. Men jag blev också ombedd, med min bakgrund som forskningsassistent vid Projekt Mental Retardation vid Uppsala Universitet, att etablera ett forskningsprojekt för att belysa denna fråga mer ingående.

Det projekt som därvid skapades, Projekt Två Omsorgsvärldar, blev möjligt tack vare ett generöst forskningsanslag från Sävstaholmsföreningen. Jag kunde också knyta två personer till projektet, psykolog Bo Lerman och psykolog Ingrid Nilsson, för att arbeta med projektets uppgift. Det administrerades genom Omsorgsnämnden men hade sin forskningsmässiga hemvist vid Projekt Mental Retardation, med docent Lars Kebbon som forskningsledare.

Denna rapport utgör det första steget i projektets avrapportering. Den har fått sin karaktär av att den utgör en sammanställning av resultat, med kommentarer till dessa. Allt efter som projektet har pågått har det vidgats och flera studier äger nu rum inom dess ram. Det finns således mer ingående information att få genom att ta del av detta senare arbete.

Ett tack riktas till all personal inom Omsorgsnämnden som bidragit med information till denna undersökning, främst då personer vid vårdhemmen Carlslund och Åkersberga, och vid de integrerade omsorgsenheter som berörts av denna studie. Ett tack, fyllt av respekt, riktas också till de personer vars vardag har beskrivits i denna studie. Ett stort tack riktas också till Sävstaholmsföreningen vars anslag har gjort denna undersökning möjlig.

Uppsala 1986

Kent Ericsson, Bo Lerman och Ingrid Nilsson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Två omsorgsvärldar
2	Samhällsdeltagande
3	Om en undersökning
4	Institutionell och integrerad omsorg
5	Personer med begåvningshandikapp
6	Bostadens lokalisering
7	Bostadsstandard
8	Personligt boende
9	Deltagande i hemarbete
10	Fritid inom bostad
11	Fritid utom bostad
12	Allmän samhällsservice
13	Omfattning av dagliga verksamheter
14	Målinriktad daglig verksamhet
15	Samhällsinriktad daglig verksamhet
16	Materiell standard
17	Sociala relationer
18	Inflytande
19	Diskussion

1

TVÅ OMSORGSVÄRLDAR

INLEDNING

Begreppet "Två Omsorgsvärldar" kommer ur olika källor. Den ena är det utvärderingssarbete som jag genomförde kring dagcenterverksamhet under 70-talet. När jag under detta arbete sökte efter innebörden av den normaliseringstanke som skulle behövas för att värdera den dagcenterverksamhet som jag då beskrev, fann jag tankar om personer med utvecklingsstörning och deras samhällsstöd som var av ett annat slag än de som representerades av de institutionella vårdformerna. Jag formulerade därför begreppet "två omsorgsvärldar" eftersom de institutionella och de integrerade organisationerna erbjöd två helt olika världar för de personer som vänder sig till samhället med en önskan om stöd och service. Deras liv kommer att utvecklas på helt olika sätt beroende på om de får leva och växa upp i den institutionella eller den integrerade omsorgsvärlden.

Denna tanke om två omsorgsvärldar fick ny aktualitet när jag påbörjade ett arbete för att avveckla vårdhemmet Carlsund. Då kom jag på ett mycket konkret sätt i kontakt med den institutionella omsorgsvärlden. Dess karaktär skilde sig avsevärt från den som jag upplevt inom de integrerade omsorgsformerna, och det framstod som naturligt att det liv som personerna levde på vårdhem var som att leva i en helt annan värld. Frågan om konsekvenserna av dessa skilda världar för personer med utvecklingsstörning blev aktuell och kom att bli den grundläggande frågan för Projekt Två Omsorgsvärldar. För att få ett underlag till en ansökan om forskningsanslag formulerade jag hur jag då såg på dessa två omsorgsvärldar. I en PM från 79 05 02 beskrevs frågan på det sätt som redovisas här.

När vi nu avslutar den undersökning som blev konsekvens av denna begäran om forskningsanslag, framstår tankarna från 1979 som något inaktuella. Mer skulle naturligtvis kunna sägas idag. Men jag låter en redovisning av denna undersökning inledas med denna formulering för att ge en bild av vad som kunde sägas då. Förhoppningsvis kan mer sägas idag efter det att undersökningen är slutförd.

VÅRDIDEOLOGI-VÅRDORGANISATION-INDIVIDUELLA KONSEKVENSER

Som en konsekvens av definitionen av vem som är utvecklingsstörd, följer att det är personer som är i behov av samhällets stöd för att klara sig. Vilka vardagsmönster som kommer att utvecklas, vilka livsvillkor man kommer att få leva under och vilka möjligheter till individuell utveckling, som den enskilde personen därigenom får tillgång till, beror på vilka livsmiljöer samhället gör tillgängliga för utvecklingsstörda personer.

Av avgörande betydelse för utvecklingsstörda personers tillvaro är således vilka kunskaper, attityder och värderingar som råder i samhället gentemot denna grupp medborgare, samt vilka ekonomiska förhållanden som möjliggör ett realiserande av åtgärder för gruppen utvecklingsstörda personer i samhället.

Relationen "ideologi-organisation-individuella konsekvenser", beskriver detta förhållande. Det samhälleliga stödet som utvecklingsstörda personer behöver, förmedlas genom en vårdorganisation. Lokaler, personellt stöd och verksamhet av skilda slag måste skapas och erbjudas den enskilde personen. Men det är inte entydigt hur dessa lokaler skall se ut, vilken typ av personal som skall anställas, vilka verksamheter och aktiviteter som skall arrangeras.

Den vårdideologi, uttalad eller outtalad, entydig eller mångtydig, som präglar vårdorganisationen, kommer att verka styrande för vilken ställning man tar i valet mellan de olika alternativen som finns tillgängliga inför att bygga lokaler, anställa personal och att välja verksamheter. Bakom det faktum att vårdideologin inte alltid är uttalad eller entydig inom en vårdorganisation ligger det förhållande att vårdideologin kan ses som ett sammanfattande uttryck för de kunskaper, attityder och värderingar som råder i ett samhälle. Genom att samhället förändras, kommer också denna vårdideologiska referensram att förändras.

För den enskilde utvecklingsstörde personen är karaktären på den livsmiljö i vilken han lever viktig, eftersom den innehåller och är avgörande förutsättningar för den individuella utvecklingen. I livsmiljöer finns begränsningar som i vissa fall omöjliggör exempelvis en ökad självständighet eller också innehåller den positiva förutsättningar, som leder till frigörelse.

Men vårdorganisationens utformning innehåller inte enbart förutsättningar som påverkar utvecklingsstördas tillvaro, utan även vilken arbetsituation vårdpersonalen får uppleva. Beroende på om vårdorganisationen är liten eller omfattande, med centraliserat eller decentraliserat beslutsfattande, kommer också vårdpersonalens arbetsmiljö att präglas av den vårdideologiska referensramen och den utformning som ges åt vårdorganisationen.

När man ser till värden av utvecklingsstörda personer finner man vårdideologiska skillnader och därmed också skillnader i vårdorganisatoriska lösningar. Beroende på skillnader mellan vårdorganisationer, kommer utvecklingsstörda att få uppleva skilda vårdmiljöer och vårdpersonal att få uppleva skilda arbetsmiljöer.

Två omsorgsvärldar: historik

Det är under perioden efter andra världskriget, som en mer modern vård av psykiskt utvecklingsstörda personer har vuxit fram till stor del beroende på att det är först under denna period som vårdlagar reglerat omsorgsverksamhetens utformning. Men denna utveckling har också en stark grund i att landet upplevde ett ekonomiskt uppsving efter andra världskriget. Det är under denna period som resurser finns för att bygga ut ett välfärdssamhälle med förstärkta resurser också åt socialt svaga grupper. I denna utveckling finns också ett utrymme för ökade resurser åt psykiskt utvecklingsstörda personer. Men den vårdorganisation som byggs ut har sin grund i tidigare erfarenheter. Det är i mitten av 1800-talet som problemet utvecklingsstörning uppstår som ett samhällsproblem, genom den omstrukturering som samhället genomgår under andra hälften av 1800-talet. Från att ha varit ett agrarsamhälle, blir Sverige ett industrisamhälle och i denna förändringsprocess framträder gruppen utvecklingsstörda, som de personer, med sin hämmade förståndsutveckling, som inte klarar av de nya krav som samhället ställer.

Fram till 1:a världskriget är det en institutionellt präglad vårdorganisation som byggs upp, lokaliserad till lantliga miljöer med ett vårdinnehåll präglat av diffus optimism om att man med enkla åtgärder skulle kunna klara av problemet utvecklingsstörning.

Under perioden mellan 1:a och 2:a världskriget befäster man ytterligare en institutionellt orienterad vårdorganisation. Man bygger ut allt fler vård-

institutioner, även dessa i fysisk mening belägna utanför samhället. Under denna period kommer också de s.k. specialsjukhusen, med ansvar att ta emot de mer svårt utvecklingsstörda med hela landet som upptagningsområde.

Grunden till detta är 20- och 30-talen som två decennier under vilka en pessimistisk syn präglade inställningen till de utvecklingsstördas möjligheter till utveckling och till en tillvaro i samhället. Sverige kan, under dessa två årtionden, karaktäriseras som ett samhälle i kris, såväl ekonomiskt som politiskt, och i detta samhälle fanns inte plats för psykiskt utvecklingsstörda personer. Istället skapades ett institutionssamhälle, vid sidan av det ordinarie, förbehållet dessa personer.

Perioden efter det 2:a världskriget kan indelas i perioder som sammanfaller med de vårdlagar som nu kommer och som för första gången reglerar vilka omsorger som skall inrättas för psykiskt utvecklingsstörda. Den första vårdlagen kom 1944 och stadgar särskilt att undervisning skall delges bildbara utvecklingsstörda. 1954 års vårdlag står till stor del för inrättandet av de centrala vårdhemmen och därmed en institutionell upprustning och utbyggnad. Med 1967 års omsorgslag kommer en strävan mot en integrerad omsorgsorganisation. F.n. arbetar 1977 års omsorgskommitté med en översyn av denna omsorgslag.

De centrala vårdhemmen som föreskrivs i 1954 års vårdlag är en karaktäristisk del i den vårdorganisation som inrättats. Den präglas starkt av en centralisering och avsikten är att utvecklingsstörda personer som är i behov av samhällets stöd, måste skrivas in vid dessa vårdhem. Det är en institutionsdominerad omsorgsorganisation, som därmed skapas utan organiserade stödåtgärder i samhället. Avsikten är att samla stora grupper på dessa vårdhem och till dem knyta vårdpersonal och skilda "experter".

Dessa centrala vårdhem byggs inte som tidigare varit brukligt i form av en eller flera stora huvudbyggnader, utan som en serie paviljonger. Avsikten med detta var att den stora gruppen utvecklingsstörda på vårdhemmet skulle delas upp i mindre grupper, en på varje paviljong. På varje sådan paviljong skulle vårdas företrädesvis personer med samma typ av problematik. Det fanns t.ex. en paviljong för personer med psykotisk problematik, en annan för rörelsehindrade och ytterligare en för äldre personer. Dessa vårdhem är uppbyggda efter ett traditionellt sjukhusmönster, d.v.s. med avdelningar och kliniker för vissa typer av sjukdomstillstånd. Den vårdorganisation och de vårdhem som planerades under 50- och 60-talen präglades starkt av de stora vårdinstitutionerna.

Men mot denna utveckling finns en motkraft. Föräldrarörelser uppstår och intar en bevakande funktion i förhållande till den expansion som sker. Man vänder sig särskilt mot centraliserad vård på stora institutioner.

Istället samlar man sina erfarenheter som föräldrar, man utvecklar en egen försöksverksamhet och man skaffar egna forskningsresurser. Man kräver också en översyn av den existerande organisationen, vilken kommer till stånd. I förberedelsearbetet för den nya lagen agerar man starkt och man påverkar dess utformning. Dess huvudinriktning mot mål som normalisering och integrering, är till stor del resultat av föräldrarörelsens agerande.

Med omsorgslagen kommer en vårdorganisation med en helt annan karaktär. Istället för en centralisering till stora vårdinstitutioner förespråkas en decentralisering till små enheter, spridda i landstingsområdet. Lagen föreskriver att det förutom vårdhem skall finnas öppna omsorgsformer, bl.a. inackordningshem och dagcenter.

70-talet har inneburit en kraftig expansion av omsorger, i synnerhet de öppna omsorgerna. Inackorderingshem har ökat kvantitativt och ett arbete pågår om metodik och innehåll i det arbete som sker där. Likaså har dagcenterverksamhet tillkommit. Även denna omsorgsform har genomgått en kvantitativ ökning och även här pågår ett arbete för att fördjupa innehållet i den verksamhet som man bedriver.

Denna utveckling av öppna omsorgsformer som skett under 70-talet, har lett till att en ny situation uppstått inom omsorgsorganisationen för utvecklingsstörda. Nya typer av vårdmiljöer har tillkommit för de utvecklingsstörda personerna och nya arbetsmiljöer har tillkommit för vårdpersonalen.

2 SAMHÄLLSDELTAGANDE

Begreppet samhällsdeltagande

I det utvärderingsarbete kring dagcenterverksamhet som föregick detta projekt växte begreppet samhällsdeltagande fram som centralt när det gäller att beskriva skillnader mellan institutionella och integrerade omsorgsformer. Medan ett deltagande i samhällslivet skulle undvikas inom institutionella omsorgsformer, var ett deltagande i det liv som levs av personer på en ort just vad som avsågs med integrerade omsorger. Dagcentret som en plattform för samhällsdeltagande blev i detta utvärderingsprojekt det begrepp som kom att beskriva denna omsorgsform. Med Projekt Två Omsorgsvärldar, som här avser att beskriva konsekvenserna för personer med begåvningshandikapp av att leva inom institutionella och integrerade omsorgsformer, blir detta begrepp aktuellt igen.

Hur konkretisera "samhällsdeltagande"?

Här används tre områden av vardagsmönster och livsvillkor för personer med begåvningshandikapp för att belysa aspekter av deras samhällsdeltagande. Egentligen illustrerar alla tre områden dessa personers relation till gängse livsvillkor i samhället. Denna strukturering är gjord för att få ett hjälpmedel för att kunna beskriva innehåll i bostad och i dagliga verksamheter och för att kunna skilja dessa från förhållanden som är av en mer generell karaktär.

Det första området illustrerar personernas bostad och fritid. Dessa båda sfärer av personens tillvaro förs här samman för att markera att fritidens innehåll är nära relaterat till eller har sin utgångspunkt i hur personerna lever i sin bostad.

Det andra illustrerar personernas dagliga verksamheter. Detta begrepp innefattar här såväl förvärvsarbete och utbildning som dagcenterverksamhet. Det tredje området illustrerar personernas relation till samhället. Här beskrivs sådana förhållanden som inte direkt berör bostad, fritid eller dagliga verksamheter utan som mer griper in i personens hela livssituation.

En mer ingående presentation av dimensionerna inom dessa tre områden görs i samband med redovisning av resultaten. Bostad och fritid beskrivs på så sätt i fem avseenden, daglig verksamhet i tre samt personens relation till samhället i fem avseenden. Varje beskrivs sedan genom en eller fler frågor. Vilka dessa är framgår i samband med resultatredovisningen.

Bostad och fritid

I vårt samhälle betraktas rätten till en bostad som en självklarhet vilket illustreras exempelvis av bostadspolitiska mål. Det slogs då också fast att bostaden är en social trygghetsfaktor av grundläggande betydelse: "hela befolkningen skall beredas sunda, rymliga, välplanerade och ändamålsenligt utrustade bostäder av god kvalitet till rimliga kostnader".

Som medborgare har man således rätt till en bostad med god kvalitet. När personer med begåvningshandikapp erkänns som fullvärdiga samhällsmedborgare blir deras rätt till bostad självklar. Omsorgskommitténs uppfattning var att "en god bostad är en social rättighet av avgörande betydelse om normaliserings- och integreringsprinciper skall få ett verkligt innehåll". Där sägs vidare om de personer som lever på institution att "dessa

personer egentligen saknar bostad, vilket understryks av att de kan flyttas från en inrättning till en annan utan att kunna hävda rätten till sin bostad".

Som nämnts tidigare har institutionell och integrerad omsorg sitt ursprung i olika tidsepoker och är uttryck för olika inställning till denna handikappgrupps roll i samhället. Institutionell omsorg är uttryck för inställningen att de bör bo och ha sin verksamhet i särskilt utformade samhällen inom väl avgränsade områden vid sidan av det ordinarie. Integrerad omsorg har däremot sitt ursprung i en uppfattning att personer med begåvningshandikapp skall bo i bostäder i ordinarie samhälle, på de platser där andra medborgare har sina bostäder. I likhet med dem skall de ha sin dagliga verksamhet skild från sin bostad.

Bostaden

I korthet kan en av bostadens grundläggande funktioner för personen sägas vara att den representerar den privata delen av hans tillvaro. I bostaden skall de villkor gälla som avgörs av dem som bor där. Där vilar man och där tillbringar man en stor del av sin fritid. I bostaden utförs en hel del nödvändiga hemsysslor, där utförs olika fritidsaktiviteter och dit kan man bjuda hem sina vänner och bekanta. På bostaden sätter man en personlig prägel bl.a. genom inredning och de föremål som man omger sig med.

Följande dimensioner har här valts för att beskriva vardagsmönster och livsvillkor i bostad och fritid för personer med begåvningshandikapp. "Personligt boende" uttrycker huruvida personen har en personlig tillvaro i en personligt utrustad bostad. "Deltagande i hemarbete" beskriver om personen får erfara att de nödvändiga hemsysslorna är något som berör honom/henne själv. "Bostadsstandard" beskriver här främst trångboddhet, d.v.s. om personen bor i en liten grupp och har ett eget rum, ifall denne bor i en grupp-bostad.

"Fritid inom bostaden" uttrycker huruvida personen har en aktiv fritid i gemenskap med någon annan person i bostaden. "Fritid utom bostaden" beskriver i vilken utsträckning som personen deltar i någon fritidsaktivitet i samhället, utanför omsorgsverksamheten.

Dagliga verksamheter

I Omsorgsnämndens perspektivplan anges målsättningen för vuxnas dagliga verksamhet: "Alla vuxna har rätt till verksamhet. De som inte kan arbeta på öppna marknaden eller i skyddad verksamhet skall vid dagcenter få habilitering och meningsfull sysselsättning, som anpassas till behov och förmåga."

Även sysselsättningsutredningen pekar på behovet av att tillgodose behovet av sysselsättning för personer med begåvningshandikapp som inte kan få sysselsättning i form av förvärvsarbete. "Det intressanta är att direktiven framhåller två olika värden i arbetet som jämställda. Bidraget till den materiella försörjningen är viktig men som lika viktigt framhålls att arbetet är en väg till social gemenskap liksom att mänskliga behov av att utveckla och berika tillvaron kan tillfredsställas i arbetslivet."

Många klarar av naturliga skäl inte av ett vanligt arbete på den reguljära eller den skyddade arbetsmarknaden. Dagcenter är istället en del av en omsorgsform som har till uppgift att förmedla omsorger till dessa personer under dagtid. Målet för dagcenterverksamheten bör därför vara detsamma som för övrig omsorgsverksamhet, nämligen att genom sin form och sitt innehåll främja personernas samhällsdeltagande. Inom dagcenterverksamheten finns en personalgrupp som har till uppgift att utveckla, planera, genomföra och följa upp meningsfulla verksamheter för dessa personer.

Det är inte möjligt att ge en generell beskrivning av olika verksamheter som är meningsfulla inom en dagcenterverksamhet. Det har sin grund i att meningsfullheten ligger i relationen mellan en person, med behov av dagliga omsorger, och de verksamheter som denne ägnar sig åt. Meningsfullheten i de dagliga verksamheterna är således en individuell fråga.

Däremot är det möjligt att ange några förhållanden som gäller alla personer inom dagcenterverksamhet. I denna undersökning beskrivs på så sätt dagcenterverksamheten i tre avseenden. "Omfattning av dagliga verksamheter" anger, i vilken omfattning som personen har någon organiserad daglig verksamhet.

"Målinriktade dagliga verksamheter" anger om det finns någon personlig målsättning för dem som har tillgång till dagcenterverksamhet. "Samhällsinriktade dagliga verksamheter" beskriver huruvida de dagliga verksamheterna ger personen erfarenheter av livet i samhället utanför omsorgsformerna.

Relation till samhället

I detta avsnitt presenteras fem aspekter av den vardag för personer med begåvningshandikapp som mer är relaterade till deras tillvaro utanför bostad och dagcenter. Tillsammans är de väsentliga för personens sociala och samhälleliga ställning. För att illustrera denna relation beskrivs personernas tillvaro i följande avseenden.

"Bostad i relation till samhället" anger huruvida personen är kyrkobokförd på den adress där denne bor. Detta avser att illustrera om personen i formell mening är medborgare i den kommun där denne bor. Vidare illustreras här om personen bor i närhet av sina närmaste anhöriga eller ej.

"Utnyttjande av allmän samhällsservice" beskriver i vilken omfattning som personen utnyttjar det existerande allmänna serviceutbudet på orten. "Materiell standard" beskriver personens standard i förhållande till andra medborgare. "Socialt nätverk" belyser om personen har någon närstående med vilken denne har regelbunden kontakt. "Inflytande över tillvaron" anger personens möjligheter att påverka förhållanden och händelser i sin vardag och om denne har någon person som företräder sina intressen då så behövs.

3 OM EN UNDERSÖKNING

Metod

Denna undersökning, som avser att beskriva den tillvaro som institutionella och integrerade omsorgsformer erbjuder de personer med begåvningshandikapp som får del av dem, innehåller följande delar. Först och främst görs en målbeskrivning. Utifrån en övergripande målsättning för ett omsorgsarbete, som har sin grund i en allmänt accepterad socialpolitisk inriktning, härleds ett antal komponenter, som tillsammans beskriver den vardag som dessa personer lever under. Detta blir också grunden för utformning av det instrument som behövs för en datainsamling. Detta har formen av ett formulär med frågor som ställs i undersökningen.

Därefter beskrivs tillvaron i de avseenden som framkommit i målanalysen, för valda grupper av personer som erhåller integrerade eller institutionella omsorgsformer. Slutligen görs en värdering av i vilken omfattning som det liv personen lever, svarar mot dessa mål. Resultaten kan då sägas uttrycka måluppfyllelse i omsorgsarbetet. En jämförelse med avseende på måluppfyllelse mellan dessa grupper, uttrycker då i vilken utsträckning man inom institutionella respektive integrerade omsorgsformer kan bidra till att förverkliga omsorgsarbetets mål.

I nästan samtliga avseenden anger målen snarare en önskvärd riktning än slutmål för ett omsorgsarbete. En omsorgsorganisation kan skapa förutsättningar och verksamheter som bedrivs i riktning mot ett mål, men för varje enskild person är det omöjligt att precisera ett slutmål. Målen handlar om personernas livssituation i vid mening och i likhet med vad som gäller för personer utan handikapp kommer denna att förändras och utvecklas under hela livet. Samtidigt förändras det samhälle i vilket de lever. Önskvärt är att mål av detta slag sätts av varje person själv, eller av företrädare för denne, och att beslutet grundar sig i dennes behov, intressen och förutsättningar.

I undersökningen redovisas inte dessa personers vardag enskilt utan för grupper. Detta har sin grund i att dessa valts för att bli jämförbara i de avseenden som undersökningen syftar till att analysera. Resultaten presenteras och bör läsas som jämförelser mellan integrerade och institutionella omsorgsformer. De skall således inte tolkas som absoluta värden och kan endast i begränsad omfattning användas utanför denna jämförelse.

Anledningen till denna reservation är främst att syftet med undersökningen endast är att jämföra integrerade med institutionella omsorgsformer. Dessutom är undersökningsgruppen begränsad. Det finns inom institutionell omsorg många personer med svårare handikapp än undersökningsgruppens, liksom det inom integrerad omsorg finns en stor grupp med lättare handikapp. Frågorna ger heller inte en heltäckande beskrivning av varje komponent utan enbart en illustration av vad dessa kan innehålla. Däremot är avsikten att grupperna skall vara jämförbara. För att minimera effekter av skillnader i handikapp mellan undersökningsgrupperna har personerna valts så att grupper i integrerade och institutionella omsorgsformer skall vara jämförbara, d.v.s. de skall inte skilja sig i alltför stor utsträckning vad gäller ålder, grad av handikapp och art av tilläggshandikapp. Vid frågekonstruktionen har därför ambitionen också varit att fokusera sådana områden och formulera frågorna på ett sådant sätt att handikappgrad eller andra individuella skillnader inte bör ha någon avgörande betydelse.

Val av undersökningspersoner och omsorgsenheter

För att kunna genomföra undersökningen behöver man kunna beskriva vardagen för en grupp som lever inom institutionella omsorgsformer samt en grupp som lever inom integrerade. Dessa bör vara lika varandra i de avseenden som berör undersökningen, dock inte vad gäller omsorgsform. Tre faktorer har därför varit styrande vid urval av personer.

Undersökningsgrupperna skall representera institutionella respektive integrerade omsorgsformer. De skall vara jämförbara, d.v.s. inte skilja sig avsevärt i avseenden vilka kan tänkas påverka hur deras tillvaro utformas. Grupperna måste vara av lämplig storlek för att inte möjligheterna till generalisering skall begränsas. Praktiska omständigheter som förekomst av jämförbara grupper och undersökningens omfattning, omöjliggör en alltför omfattande studie.

Undersökningen begränsas till Stockholms läns landsting där c:a 5.000 personer med begävningshandikapp, varav 3.200 vuxna, var inskrivna vid omsorgsverksamheten vid undersökningstillfället. I detta landsting pågår en utbyggnad av integrerade omsorgsformer samtidigt som det fortfarande finns kvar såväl lokala som centrala vårdhem. Det är därför möjligt att där finna de grupper som eftersträvas för undersökningen.

Urvalsgrund

I undersökningen har omfattningen av behov av "omsorg i integrerad bostad" blivit den variabel som valts för att finna jämförbara grupper inom integrerade och institutionella omsorgsformer. Därigenom tar man vid urvalsförfarandet inte ställning till art och grad av funktionsnedsättning, utan till en sammanfattande bedömning av vilken typ av integrerad bostad samt omfattning av personalstöd i denna, för att personen skall kunna bo där.

Bakom denna bedömning av behov av "omsorg i integrerad bostad" finns naturligtvis ett ställningstagande till handikappets art och grad för en person. Det betyder också att handikapp av olika karaktär kan leda till samma omfattning av behov av "omsorg i integrerad bostad".

Omsorgsenheter

I den utbyggnadsplan som presenterades vid Omsorgsnämnden i Stockholms läns landsting 1977 anges vilka integrerade bostadsformer som skall kunna erbjudas personer med begävningshandikapp. Dessa har utvecklats vidare och kan sammanfattningsvis beskrivas på följande sätt.

Bostadstyp "05" ger en bostad till 8 personer. En sådan enhet består av en "servicelägenhet" med 2 platser och personalutrymmen. 4-6 "ytterlägenheter" finns för 1-2 personer i varje lägenhet. Personal arbetar endast under dagtid och svarar för tillsyn och stöd. I denna bostad är 2 personer anställda.

Bostadstyp "06" ger också en bostad till 8 personer. Denna har i princip samma utformning som bostadstyp "05". En lägenhet utgör "servicelägenhet". Där har personalen expedition och sitt övernattningsrum. I servicelägenheten kan det bo mellan 1-4 personer, beroende på bostadens storlek. Personalen svarar för tillsyn, stöd och i den omfattning som behövs också för inköp, tillagning av gemensamma måltider och praktisk service i bostaden. En anställd tjänstgör enligt schema och finns tillgänglig dygnet runt. För detta behövs vanligtvis 4 personer.

Bostadstyp "07" är en bostad för 5 personer i en större lägenhet. Bostaden, som är handikappanpassad, består av 8 rum och kök. Den är vanligtvis belägen i flerbostadshus. Detta är en gruppboende för personer med behov av kvalificerat stöd och service i det dagliga livet. Sovande eller vakande nattpersonal

finns efter de boendes behov. Personal tjänstgör enligt schema. Personaldimensionering för detta är vanligtvis 1 föreståndare och 6 vårdare.

Samma typ av bostad finns också förlagd till en villa. Genom boendet i villa möjliggörs ett integrerat boende även för personer där lägenhetsboende, skulle kunna skapa onödiga friktioner eller konfrontationer med de närmaste grannarna. En del villor kan behöva ligga mer avskilt för att bl.a. möjliggöra friare utomhusvistelser.

Några begrepp som återkommer i redogörelsen behöver definieras. Med boendegrupp avses en grupp personer som bor tillsammans och därigenom gemensamt utnyttjar matsal/kök, vardagsrum/dagrum och hygienutrymmen. Boendegruppens bostad kallas här boendeenhet. Inom integrerade omsorger utgörs boendeenheten av lägenheten eller villan, medan boendeenheten på institution är den enskilda vårdavdelningen eller gruppen om denna är avskild från andra grupper inom vårdavdelningen.

Bostadsgrupp är en benämning som förekommer inom de integrerade omsorgsformerna och avser ett antal boendeenheter som har en gemensam föreståndare. Omsorgsenhet används som benämning för den driftsenhet som är närmast underställd en avdelning inom omsorgsförvaltningen. Institutionen är då som helhet en omsorgsenhet liksom bostadsgruppen, inackorderingshemmet som inte ingår i en bostadsgrupp samt det externa dagcentret.

Urval av personer

Undersökningen omfattar vuxna personer med begåvningshandikapp vilka har behov av ett nära personalstöd. Personerna måste därför bo i någon form av bostad med personalstöd. Den grupp som skulle representera de integrerade omsorgsformerna valdes därför bland personer som bodde i någon av två typer av bostäder med personalstöd som fanns vid denna tidpunkt.

Den institutionstyp som bäst illustrerar de institutionella omsorgsformerna är de centrala vårdhemmen. Som representant för den institutionella omsorgsvärlden valdes Carlsunds vårdhem. Anledningen till detta val är att man under åren 1979 - 1980 genomförde en omfattande individuell kartläggning av behov av integrerat boendebestånd. Detta gjorde det möjligt att jämföra personer på vårdhem med personer i integrerade boendeformer med avseende på omsorgsbehov.

Huvudjämförelsen i undersökningen görs således mellan en grupp personer med begåvningshandikapp som bor inom integrerade omsorgsformer på inackorderingshem och en grupp som bor på Carlsunds vårdhem. Eftersom vårdhemmet, p.g.a. sin ålder med nedslitna lokaler och med beslut om att det skall avvecklas, skulle ge speciella livsvillkor för de personerna, valde vi att även beskriva en grupp från landstingets modernaste centrala vårdhem, Åkersbergahemmet. En beskrivning kan då göras mellan integrerade omsorgsformer och ett modernt vårdhem i jämförande syfte för att bekräfta eller förkasta eventuella skillnader mellan Carlslund och integrerade omsorgsformer.

Vid tidpunkten för urval av personer till denna undersökning var vissa av dessa integrerade bostäder redan byggda. De flesta tillhörde bostadstyperna "05" och "06", men det fanns också några av typ "07", dock enbart någon av dessa i villaform.

I samband med planeringen av avvecklingen av Carlsunds vårdhem hade en omfattande individuell kartläggning genomförts, som utmynnat i en beskrivning av behov av alternativa integrerade omsorgsformer, bl.a. bostad, som personerna skulle behöva för att kunna flytta från vårdhemmet.

Genom att det vid undersökningstillfället fanns en inventering av samtliga personer på institutionen som beskriver behov av "omsorg i integrerad bostad" och genom att det samtidigt fanns en grupp personer som redan bodde i integrerade bostäder, för vilka man således redan gjort bedömning av behov av "omsorg i integrerad bostad", fanns det möjligheter att finna jämförbara grupper i detta avseende. För att få jämförbara grupper valdes personer som bodde i, eller hade ett kartlagt behov av att bo i servicelägenheten inom bostadstyp "06" samt de som hade behov av bostadstyp "07".

På Åkersbergahemmet fanns ingen individuell kartläggning motsvarande den som gjorts på Carlslund. Vårdhemmets psykolog och kuratorer genomförde därför en bedömning av samtliga personer i åldern 20 - 50 år som bodde på vårdhemmet. Bland dessa identifierades en grupp personer för vilka bostadstyp "07" bedömdes vara ett adekvat alternativ om de skulle flytta till integrerad bostad. Ur denna valdes de personer som ingick i Åkersberggruppen.

Jämförbara grupper

Eftersom undersökningen syftar till att beskriva och jämföra vardag inom olika omsorgsformer för personer med begåvningshandikapp, har det varit en strävan att eliminera eller minimera skillnader mellan undersökningsgrupperna i andra avseende än om de bor på vårdhem eller inom integrerad bostadsform. Därför gjordes följande begränsningar vid val av grupper.

Som första urvalsgrund valdes boendeenheter som varit öppna och fullbelagda i minst ett halvår. Det tar en viss tid innan en ny grupp finner sin form, innan personal och de som bor där känner varandra och innan de lärt sig utnyttja de nya möjligheter i form av t.ex. service och fritid. Denna tidsgräns var aktuell endast för de integrerade boendeenheterna.

En andra urvalsgrund innebar att undersökningsgruppen begränsades till vuxna personer i aktiv ålder. Endast personer mellan 20 och 50 år kom därför att beröras av undersökningen.

Vissa tilläggshandikapp är av sådan karaktär att de sätter en stark prägel på en persons tillvaro. Ett sätt att hålla sådana tilläggshandikapp under kontroll är att ha en stor undersökningsgrupp. Detta var emellertid inte möjligt. För att undvika att eventuella skillnader i vardagsmönster och livsvillkor mellan de två omsorgsvärldarna skulle förklaras av skillnader i tilläggshandikapp i undersökningsgrupperna, gjordes tre begränsningar.

Personer med blindhet, i rullstol och personer med uttalade psykisk problematik ingick inte i undersökningsgruppen. Vad gäller den sista gruppen gjordes en grov avgränsning på så sätt att inackorderingshem med behandlingsresurser och behandlingshem uteslöts vid urvalet, liksom två avdelningar på institution A, som man upplåtit för personer med denna problematik.

I undersökningen eftersträvades jämförbara grupper med avseende på grad av handikapp. Därför prövades möjligheten att välja dessa genom ett matchningsförfarande. Ett problem blev då att bestämma kriterier, d.v.s. i vilka avseenden som grupperna skulle jämföras.

Eftersom undersökningen beskriver en grupp personer med begåvningshandikapp är naturligtvis den kognitiva funktionen central. Men vilka andra funktioner är väsentliga? Det visade sig att det i gruppen, som skulle kunna tänkas beröras, fanns personer med olika slag av tilläggshandikapp. Detta blir en naturlig konsekvens eftersom man eftersträvade en jämförelse mellan institutionella och integrerade omsorgsformer.

När personer på vårdhem berörs kommer många med ett mer omfattande handikapp att ingå. Genom att det fanns alltför få personer inom de integrerade omsorgsformerna gick det inte att finna lämpliga matchningskriterier och samtidigt få tillräckligt stora grupper.

Undersökningsgrupper av lämplig storlek

Undersökningen kom, med den uppläggning som beskrivits, att omfatta fem grupper. Inom integrerade bostadsformer berördes personer boende i bostadstyperna "06 S" ("06"-bostadens servicelägenhet) och "07". På institution A, Carlslund, berördes personer med ett kartlagt behov av bostadstyperna "06 S" och "07". På institution B, Åkersberga, berördes enbart personer med ett bedömt behov av bostadstyp "07".

Tabell 3.1. Den totala undersökningsgruppen fördelad över bostadstyp och omsorgsform.

Bostadstyp	Integrerad omsorg	Institution A	Institution B	Totalt
06 S	n = 30	n = 30	-	n = 60
07	n = 30	n = 30	n = 30	n = 90
Totalt	n = 60	n = 60	n = 30	n = 150

En strävan var att grupperna skulle vara så stora att jämförelser skulle kunna göras mellan omsorgsformerna utan att minimera att individuella slumpfaktorer skulle få någon betydelse för resultaten. De totala gruppernas storlek och projektets omfattning satte dock gränser för möjlig gruppstorlek.

Genom begränsningarna av grupperna beträffande ålder och tilläggshandikapp behövdes inte alltför stora grupper för att kunna minimera ovidkommande faktorer som inflytande på resultaten. En bedömning gjordes därför att en gruppstorlek om 30 personer skulle vara tillräcklig. Totalt 150 personer skulle på så sätt beröras av undersökningen. Dessa skulle då fördela sig så som framgår av tabell 3.1.

Urvalsprocedur

De uppgifter som behövdes för att kunna göra urval av personer till undersökningen, erhöles från Omsorgsnämndens förvaltningskontor. När det gäller den integrerade bostaden av typ "06 S" framgick det att det fanns 36 enheter med totalt 74 personer. När det gäller bostadstyp "07" fanns 13 enheter med totalt 54 personer. Bland dessa fanns då också personer som var blinda och rullstolsburna.

Bostäder av typ "06 S" och "07" valdes i en slumpmässig ordning. Samtliga personer i dessa ingick i en grupp om de föll inom ramen för de fastställda urvalskriterierna. Vid första kontakten med enheten konstaterades om någon var blind eller rullstolsburen. Om så var fallet ersattes denne av en person som valts i en på förhand slumpmässig ordning.

På institution A bodde vid tidpunkten för urvalet totalt 276 personer. Genom institutionens försorg erhöles uppgifter om samtliga personer, som inför avvecklingen hade ett kartlagt behov av bostadstyp "06 S" och "07". I åldersgruppen 20 - 50 år fanns då 31 personer, fördelade på 10 boendeenheter, som hade ett behov av bostadstyp "06 S", medan 73 personer, som bodde på totalt 19 boendeenheter, hade ett behov av bostadstyp "07". Urvalet till undersökningsgruppen skulle således göras bland dessa 104 personer. Totalt berördes 19 boendeenheter inom institutionen. Inte heller för institution A kände vi i detta skede till vilka personer som var blinda eller rullstolsburna.

Boendeenheterna på institution A varierade i storlek från 1 till 15 personer per enhet. Här valdes slumpmässigt personer till de två grupperna. Genom urvalskriterierna kom gruppen med ett kartlagt behov av bostadstyp "06 S" enbart att omfatta 29 personer. Gruppen med behov av bostadstyp "07" kom, som planerat, att omfatta 30 personer.

På institution B bodde vid den aktuella tidpunkten totalt 164 personer. Redan vid urvalet hade psykologen och kuratorerna utslutit de som var blinda och de som var rullstolsburna. Där fanns då totalt 83 personer i åldersgruppen 20-50 år med ett bedömt behov av bostadstyp "07". Dessa bodde på 18 av institutionens boendeenheter. Bland dessa personer gjordes ett slumpmässigt urval av de 30 personer som planerades ingå i undersökningen.

I tabell 3.2 redovisas de undersökningsgrupper som blev resultatet av urvalsproceduren. När det gäller "bostadstyp" är det för "integrerad bostad A", frågan om den faktiska bostad där man bor. När det gäller "institution" är det behovet så som det framgick vid en särskild kartläggning. När det gäller "institution B" är det ett bedömt behov av bostad. Eftersom enbart 29 personer på institution A uppfyllde urvalskriterierna till grupp "06 S" valdes enbart 29 personer att ingå i samma grupp i kategorien "integrerad bostad".

Tabell 3.2. Den totala undersökningsgruppen fördelad över "bostadstyp" samt "omsorgsformer".

Bostadstyp	Antal enh.	Integrerad bostad	Antal enh.	Institution A	Antal enh.	Institution B
"06 S"	15	n = 29	10	n = 29	-	-
"07"	9	n = 30	15	n = 30	14	n = 30
Summa:		n = 59		n = 59		n = 30

I undersökningen ingår totalt 148 personer fördelade på 63 boendeenheter. Eftersom tillvaron i såväl bostad som på dagcenter kommer att beskrivas kommer dessutom varje institutions dagcenter att ingå tillsammans med 16 externa dagcenter. Därtill har en person daglig verksamhet på ett dagcenter tillhörande en riksanstalt.

Metod för datainsamling

För beskrivning av livsvillkor för personer med begåvningshandikapp inom två omsorgsvärldar har uppgifter samlats in dels om de integrerade och institutionella omsorgsformer i vilka personerna lever, dels om de vardagsmönster och livsvillkor som de erfar. Dessutom beskrivs varje person med avseende på en rad funktioner.

Personens livsmiljöer beskrivs genom ett val av variabler som betonar skillnader mellan institutionell och integrerad omsorg. Vid besök på boendeenheterna beskrevs deras storlek, lokalisering, utformning, funktioner, relation till grannar och anhöriga, servicefunktioner samt personalstödet omfattning.

Vid besök på ett dagcenter beskrevs deras storlek, lokalisering samt organisation och verksamhetsformer. Dessa uppgifter insamlades genom intervjuer med varje enhets föreståndare eller med någon erfaren personal samt genom observation. Dessa ägde rum i samband med besök på enheterna vid insamling av uppgifter om de enskilda personerna.

För beskrivning av personernas vardag konstruerades ett instrument bestående av en serie frågor. Dessa avsåg att fånga upp innebörden av begreppet "samhällsdeltagande". Här innehåller denna formulering följande 13 områden:

1) bostad i relation till samhället, 2) bostadsstandard, 3) personligt boende, 4) deltagande i hemarbete, 5) fritid inom bostad, 6) fritid utom bostad, 7) utnyttjande av samhällsservice, 8) omfattning av dagliga verksamheter, 9) målinriktade dagliga verksamheter, 10) samhällsinriktade dagliga verksamheter, 11) materiell standard, 12) socialt nätverk samt 13) inflytande över tillvaron.

Vid konstruktion av frågorna har följande två principer varit styrande. Frågorna måste täcka in just den verklighet som är aktuell för de berörda undersökningsgrupperna. Eftersom samtliga personer bor i någon form av bostad med personalstöd, har frågorna i stor utsträckning utformats med hänsyn till detta. De 13 komponenterna kan således även användas för att beskriva andra gruppers tillvaro i samhället, men kan då behöva operationaliseras på annat sätt.

Det har dessutom varit en medveten strävan att välja och att formulera frågor på ett sådant sätt att handikappgradens inflytande på beskrivningar ska minimeras. Detta har exempelvis inneburit att begreppet "deltagande" i olika aktiviteter har getts en vid innebörd och har relaterats till den enskilde personens förmåga. Deltagande kan därför innebära att personen med ett lindrigt handikapp själv utför aktiviteten medan det för personen med ett gravt handikapp kan innebära att han/hon finns med när aktiviteten utförs och att man visar att det är något som berör honom/henne personligen.

Frågorna inom dessa 13 områden har därefter förts samman till två formulär, det ena för användning i boendet, och det andra för intervjuerna inom dagcenterverksamheten. I ett särskilt formulär fanns de frågor som beskrev personens bakgrund och aktuella funktionsnivå. Detta användes för intervjuer med personal i personens bostad (Lerman, Ericsson och Nilsson: Projektets metoder. 1982).

Former för datainsamling

Datainsamling skedde genom intervjuer, vilket gav möjlighet att förvissa sig om att frågorna uppfattades rätt. På grund av undersökningens karaktär, och att många av personerna som ingick inte hade tal som kommunikationsmedel, intervjuades personal. Den som intervjuades var personens kontaktman på enheten. Där sådan inte fanns intervjuades den som kände personen bäst. Genom att frågorna omfattade såväl situation i bostad som situation på dagcenter genomfördes två intervjuer för varje person. På dagcentren intervjuades gruppleddaren för personen.

Efter val av personer kontaktades respektive boendeenhet per telefon för information om undersökningen och för inbokning av tid för intervju. Samtidigt utsändes en skriftlig information om undersökningen. På institution B presenterades den skriftliga informationen i det informationsblad, som spreds till alla enheter.

Efter denna första kontakt vägrade tre integrerade boendeenheter att delta i undersökningen. På en enhet motiverade personalen sin vägran med att de trodde resultaten skulle bli felvisande då diskussioner samtidigt fördes om personalminskningar i integrerade bostäder. På en annan enhet framförde personen själv önskemål om att ej delta. På den tredje enheten vägrade man av annat skäl. Sammanlagt berörde detta sju personer. Dessa ersattes då av andra, valda i slumpmässig ordning.

Av praktiska skäl genomfördes först intervjuerna i bostaden och därefter på dagcenter. Intervjuerna för de integrerade omsorgerna och institution A ägde rum parallellt i april och maj 1982 och dagcenterintervjuerna för dessa enheter i maj och första delen av juni. Intervjuerna på institution B genomfördes i slutet av augusti och under september samma år.

Intervjuerna genomfördes av två psykologer. För att bli helt överens om innebörden i formulärets frågor förbereddes intervjuarbetet noggrant. De fem första intervjuerna gjordes också gemensamt av samma skäl. Intervjun i bostaden tog 1 till 1,5 timme i anspråk, medan intervjun på dagcenter varade mellan 45 minuter och 1,5 timme.

Inför presentation av resultaten

Undersökningens resultat vad gäller personerna med begåvningshandikapp, presenteras i följande kapitel. Redovisningen av resultaten följer där alla samma mönster.

Vid varje tillfälle presenteras två tabeller. I den första finns den övergripande jämförelsen mellan de båda omsorgsvärldarna d.v.s. jämförelsen mellan integrerad och institutionell omsorg. I den andra ges en mer differentierad redovisning, då en jämförelse görs mellan delgrupper. Varje delgrupp definieras utifrån sin boendeform. Eftersom benämningarna "bostad 06 S" och "bostad 07" har använts som grund för val av grupp inom såväl integrerad som institutionell omsorg, erhålls fyra delgrupper.

Till den andra tabellen förs också en femte grupp in i jämförelsen, nämligen de 30 personerna från institution B. Samtliga av dessa personer har ett bedömt behov av "bostad 07". I denna tabell kan en jämförelse således göras mellan följande fem delgrupper: 1) "Bostad 06 S" - integrerad omsorg, 2) "Bostad 06 S" - institutionell omsorg, 3) "Bostad 07" - integrerad omsorg, 4) "Bostad 07" - institution A samt 5) "Bostad 07" - institution B.

I den andra tabellen blir det därför möjligt att göra en serie av jämförelser. Den första naturliga jämförelsen är den mellan integrerad och institutionell omsorg för dem med behov av "Bostad 06 S" (delgrupperna 1 och 2) och "Bostad 07" (delgrupperna 3 och 4). Anledning kan finnas till detta eftersom personerna i den förra bostadsformen har ett mindre omfattande omsorgsbehov än de i den senare bostadsformen.

Det finns också möjlighet att göra jämförelser inom integrerad respektive institutionell omsorg. Genom jämförelse mellan grupperna 1 och 3, framkommer skillnader inom integrerad omsorg, mellan de med behov av "Bostad 06 S" och de i behov av "Bostad 07". Samma skillnad mellan personer med behov av olika typ av bostad, men inom institutionell omsorg, framkommer om jämförelse görs mellan delgrupperna 2 och 4.

Avsikten med att också redovisa en grupp från institution B som hade behov av "Bostad 07", var att kunna göra en jämförelse mellan grupper på olika vårdhem, men som hade behov av samma typ av bostad. Denna beskrivning erhålls genom en jämförelse mellan delgrupperna 4 och 5. Detta kapitel ägnas åt en redovisning av vardagen i bostaden för de 148 personer som ingår i undersökningen.

4 INSTITUTIONELL OCH INTEGRERAD OMSORG

En jämförelse

Här beskrivs, med underlag från de boende- och dagcenterenheter som ingår i undersökningen, skillnader mellan integrerade och institutionella omsorgsformer. Beskrivningen är översiktlig och gör således inte anspråk på att vara en fullständig analys.

De personer som ingår i undersökningen är fördelade på 15 bostäder typ "06 S" och 9 bostäder typ "07" inom integrerad omsorg. Inom institutionell omsorg bor personerna på institution A på 17 enheter och på institution B på 14 enheter.

De som lever inom integrerad omsorg har sin dagliga verksamhet förlagd till 16 externa dagcenter, medan de som lever inom institutionell omsorg, med några enstaka undantag, har sin dagliga verksamhet på respektive institutions dagcenter. En av de personer som bor på institution A har daglig verksamhet förlagd till ett annex till ett externt dagcenter, varför 17 externa dagcenter har beskrivits.

En övergripande jämförelse mellan integrerad och institutionell omsorg kan göras i tre avseenden, nämligen storlek, lokalisering och totalitet. När det gäller storlek framgår detta i tidigare presentation av bostadstyperna "06 S" och "07". Gemensamt för dessa integrerade bostäder är att man bor i små grupper. I dessa är det också naturligt att man har ett eget rum. Endast i undantagsfall, och då efter eget önskemål, delar två personer rum.

På de två institutionerna bor betydligt flera personer tillsammans. Det är inte ovanligt att man delar rum eller t.o.m. fler än två bor i samma rum. Det är också karaktäristiskt för en institution att många boendegrupper är samlade på ett och samma ställe. Vid tiden för undersökningen bodde 276 personer på institution A och 164 personer på institution B.

I de integrerade bostäder som ingår i undersökningen bodde aldrig fler än 5 personer på en enhet. I en bostad typ "06" bodde vanligtvis 8 personer i flera lägenheter spridda inom ett bostadsområde. Flera bostäder kan ibland vara organisatoriskt sammanförda till vad som kallas en bostadsgrupp. Dessa har då gemensam administrativ ledning.

Tabell 4.1. Gruppens storlek i de boendeenheter som ingår i undersökningen (medelvärden).

	Integrerad omsorg	Institution A	Institution B
Antal boendeenheter	24	17	14
Antal personer per boendeenhet	3,2	13,1	8,8
Variationsvidd	1-5	8-20	8-9

Ur tabell 4.1 framgår att grupperna är betydligt mindre inom integrerad omsorg än inom institutionell. Även om grupperna är mindre på institution A än på institution B, är ändå skillnaden uppenbar mellan integrerad och institu-

tionell omsorg. Beräkningarna i tabellen grundas på samtliga personer som bor i enheterna, således inte enbart på dem som ingår i undersökningen.

I tabell 4.2 illustreras hur många personer som bor i eget rum respektive delarum med någon annan eller några andra. Inom integrerad omsorg har man eget sovrum medan detta inte alls är lika självklart inom institutionell omsorg. De två personer inom gruppen i integrerat boende som delar sovrum, har själva valt att bo tillsammans.

Tabell 4.2. Antal personer i boendeenheterna med avseende på enkelrum respektive flerbäddrum.

	Integrerad omsorg	Institution A	Institution B
Enkelrum	97 %	37 %	61 %
Dubbelrum	3 %	36 %	39 %
3-bäddrum	-	26 %	-
4-bäddrum	-	2 %	-
Totalt	100 %	101 %	100 %
Antal personer	n = 77	n = 223	n = 123

Lokaliseringen av dessa enheter hänger samman med den historiska och idémässiga bakgrunden till dessa omsorgsformer. Bakom institutionell omsorg finns tanken att personer med detta handikapp skall leva avskilda från samhället. Institutioner kom därför ofta att lokaliseras till områden vid sidan av ordinarie bostadsområden på orten. Tanken bakom lokalisering av de integrerade bostäderna är istället att de skall utgöra en del av samhällets bostadsbestånd och förläggas till platser där andra medborgare bor, d.v.s. i vanliga bostadsområden.

Boendeenheterna i undersökningen är fördelade på så sätt att de integrerade finns i hela länet, i bostadsområden där personer utan handikapp personer bor. De två institutionerna är båda stora och väl avgränsade från omgivande samhälle. Institution A är belägen på en höjd och omgiven av ett tämligen brett kuperat skogsområde. Institution B ligger i slutet av en återvändsgata och gränsar i en riktning åt ett småhusområde, men är i övrigt omgiven av skog och ängsmark.

När det gäller frågan om totalitet är institutionen i båda fallen förlagd till ett institutionsområde. Kring eller intill centralt belägna lokaler för administration, dagliga verksamheter, centralkök, centralförråd och flera serviceinrättningar, finns paviljongerna för boende. Centralt placerade finns också kiosk med cafeteria och simhall. Inom institutionen finns också läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster samt psykolog, kurator och fritidsassistent. Verksamheten inom detta institutionsområde har en gemensam administrativ ledning.

Inom integrerad omsorg är boende och daglig verksamhet organisatoriskt skilda från varandra. De är också belägna på olika platser. Av de 17 externa dagcenter som studerats, är 3 belägna i bostadsområde, 9 är belägna i industriområde eller i ren stadsbebyggelse och 5 i affärs- och servicecentrum. Den huvudsakliga servicen anskaffas genom samhällets allmänna serviceutbud. För viss särskild service och även för hjälp i kontakterna med det allmänna utbudet finns distriktskontor. Där finns psykologer, kuratorer, sjukgymnaster, fritidsassistent, logoped, arbetskonsulent samt sjuksköterska.

Boendeenheterna

Inom integrerad omsorg är bostäderna av typ "06 S" vanliga lägenheter. I en sådan kan 1-4 personer bo. I de flesta som ingår i undersökningen bor två personer i var sitt sovrum i en ordinär fyrrumslägenhet. Personalen har ett rum (expedition, övernattningsrum) och där finns ett gemensamt vardagsrum samt kök och matrum. Det är inte ovanligt att de som bor i andra lägenheter, de s.k. "ytterlägenheterna", äter sin kvällsmåltid i denna servicelägenhet, och att de samlas och umgås i denna på kvällarna.

I bostäderna typ "07" bor fem personer tillsammans i en större lägenhet. Där finns även personalrum och gemensamt vardagsrum och kök med matrum. Samtliga integrerade boendeenheter har som närmaste grannar vanliga lägenheter där personer utan handikapp bor.

Institution A är, förutom de äldre byggnader som ännu används, uppförd i tre etapper under 50- och 60-talen. Detta gör att paviljongerna har något varierande storlek och planlösning. Institution B är i detta avseende mera enhetlig och paviljongerna för bostäder består av fem huskroppar. Var och en består av fyra villor sammanlänkade med en korridor med expedition och personalutrymmen.

Inom integrerad omsorg skiljer sig inte sovrummen från normal sovrumsstandard. I en av de studerade enheterna fanns emellertid garderoberna i hallen i stället för i sovrummet.

Inom institutionell omsorg skiljer sig de två institutionerna från varandra. I sovrummen på institution B fanns inga påtagliga avvikelser från det normala. Endast de okrossbara fönstren med särskilt lås antyder att något är annorlunda.

På institution A däremot fanns flera avvikelser. Endast en boendeenhet har vad man kan kalla normal sovrumsstandard. I övrigt har de flesta boendeenheterna garderoberna placerade i korridorerna. Flera garderober är låsta och därmed otillgängliga för personerna med handikapp. I de flesta boendeenheterna är sovrummens fönster låsta. Många sovrum saknar tapeter. Vidare är strömbrytarna ibland placerade högt upp utanför dörren till sovrummen.

Inom integrerad omsorg avviker hygienutrymmena i bostäderna av typ "07" från de omkringliggande bostädernas, genom att de genomgående är handikappanpassade. I dessa bostäder finns vanligen två badrum med toalett. Bostäderna av typ "06 S" har hygienutrymmen som är utformade på vanligt sätt. Några undantag finns dock. Tre av femton bostäder har handikappanpassade hygienutrymmen. Generellt gäller att utrymmena är större och därmed underlättar för de personer som behöver personlig hjälp vid tvätt och toalett.

Även när det gäller hygienutrymmen skiljer sig de två studerade vårdhemmen avsevärt. Institution B, som är byggd i början på 1970-talet, har hygienutrymmen som inte nämnvärt avviker från vad som kan betraktas som normalt. De är möjligen något större eftersom många personer är beroende av personalstöd vid tvätt och toalett. 2-3 personer delar på varje duschrumbadrum/toalett.

Institution A är äldre och därmed något varierande utformning av hygienutrymmena. Allmänt kan sägas att de genom sin storlek och utrustning försvårar ett personligt stöd till personerna med handikapp. Lås saknas till toalettdörrarna. I vissa fall saknas också toalettdörrar och sittringar till toaletterna samt varmvattenkranar, vilka istället kräver särskild nyckel. På några enheter finns ett stort tvättrum med 2-3 badkar och flera tvättställ i samma rum. Det är

inte ovanligt att väggarna, som avskiljer toaletterna från varandra, inte går ända upp till taket.

I samtliga boendeenheter inom integrerad omsorg finns ett riktigt och tillräckligt dimensionerat kök. I några enheter är köken handikappanpassade.

På institution B finns riktiga och tillräckligt dimensionerade kök i boendeenheterna medan sådana saknas på institution A. Där finns i stället fördelningskök, ibland gemensamt för flera boendeenheter, där maten tas emot från centralköket och fördelas till de olika grupperna.

Inom integrerad omsorg är vardagsrummet så dimensionerat och utformat att det faller sig naturligt för dem som bor där att umgås med sina besökare i detta rum.

På en fjärdedel av boendeenheterna på institution A och på hälften av boendeenheterna på institution B ansåg personal att dagrummet var en plats där man kan umgås och ta emot besök. På institution A pekade man på svårigheter för social samvaro som beror på att dagrummet ofta är kombinerat med matrummet, att det är otrivsamt och för mycket spring samt att det saknar ordentliga sittmöjligheter.

Samtliga integrerade boendeenheter, och boendeenheterna på institution B, hade utrymmen och utrustning för tvätt av kläder, medan detta var fallet för endast en femtedel av boendeenheterna på institution A. Olika brister har där nämnts men den främsta var att tvättutrymmena och utrustningen var underdimensionerad. Vidare saknades i många fall torkmöjligheter för att man i boendeenheten skall kunna sköta all tvätt. Nämnas bör att det på institution A finns en central tvättinrättning dit boendeenheterna kan lämna viss tvätt.

Tidigare jämförelse har främst gällt den fysiska utformningen av dessa omsorgsformer. En annan jämförelse som kan göras gäller funktioner i boendet. Här jämförs hur matlagning, tvätt, städning samt inköp genomförs inom integrerade och institutionella omsorgsformer.

I samtliga integrerade boendeenheter sköts matlagning helt och hållet av enhetens personal, ibland tillsammans med de personer som bor där. Inom institutionell omsorg lagas maten i centralkök och distribueras till boendeenheterna. Där lagar man dock frukost och kvällskaffe. På institution B kokar man dock sin potatis till lunch och middag medan övriga maträtter till måltiderna kommer färdiglagade från centralköket. I flera boendeenheter på institution A finns särskilt ekonomibiträde som sköter maten.

I samtliga enheter inom integrerad omsorg sköts tvätten helt av personal, ibland tillsammans med dem som bor där. Ett undantag finns dock. I en enhet använder man landstingets tvätt för lakan och handdukar. Varje boendeenhet på institutionerna har egen eller har tillgång till tvättmaskin. Där tvättas personliga kläder medan övrigt skickas till landstingets tvätt. På institution A finns emellertid ett tredje alternativ, en egen tvättinrättning. Dit skickas personliga kläder som man inte hinner med att tvätta i boendeenheterna.

I samtliga integrerade boendeenheter sköts städningen helt av enhetens personal ibland tillsammans med dem som bor där. På institutionerna städar personalen själva. I flertalet boendeenheter finns även särskild städpersonal.

I samtliga enheter inom integrerad och institutionell omsorg, handlar man kläder i vanliga klädbutiker. Formen för betalning skiljer sig emellertid. Inom integrerad omsorg betalas kläder huvudsakligen direkt med pengar, medan man inom institutionell omsorg huvudsakligen använder sig av rekvisition.

Samtliga integrerade boendeenheter och samtliga boendeenheter på institution B handlar personliga hygienartiklar i vanliga affärer. På institution A får man i 9 boendeenheter dessa varor från centralförråd, medan man i 5 enheter införskaffar varorna ibland från centralförråd och i andra fall från affär. I 3 enheter handlas personliga hygienartiklar helt i affär.

För samtliga integrerade boendeenheter handlas maten i vanliga affärer. Något fler än hälften av enheterna får dock matvarorna hemskickade. Inom institutionell omsorg får samtliga boendeenheter sina matvaror levererade från institutionens centralkök.

De flesta integrerade boendeenheter får gemensamma förbrukningsartiklar hemskickade från affär, vilket i nästan samtliga fall innebär att dessa varor kommer från en grossist. Endast några har uppgivit att man handlar gemensamma förbrukningsartiklar i affär. Samtliga boendeenheter inom institutionerna får de gemensamma förbrukningsartiklarna utkörda från institutionens centralförråd.

Personalstödet i en boendeenhet varierar mellan integrerad och institutionell omsorg. Detta illustreras bl.a. av antalet personal som arbetat i en boendegrupp under en vecka.

Tabell 4.3. Antal personal som arbetat i gruppernas boendeenheter under en vecka (medelvärden för varje grupp).

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integr	Inst A	Inst B
Antal personal i en boendeenhet	4,8	14,1	9,1	17,8	17,2
Variationsvidd	11-24	14-22	4-6	10-22	7-13
Antal boendeenheter	15	10	9	15	14

Att fler personal har arbetat i bostad "07" än i "06 S" under en vecka är naturligt då personerna i denna boendeform har ett större behov av personalstöd. Jämförelsen skall dock göras mellan integrerat och institutionellt boende inom respektive bostadstyp. Då framgår att personerna inom institutionell omsorg träffar betydligt fler personal i sin boendeenhet under en vecka än vad personerna gör inom integrerad omsorg. Denna skillnad gäller inom båda bostadstyperna. Skillnaden mellan institutionell och integrerad omsorg bekräftas genom jämförelse med institution B.

För att ytterligare illustrera skillnader i personalstödet omfattning och struktur jämförs personaltäthet (antal personal i förhållande till antal personer). Tre tidpunkter har valts. Dessa är valda med avseende på personernas fritid. De är vardagar kl. 18.00, kl. 22.00 samt lördagar kl. 15.00. Personaltätheten har beräknats för varje person och därefter ett genomsnitt för varje grupp.

Tabell 4.4. Genomsnittlig personaltäthet under kvällar och helger.

	Bostad 06 S		Bostad 07		Inst B
	Integr	Inst A	Integr	Inst A	
Vardagar kl.18.00	0,30	0,12	0,41	0,16	0,32
Vardagar kl.22.00	0,16	0,07	0,22	0,09	0,09
Lördagar kl.15.00	0,18	0,27	0,53	0,38	0,49

I båda bostadstyperna är personaltätheten högre inom integrerad omsorg än inom institutionell på dessa tider. Ett undantag finns dock. För dem inom bostadstyp "06 S" är personaltätheten under lördagseftermiddagen något högre inom institutionell omsorg än inom integrerad. Även om personaltätheten på kvällar och helger är större på institution B än institution A, bekräftar jämförelsen med institution B skillnaden mellan integrerad och institutionell omsorg. Skillnaden mellan integrerad omsorg och institution B är dock relativt liten.

Dagcenterverksamheten

En jämförelse mellan externa dagcenter och dagcenter på vårdhem visar skillnader vad gäller organisation och struktur. Eftersom integrerad omsorg består av en omsorgsform för bostad och en annan för daglig verksamhet, är dagcenter en självständig omsorgsform. På ett vårdhem utgör dagcentret en del av institutionen.

Eftersom de två vårdhem som ingår i undersökningen är att betrakta som stora, är det skillnad i storlek mellan dessa dagcenter och de integrerade dagcentren. För de 17 externa dagcentren varierade antalet inskrivna från 10 till 59, med ett genomsnitt på 38 personer.

Beträffande omfattningen av den dagliga verksamheten vid vårdhemmen är den svår att överblicka. I januari 1982 bodde 285 personer på institution A. Av dessa var 17 personer helt utan sysselsättning. 34 personer hade verksamhet vid externt dagcenter eller gick i träningskola eller folkhögskola. 234 personer hade verksamhet genom institutionens dagcenter, ibland tillsammans med studieförbund. Ofta hade personerna verksamhet vissa dagar genom dagcentret och andra dagar genom studiecirkel.

67 av de 234 personerna hade verksamhet enbart genom studieförbund. De som fick sin dagliga verksamhet genom institutionens dagcenter eller studieförbund, hade mellan 1 och 30 timmar per vecka. På institution B hade i det närmaste samtliga 164 personer någon daglig verksamhet. Omfattningen varierade mellan 1 och 30 timmar per vecka.

Inom integrerad omsorg har varje dagcentergrupp i allmänhet en gemensam basaktivitet. Därtill kan deltagarna även ha studiecirkelverksamhet, fysisk aktivitet eller vuxenundervisning. I samtliga externa dagcenter utom en finns lunchmatsal. På hälften av dessa är den dimensionerad så att alla, såväl personerna med handikapp som personal, kan äta där samtidigt, medan matsalen i övriga fall inte är dimensionerad för alla. På vårdhemmens dagcenter saknas lunchmatsal, då personerna vanligtvis äter lunch på sin avdelning.

Personerna tillbringar vanligtvis hela sin dag på de externa dagcentren. Detta innebär att de även äter lunch där, antingen i dagcentrets matsal eller på restaurang. På 9 av enheterna äter man lunch i dagcentrets matsal, medan man i övriga fall omväxlande äter i matsalen och på restaurang. Personal och personerna med handikapp äter lunch tillsammans.

På institutionernas dagcenter har personalen lunchrast och personerna äter lunch på sin vårdavdelning. På institutionernas dagcenter börjar personalen tidigare på morgnarna än på externa dagcenter och kan då i vissa fall ha "ADL-träning" på vårdavdelningarna innan verksamheten startar på dagcentret.

Av de 17 externa dagcenter som ingår i undersökningen är 9 belägna i industriområde eller ren stadsbebyggelse, 5 är belägna i affärs- och servicecentrum samt 3 i bostadsområde. De är således i de flesta fall lokaliserade till platser i samhället där andra har sina arbeten.

Nästan samtliga dagcenterenheter inom integrerad omsorg har även egna verksamhetslokaler utanför dagcentrets baslokal. De flesta av dessa dagcenterenheter använder dessutom regelbundet vissa allmänna lokaler såsom badhus, motionslokaler för sin verksamhet.

De båda vårdhemmens dagcenter är belägna inom respektive institutionsområde och ligger således på samma plats som vårdavdelningarna. Båda vårdhemmen har emellertid också lokaler utanför institutionsområdet, vilka används för dagcenterverksamhet. Institution A har en källarlokal i ett flerbiljshus som används av en dagcentergrupp för 10 personer. Institution B har en träningslägenhet i ett bostadsområde som används av olika dagcentergrupper.

Tabell 4.5. Fördelning av personalkategorier inom integrerade och institutionella dagcenter.

Personalkategori	Integrerad omsorg	Institutionell omsorg
Föreståndare	8 %	3 %
Arbetsledare	11 %	8 %
Arbetssterapeuter/terapibiträden	29 %	50 %
Vårdare	30 %	15 %
Personalpool	5 %	5 %
Ekonomi- och kontorspersonal	17 %	0 %
Fritid/bad/motion/sjukgymnaster	0 %	19 %
Summa	100 %	100 %

Det förhållande att vårdhemmens dagcenter ligger nära vårdavdelningarna får konsekvenser för verksamheten. På vårdhemmen går personerna själva till dagcentret, eller blir följda av personal. Undantag är den grupp på institution A som har sin verksamhet i ett bostadsområde utanför institutionen. Till de externa dagcenterenheterna reser flertalet, antingen med kommunala färdmedel eller med färdtjänst.

De skillnader som finns i verksamhet mellan integrerad och institutionell daglig verksamhet avspeglar sig också i sammansättningen av personalgruppen (tabell 4.5). Denna sammanställning visar den relativa fördelningen av personalkategorier inom de integrerade och institutionella dagcentren, vilka ingår i undersökningen.

Att andelen föreståndare är högre inom integrerade dagcenter illustrerar det faktum att dessa enheter är mindre och således har färre personal per föreståndare. Inom institutionell dagcenterverksamhet är arbetsterapeuter/terapibiträden de dominerande personalkategorierna. Inom integrerade dagcenter är emellertid andelen vårdare lika hög som andelen arbetsterapeuter/terapibiträden.

På integrerade dagcenter finns även ekonomi- och kontorspersonal, vilka saknas på institutionernas dagcenter. Detta beror på att integrerade dagcenter är fristående omsorgsenheter, i de flesta fall med egen matsal och kök. På institutionerna ges denna service på annat sätt.

Beträffande den institutionella omsorgen kan noteras att även fritids- och badpersonal, på institution B även motionspersonal och sjukgymnaster, tillhör dagcentret. På institution A tillhör sjukgymnasterna den medicinska enheten. Motionsledare saknas. Den verksamhet fritidsassistenter svarade för var emellertid begränsad till kvällstid och helger även om de organisatoriskt

tillhörde dagcentret. Inom integrerad omsorg tillhör fritidsassistenter och sjukgymnaster distriktsteamerna, medan motionsledare i allmänhet erhålls som konsultservice. Badpersonal på dagcenter saknas eftersom man i allmänhet utnyttjar allmänna badhus.

Tabell 4.6. Gruppstorlek och personaltäthet inom integrerad respektive institutionell dagcenterverksamhet.

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integrerad	Inst A	Inst B
Gruppstorlek	6,0	6,3	5,9	5,3	5,6
Personal/grupp	1,4	1,5	1,5	1,9	2,1
Personaltäthet	0,23	0,24	0,25	0,36	0,38

För varje person i undersökningen som har dagcenterverksamhet beskrivs storleken på den verksamhetsgrupp personen tillhör samt hur många personal som arbetar i denna grupp. Eftersom inte alla i grupperna på institutionernas dagcenter har verksamhet samtidigt, noteras för dem det högsta antalet som har verksamhet samtidigt i gruppen. Därefter har för varje kategori beräknats ett genomsnitt av antalet personer i gruppen samt hur många personal som arbetar i gruppen i genomsnitt. På så sätt kan man beräkna och jämföra personaltätheten i dagcentergrupperna för de olika kategorierna.

Av tabellen framgår att personaltätheten inom dagcenterverksamheten är något större inom institutionell omsorg än inom integrerad omsorg. Denna skillnad är knappt noterbar för personerna med ett mindre omsorgsbehov (bostadstyp "06 S") medan den är påtaglig för de personer med ett större omsorgsbehov (bostadstyp "07"). Det bör noteras att beräkningarna grundas på det högsta antalet personer närvarande samtidigt i dagcentergrupperna. Eftersom det ofta på institutionerna är färre närvarande samtidigt, innebär detta att personaltätheten på institutionernas dagcenter i allmänhet är högre än vad som framgår av tabellen.

Den lägre personaltätheten för dem som bor i bostäder typ "07" kan förklaras av att dessa personer ännu är förhållandevis få på integrerade dagcenter. De ingår således i grupper där andra har ett mindre omsorgsbehov. Det är vidare intressant att notera att det inom institutionell omsorg är större skillnad i personaltäthet på dagcenter för personer med ett större respektive mindre omsorgsbehov än inom integrerad omsorg. Skillnaden i personaltäthet på dagcenter mellan integrerad och institutionell omsorg, bekräftas även vid en jämförelse med institution B.

5 PERSONER MED BEGÅVNINGSHANDIKAPP

Inledning

Vid val av personer till denna undersökning har det varit en ambition att få jämförbara grupper inom institutionell och integrerad omsorg. Eftersom personernas tillvaro även till viss del påverkas av individuella variationer mellan grupperna, eftersträvades att på olika sätt minimera dessa. Därför valdes grupper som var så likartade som möjligt med avseende på omsorgsbehov, åldersfördelning samt art och grad av tilläggshandikapp. Utifrån fastställda kriterier gjordes sedan ett slumpmässigt urval av personer för att undersökningsgrupperna skulle bli jämförbara och representativa. De skillnader som framkommer beträffande vardagsmönster och livsvillkor bör då vara en konsekvens av de skilda omsorger som personerna erhåller och inte ett resultat av att undersökningsgrupperna är olika.

Här ges en mer ingående beskrivning av grupperna. Den omfattar två områden nämligen allmän bakgrund samt funktionsnivå. Till allmän bakgrund hör kön, ålder, myndighetsstatus, tid i nuvarande omsorgsenhet samt huvudsaklig boendeform. De funktionsnivåer som beskrivs är kommunikationsförmåga, ADL-nivå, tilläggshandikapp, beteendestörning samt medicinska sjukdomstillstånd.

De områden som beskriver funktionsnivåer är av olika karaktär. Medan kommunikationsförmåga och ADL-nivå beskriver olika slags kompetens eller uppvisande av färdigheter, illustrerar de övriga tre områdena hälsotillstånd av olika slag. Dessa två typer av funktionsnivåer kommer därför i illustrativt syfte att sammanfattas var för sig.

Grupperna i undersökningen

Här redovisas de grupper som ingår i undersökningen. Tabellerna har alla samma utformning. I raderna finns variationer i den variabel som beskrivs. I kolumnerna redovisas de grupper som ingår i undersökningen. Det är i första hand en grupp som bor inom integrerade omsorgsformer samt två grupper som bor inom institutionella, d.v.s. på institution A och institution B.

Tabell 5.1. Antal män och kvinnor.

	Bostad 06 S Integrerad	Inst A	Bostad 07 Integrerad	Inst A	Inst B	Summa
Män	18	20	17	16	16	87 (59%)
Kvinnor	11	9	13	14	14	61 (41%)
Summa	29	29	30	30	30	148 (100%)

Eftersom det i gruppen från integrerad omsorg samt gruppen från institution A finns personer med behov av olika slag av integrerad bostad, typ "06 S" samt "07", finns här delgrupper. Denna uppdelning finns inte vad gäller gruppen från institution B. Därför kommer undersökningen att innehålla fem delgrupper. Undersökningens resultat kommer att presenteras i dessa fem grupper. Av tabell 5.1 framgår att det finns en viss överrepresentation av män.

Tabell 5.2. Ålder.

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integrerad	Inst A	Inst B
Medelålder	32,8	36,7	32,3	35,7	38,9
Median	32	38	29	35	38

Valet av personer till undersökningen begränsades till vuxna i aktiv ålder, här 20 - 50 år. Tabell 5.2 visar att medelåldern i grupperna är förhållandevis lika. Den är dock något högre bland grupperna som representerar institutionell omsorg.

Tabell 5.3. Myndighetsstatus.

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integrerad	Inst A	Inst B
Myndig	18	18	18	21	12
Omyndig	11	11	12	9	18
Summa	29	29	30	30	30

Uppgifterna i tabell 5.3 för personerna inom integrerad omsorg är hämtade från omsorgsförvaltningens centrala register. Kuratorn på respektive vårdhem har lämnat uppgifterna för personerna på institutionerna. Flertalet av personerna är myndiga. Det finns ingen nämnvärd skillnad mellan integrerad omsorg och institution A. På institution B är dock de flesta omyndiga.

Tabell 5.4. Tid i nuvarande omsorgsenhet (vårdhem/inackorderingshem/bostadsgrupp).

År	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integrerad	Inst A	Inst B
0 - 1:11	7	0	18	0	4
2 - 4:11	8	0	9	0	2
5 - 9:11	9	0	3	1	24
10 - 19:11	5	9	0	7	0
20 -	0	20	0	22	0
Summa	29	29	30	30	30

På frågan om hur länge som personen bott i den omsorgsenhet som han/hon bebor idag, visade det sig att de flesta hade bott inom denna sedan den öppnades. Tabell 5.4 speglar därför även åldern på de enheter där personerna bor.

Tabell 5.5. Huvudsaklig boendeform.

	Bostad 06 S Integrerad	Inst A	Bostad 07 Integrerad	Inst A	Inst B
A: Föräldrahem/annat enskilt hem	9	0	7	3	2
B: Inackorderingshem/ bostadsgrupp/integrerat elevhem	1	0	2	0	0
C: Vårdhem/specialsjukhus/ Internatskola	19	29	21	27	28
Summa	29	29	30	30	30

Med huvudsaklig boendeform avses här den boendeform som personen levt i under större delen av sitt liv, d.v.s. under mer än halva sin livstid. Tabell 5.5 visar att nästan samtliga personer inom institutionell omsorg och nära två tredjedelar av dem inom integrerad omsorg har levt större delen av sitt liv på institution.

Tabell 5.6. Kommunikationsförmåga.

	Bostad 06 S Integrerad	Inst A	Bostad 07 Integrerad	Inst A	Inst B
A: Talar meningar/lätt att förstå	10	12	14	5	6
B: Talar meningar/svår att förstå	14	11	7	4	4
C: Kommunicerar: gester/ord	5	5	8	17	16
D: Kommunicerar ej	0	1	1	4	4
Summa	29	29	30	30	30

Funktionsnivå

Beskrivningar av personernas funktionsnivå (tabell 5.6) ger ett uttryck för deras förmåga att klara av krav som de ställs inför i vardagen. För grupperna med ett mindre omsorgsbehov, d.v.s. de som är i behov av bostadstyp "06 S", kan man inte finna någon skillnad i kommunikationsförmåga mellan integrerad och institutionell omsorg. Däremot kan man för grupperna med ett större omsorgsbehov notera att kommunikationsförmågan är klart högre inom integrerad omsorg än inom institutionell.

När det gäller ADL-förmåga har fyra områden beskrivits, nämligen mat, d.v.s. hur personen klarar sig vid matbordet, klädsel, d.v.s. hur personen klarar av- och påklädning, tvätt, d.v.s. hur personen klarar denna del av sin personliga hygien samt toalett, d.v.s. hur personen sin personliga hygien. De fyra alternativ som varje ADL-förmåga uttrycks i är "klarar helt själv", "klarar själv men behöver tillsyn/tillsägelser", "behöver viss hjälp" samt "måste hjälpas helt och hållet".

Även om det för personal är ett känt förhållande att personer ibland kan ha en större kompetens än vad de uppvisar i vardagen, är det de ADL-förmågor som personerna uppvisar i vardagen som beskrivs här.

För att beskriva gruppernas ADL-förmåga på ett överskådligt sätt har alla fyra områden sammanfattats. Denna tabell 5.6 illustrerar då det omsorgsbehov personerna har, eller snarare det stöd och den service de får, i dessa avseenden. Svartalternativen har tudelats så att de två första kallas "klarar själv" och de två sista "behöver hjälp". Sammanfattningen ges i tabell 5.7.

Tabell 5.7. ADL-förmåga. Sammanfattning av områdena mat, klädsel, tvätt och toalett.

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integrerad	Inst A	Inst B
A: "Klarar själv" / fyra avseenden	21	15	12	4	9
B: "Behöver hjälp", ett avseende	5	10	13	7	5
C: "Behöver hjälp", två avseenden	2	3	4	11	3
D: "Behöver hjälp", tre avseenden	1	1	0	6	8
E: "Behöver hjälp", fyra avseenden	0	0	1	2	5
Summa	29	29	30	30	30

Som förväntat är det flera med behov av bostadstyp "06 S" som klarar sig själv, än de som är i behov av bostadstyp "07". Här finner man emellertid även en skillnad mellan integrerad och institutionell omsorg. De som bor på institution behöver/får hjälp i större utsträckning än personerna inom integrerad omsorg. Skillnaden förefaller dock vara mindre för "06 S"-grupperna än för "07"-grupperna. Det kan också noteras att gruppen från institution B uppvisar en större spridning i ADL-hänseende än de andra grupperna med motsvarande omsorgsbehov.

När det gäller tilläggshandikapp har hörsel, syn och rörelseförmåga studerats. Här bör noteras att inga personer som är blinda eller rullstolsburna ingår i någon av grupperna. Här görs i dessa avseenden endast en grov kategorisering, då personerna enbart beskrivs huruvida de har en tillfredsställande eller nedsatt förmåga.

Tabell 5.8. Hörsel.

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integrerad	Inst A	Inst B
Tillfredsställande	29	28	25	28	29
Nedsatt	0	1	5	2	0
Döv	0	0	0	0	1
Summa	29	29	30	30	30

I de fem grupperna (tabell 5.8) har totalt nio personer uppgivits ha nedsatt hörsel. Nästan samtliga av dessa tillhör gruppen med ett mera omfattande omsorgsbehov. Det finns dock inga nämnvärda skillnader mellan institutionell och integrerad omsorg.

Tabell 5.9. Syn.

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integrerad	Inst A	Inst B
A: Tillfredsställande	18	23	18	17	23
B: Nedsatt/har glasögon	8	2	10	5	4
C: Nedsatt/har ej glasögon	3	4	2	8	3
Summa	29	29	30	30	30

Synnedsättningar är uppenbarligen betydligt vanligare bland dessa personer än hörselnedsättningar. Blindhet har ej tagits med som kategori eftersom någon blind person inte ingår i grupperna. Något fler av personerna inom

integrerad omsorg har nedsatt syn. De använder också glasögon i större utsträckning än personerna med nedsatt syn inom institutionell omsorg.

Tabell 5.10. Rörelseförmåga.

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integrerad	Inst A	Inst B
Tillfredsställande	24	23	22	21	19
Nedsatt	5	6	8	9	11
Summa	29	29	30	30	30

Rörelsehinder är något vanligare i grupperna som har ett större omsorgsbehov, d.v.s. "07"-grupperna, vilket kanske inte är så konstigt då rörelsehinder kan vara en orsak till det större omsorgsbehovet (tabell 5.10). Man kan dock inte finna några anmärkningsvärda skillnader mellan institutionell och integrerad omsorg vad gäller rörelsehinder hos personerna i undersökningen. Kategorin "rullstolsburen" finns inte med i redovisningen, eftersom dessa personer inte ingår i undersökningen.

För att ytterligare illustrera omfattningen av tilläggshandikapp i grupperna presenteras en sammanfattande tabell (5.11). I denna visas hur många tilläggshandikapp personerna har. Inte heller här påvisas några egentliga skillnader mellan grupperna inom integrerad och institutionell omsorg vad gäller omfattning av tilläggshandikapp. Däremot framkommer som förväntat att tilläggshandikapp är vanligare bland de grupper som har ett mera omfattande omsorgsbehov d.v.s. "07"-grupperna. Institution B avviker här något på så sätt att där är fler som inte har någon nedsättning av hörsel, syn eller rörelseförmåga än i motsvarande grupper på institution A och inte integrerad omsorg.

Tabell 5.11. Tilläggshandikapp - hörsel, syn och rörelseförmåga.

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integrerad	Inst A	Inst B
A: Ingen nedsättning	16	17	11	9	16
B: Nedsättning, en förmåga	10	11	13	19	9
C: Nedsättning, två/tre förmågor	3	1	6	2	5
Summa	29	29	30	30	30

De problembeteenden som beskrivs i undersökningen, för att kunna jämföra grupperna med avseende på beteendestörningar, är "agressivitet" (personen slår och attackerar andra), "destruktivitet" (personen river sönder tidningar, kläder, skadar möbler etc), "självdestruktivitet" (personen skadar sig själv fysiskt t.ex. genom att slå huvudet mot föremål, peta i sina sår, skada sina ögon), "avskärmning" (personen drar sig undan för och i sig själv och blir svårkontaktbar) samt "störande, högljudd/skrikig" (personen är påtagligt störande för personer och medboende).

För dessa problembeteenden har förekomst och frekvens studerats. Alternativen har då varit: a) varje månad (beteendet uppträder minst en gång i månaden), b) mindre ofta (beteendet finns men uppträder inte så ofta som en gång i månaden), c) periodvis problem (beteendet finns vanligtvis inte men kan periodvis, minst några perioder per år, uppträda och utgör då ett problem) samt d) aldrig (beteendet har aldrig uppträtt, eller uppträtt så sällan att det var svårt att komma ihåg när det sist uppträdde).

Tabell 5.12. Förekomst och omfattning av beteendestörningar (problembeteenden minst en gång i månaden).

Antal problembeteenden (av fem studerade)	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integrerad	Inst A	Inst B
0	16	20	17	21	10
1	10	5	10	7	10
2	2	3	2	1	5
3	0	1	1	1	4
4	1	0	0	0	1
5	0	0	0	0	0
Summa	29	29	30	30	30

Liksom när det gällde ADL-förmåga presenteras en sammanfattande tabell (5.12) över förekomst av beteendestörningar i grupperna. Om beteendet uppträder varje månad bedöms det här vara en realitet i vardagen och att det då utgör ett större eller mindre omsorgsproblem.

Det förefaller som om de studerade problembeteendena är mera förekommande i de grupper som representerar integrerad omsorg än i de som representerar institutionell omsorg. Institution B är dock ett undantag. Där har två tredjedelar av personerna något problembeteende som uppträder så ofta som varje månad.

Tabell 5.13. Andra sjukdomstillstånd.

Typ av tillstånd	Antal personer	Typ av tillstånd	Antal personer
Psykiska problem	13	Magbräck	1
Allergi	11	Gallbesvär	1
Sköldkörtelfel	7	Levercirros	1
Hjärtfel	6	Njurfel	1
Högt/lågt blodtryck	3	Hormonrubbning	1
Deformerade fötter	2	Polyper	1
Psoriasis	2	Muskelförtvinning	1
Magproblem	2	Ögoninfektioner	1
Magkatarr	1	Alkoholproblem	1
Förstoppning	1	Annat	1
Summa	48		10
			58

Förekomst av medicinska sjukdomstillstånd i samtliga grupper (tabell 5.13) bygger inte på en för ändamålet särskild genomförd medicinsk undersökning av personerna, utan på intervjuer med personal som känner personerna väl. Psykiska problem och allergier var de mest förekommande problemen i alla grupper. Två personer har två av ovanstående besvär. Fördelningen av dessa över de 5 grupperna i undersökningen framgår av tabell 5.14.

I de grupper som representerar integrerad omsorg och institution A kan drygt 40% sägas vara friska ur medicinsk synpunkt medan detta gäller för hela 70% i gruppen från institution B. Ingen egentlig skillnad kan således noteras mellan integrerad omsorg och institution A.

Tabell 5.14. Omfattning av medicinska sjukdomstillstånd.

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integrerad	Inst A	Inst B
Inget medicinskt tillstånd	13	12	13	12	21
Ett av ovan	14	11	15	17	8
Två av ovan	2	5	2	1	1
Tre av ovan	0	1	0	0	0
Fyra av ovan	0	0	0	0	0
Summa	29	29	30	30	30

För att ytterligare illustrera omfattningen av dessa medicinska sjukdomstillstånd hos personerna presenteras en sammanfattande tabell (5.15). De tillstånd som beskrivs här är 1) förekomst av epilepsi och anfallsfrekvens, 2) smittsamma infektioner, 3) diabetes samt 4) andra sjukdomstillstånd av kronisk karaktär. Hit räknas också psykiska problemsjukdomar som ej faller under området beteendestörningar.

Tabell 5.15. Förekomst av olika typer av medicinska sjukdomstillstånd.

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst A	Integrerad	Inst A	Inst B
A: Epilepsianfall varje månad	2	2	4	4	3
B: Epilepsianfall, sällan/aldrig	1	1	2	3	5
C: Smittsamma infektioner	1	6	1	1	1
D: Diabetes	12	2	2	1	1
E: Andra sjukdomstillstånd	13	14	12	13	5

Ingen nämnvärd tendens kan påvisas vad gäller förekomst av medicinska sjukdomstillstånd. Möjligen kan noteras att det i gruppen på institution B är färre personer som har några "andra sjukdomstillstånd" än i motsvarande grupper inom integrerad omsorg och på institution A. I kategorin "andra sjukdomstillstånd" inryms en rad olika besvär.

6 BOSTADENS LOKALISERING

Inledning

När vi talar om bostaden i detta avseende betonas två väsentliga aspekter. En av dem är kyrkobokföringsort. En del av samhällets service är planerad och avsedd för kommunens medborgare. Genom att man är mantalskriven på den ort där man är kyrkobokförd, har man rätt till den kommunala service som erbjuds där. Man är också en person som räknas med vid kommunens planering av sin service.

En andra aspekt är närheten till anhöriga. Det har inte varit ovanligt att personer med begävningshandikapp tvingades flytta till någon inrättning långt hemifrån när de var i behov av omsorger. Detta ledde inte sällan till att kontakterna med anhöriga och andra närstående försvarades eller bröts. För att undvika att personen förflyttas från sin invanda miljö är det väsentligt att denne får möjlighet att som vuxen flytta till en bostad på sin hemort.

Resultat

En person är vanligtvis kyrkobokförd i den ort och på den adress där denne bor. Här beskrivs därför dessa personers kyrkobokföringsort i förhållande till deras faktiska boende. Vidare beskrivs med vilken grad av närhet som personerna bor i förhållande till närmast anhörig. För att belysa den första aspekten har följande fråga ställts: "Var är X kyrkobokförd?" De alternativa svar som gavs är a) boendeenhetens adress, b) hos anhörig i samma kommun (där X bor), c) hos anhörig i annan kommun samt d) på församling, d.v.s. man är kyrkobokförd på församling om man inte har någon speciell hemadress.

Då det visade sig att många av den personal i boendet som intervjuades var osäkra på denna uppgift, hämtades istället uppgifter om kyrkobokföringsort från omsorgsförvaltningens centralregister för de personer som bodde i integrerad omsorg och från respektive vårdhems kurator för de med bostad inom institution. I tabell 6.1 beskrivs detta förhållande för personer inom integrerad och institutionell omsorg.

Tabell 6.1. Kyrkobokföringsort - jämförelse "två omsorgsvärldar".

Kyrkobokföringsort	Integrerad omsorg	Institution A
A: Boendeenhetens adress	33 (56)	0 (0)
B: Hos anhörig i samma kommun	11 (19)	0 (0)
C: Hos anhörig i annan kommun	11 (19)	46 (78)
D: På församling	4 (7)	13 (22)
Totalt	59 (101%)	59 (100%)

Här finner man en tydlig skillnad mellan omsorgsvärldarna. Drygt hälften av de personer som bor inom integrerad omsorg är kyrkobokförda på den adress där de bor. Vidare är tre fjärdedelar av personerna inom integrerad omsorg kyrkobokförda i den kommun där de bor. Av de som bor på institution är ingen kyrkobokförd på denna adress eller i den kommun där denna finns, utan

man är huvudsakligen skriven i annan kommun än institutionens. Där är man vanligtvis (78 %) skriven hos anhörig eller "på församling".

Av tabell 6.2 framgår hur delgrupperna jämförs i detta avseende. Som framgår av denna tabell är förhållandena desamma också för delgrupperna när det gäller omsorgsvärldar. På institution B är fördelningen densamma som för institution A.

Tabell 6.2. Kyrkobokföringsort - jämförelse "behov av boende".

Kyrkobokföringsort	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
A: Boendeenhets adress	20	0	13	0	0
B: Anhörig i samma kommun	4	0	7	0	0
C: Anhörig i annan kommun	4	24	7	22	22
D: På församling	1	5	3	8	8
Totalt	29	29	30	30	30

Ett annat uttryck för personens sociala förankring när det gäller boendet, är huruvida personen bor i samma kommun som sina nära anhöriga. Av tabell 6.3 framgår detta för hela gruppen, fördelad på integrerad och institutionell omsorg. Den fråga som ställts är "Bor de närmast anhöriga i samma kommun som X?". Nära hälften (46%) av personerna inom integrerad omsorg bor i samma kommun som sina närmast anhöriga, medan inte någon av personerna på institution gör det.

Tabell 6.3. Boende i relation till närstående - jämförelse "två omsorgsvärldar".

Boende i samma kommun som de närmast anhörig?	Integrerad omsorg	Institution A
Ja, i samma kommun	27 (46)	0 (0)
Nej, i annan kommun	32 (54)	59 (100)
Totalt	59 (100%)	59 (100%)

I tabell 6.4 framgår vad som gäller i detta avseende för delgrupperna. På institution B är förhållandena i det närmast desamma som på institution A, varför en jämförelse med institution B ger stöd för skillnaden mellan omsorgsvärldarna.

Tabell 6.4. Boende i relation till närstående - jämförelse "behov av boende".

Boende i samma kommun som närmast anhörig?	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst A	Inst. B
Ja, samma kommun	11 (38)	0 (0)	16 (53)	0 (0)	1 (3)
Nej, annan kommun	18 (62)	29 (100)	14 (47)	30 (100)	29 (97)
Totalt	29 (100%)	29 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)

En skillnad mellan grupperna inom integrerad omsorg kan noteras. Där är det flera (53 %) i gruppen med större omsorgsbehov som bor i samma kommun som sina närmast anhöriga, än i gruppen med mindre omsorgsbehov (38 %).

BOSTADSSTANDARD

Inledning

På samma sätt som samhällets bostadspolitik understryker att befolkningen skall beredas ändamålsenligt utrustade bostäder av god kvalitet, är det i detta sammanhang väsentligt att peka på att "normaliseringsprincipen", som anger den socialpolitiska inriktningen för omsorgsarbetet, hävdar att samma standardkrav som gäller för bostäder för personer utan handikapp också skall gälla för personer med handikapp.

I en gruppboende för personer med handikapp måste vissa avsteg dock göras från normala utrymmes- och standardkrav. Boendet behöver ibland bli större än normalt eftersom man har behov av personalutrymmen. Vidare kan det i vissa bostäder finnas behov av handikappanpassning. Det avgörande är dock att boendets utformning har sin grund i normal bostadsstandard med beaktande av de särskilda behov hos den person som skall bo där. Anonym planering av boendet leder lätt till opersonliga och dåligt fungerande boenden. När avsteg görs från normala standardkrav får man dock inte göra avkall på den enskildes rätt till eget sovrum, personligt boende och social gemenskap.

Här beskrivs endast ett uttryck för bostadsstandard, nämligen trångboddhet. Detta kan beskrivas på olika sätt. Man kan exempelvis utgå från officiella trångboddhetsnormer, man kan beräkna antal personer per rum i boendet och man kan beräkna kvadratmeteryta per person. För denna undersökning gäller emellertid något speciella villkor. Personer med begävningshandikapp som behöver personligt stöd i sitt boende lever nästan samtliga i någon form av gruppboende. De lever oftast tillsammans med andra personer med handikapp, som de inte själva har valt att leva tillsammans med.

Resultat

I denna undersökning har två uttryck för trångboddhet använts nämligen a) gruppens storlek i boendet och b) sovrumstyp, d.v.s. antal personer som bor i enkelrum, dubbelrum etc. För varje person har två frågor ställts nämligen 1: "Hur många personer bor i X:s boendeenhet?" och 2: "Har X eget sovrum?" Om nej, "Hur många personer bor i sovrummet?" Här redovisas i följande två tabeller svaren på den första frågan. Tabell 7.1 anger svaren inom integrerad respektive institutionell omsorg.

Tabell 7.1. Boendegruppens storlek - jämförelse "två omsorgsvärldar".

Antal i boendegruppen	Integrerad omsorg	Institution A
1 - 5	59 (100)	0 (0)
6 - 10	0 (0)	15 (25)
11 - 15	0 (0)	19 (32)
16 - 20	0 (0)	25 (42)
Totalt	59 (100%)	59 (99%)

Ingen av personerna inom integrerad omsorg lever i en boendegrupp med fler än fem personer. Det gör dock samtliga inom institutionell omsorg. Det finns således en klar skillnad mellan omsorgsvärldarna i detta avseende.

Tabell 7.2. Boendegruppens storlek - jämförelse "behov av boende".

Antal i boendegruppen	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
1 - 5	29 (100)	0 (0)	30 (100)	0 (0)	0 (0)
6 - 10	0 (0)	5 (17)	0 (0)	10 (33)	30 (100)
11 - 15	0 (0)	16 (55)	0 (0)	3 (10)	0 (0)
16 - 20	0 (0)	8 (28)	0 (0)	17 (57)	0 (0)
Totalt:	29 (100%)	29 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)

I tabell 7.2 redovisas svaren med avseende på de fem delgrupperna. Samma skillnader mellan omsorgsvärldar kan konstateras också i denna tabell. Dessutom framgår att andelen som lever i en stor grupp på institutionen, 16-20 personer, är fler (57%) för dem med ett större omsorgsbehov än för dem med ett lägre omsorgsbehov (28%).

Skillnader i boendegruppernas storlek mellan de två omsorgsvärldarna bekräftas även vid en jämförelse med institution B. Där lever dock ingen av personerna i en boendegrupp på fler än tio personer medan detta är fallet för tre av fyra på institution A. Detta är naturligt eftersom institution B med sin modernare utformning inte möjliggör alltför stora grupper.

Förklaringen till dessa skillnader ligger, förutom att det här är frågan om institutionell och integrerad omsorg, i att åldern varierar mellan institution A och institution B. När den förra institutionen byggdes var det självklart, rent av önskvärt i vissa fall, att boendeenheterna blev stora. Avdelningar skapades med fler än 20 personer, och det fanns flerbäddsrum med 4 - 6 personer.

När institution B sedan skapades vid ett senare tillfälle, var det självklart att boendeenheterna skulle vara mindre, mellan 6 - 10 personer. Det var dock inte självklart att alla skulle ha eget rum. Av de 30 personer som ingår i undersökningen från institution B, har 17 (57%) enkelrum medan 13 (43%) bor i dubbelrum. För institution A är det 8 (27%) som bor i enkelrum, 16 (53%) som bor i dubbelrum samt 6 personer (20%) som bor i 3-bäddsrum. När det gäller de integrerade boendeenheterna, bor 57 personer (97%) i enkelrum. 2 personer delar, på eget initiativ, ett sovrum.

Inom integrerad omsorg finns ingen nämnvärd skillnad mellan grupperna med olika omsorgsbehov. Inom institutionell omsorg är det däremot i första hand personer med mindre omsorgsbehov som har eget sovrum. Av dem med ett lättare omsorgsbehov på institution är det 19 personer (66%) som bor i enkelrum, medan det är 8 personer (27%) som gör det bland dem med ett mer omfattande omsorgsbehov. Inom institutionell omsorg tycks alltså graden av omsorgsbehov vara av stor betydelse för tillgång till eget sovrum. Det råder därför ingen tvekan om att bostadsstandarderna i väsentliga avseenden är betydligt högre inom integrerad än inom institutionell omsorg.

8

PERSONLIGT BOENDE

Inledning

Ibland uttrycks målet för en bostad för personer med begåvningshandikapp, att den skall vara hemlik. Det är naturligtvis bra att en bostad görs så trevlig och hemlik som möjligt. Men begreppet "hemlik" kan emellertid också tolkas så att personen inte har en bostad eller ett hem utan att de bor i någonting som bör utformas för att se ut som eller för att bli likt ett hem. Om en person har en verklig bostad som också är ett hem, blir det istället naturligt att sträva efter att ge den ett personligt och privat innehåll.

Tre förhållanden som i den här undersökningen tillsammans uttrycker ett personligt boende, är ett personligt sovrum, en personlig tillvaro samt frihet i bostaden.

"Ett personligt sovrum" innebär att personen har ett eget sovrum som är personligt utrustat och inrett samt att det där finns egna förvaringsmöjligheter för tillhörigheter. Vid utrustning av sovrummet är det därför viktigt att personen själv är med och efter förmåga får välja och utforma sitt rum. Ju mer svårt personens handikapp är, och med allt större svårighet att uttrycka behov och önskemål, desto större blir risken för att val styrs av andra intressen, orelaterade till personens behov. Metoder måste dock finnas i ett omsorgsarbete vilka fångar upp och tillgodoser personens vilja.

"En personlig tillvaro" är eftersträvansvärd i en gruppboende för att motarbeta tendenser till kollektivt och opersonligt bemötande. Det blir då viktigt att man respekterar att det utöver gemensam utrustning också finns personliga tillhörigheter. Vidare innebär en personlig tillvaro att den personliga integriteten respekteras vilket kan vara speciellt känsligt vid exempelvis måltider. Namnskyltar på ytterdörren kan ytterligare understryka bostadens personliga karaktär.

"Frihet i bostaden" innebär att de som bor där har tillgång till bostadens funktioner och utrymmen. Om vissa hålls otillgängliga riskerar det att uppstå känslor av främlingskap och upplevelser av att vara gäst i sin egen bostad.

Eftersom en bostad kan vara hemtrevlig utan att för den skull vara personlig, har här valts att betona den personliga anknytningen till boendeenheten och dess karaktär av bostad för personen. Detta leder till tre aspekter av ett personligt boende, vilka här benämns a) personligt sovrum, b) personlig tillvaro samt c) "frihet" i bostaden.

Resultat

"Personligt sovrum"

För att belysa huruvida personen har ett personligt präglat sovrum, har följande tre frågor ställts. Fråga 1: "Har X eget sovrum?" Att ha ett eget sovrum betraktas här som en grundförutsättning för att sovrummet skall vara personligt. En person som delar sovrum med någon eller några andra, utan att själv valt det, anses här inte ha tillgång till personligt sovrum.

Fråga 2 har formulerats "Har X egen garderob i sovrummet?" I en gruppboende är det viktigt att man kan förvara egna kläder och andra personliga tillhörigheter i det egna rummet. Detta hindrar naturligtvis inte att det även

kan finnas ett annat förråd där man kan förvara exempelvis skrymmande föremål, sådana som inte används så ofta eller vissa kläder av säsongskaraktär.

Fråga 3 är "Har X på något sätt, t.ex. genom att delta vid val eller inköp, arv eller liknande, satt en personlig prägel på sovrummet vad gäller a) säng/sängutrustning, b) övriga möbler, c) prydnadsföremål, d) färger/tapeter eller e) mattor/gardiner?"

Denna fråga avser att ge underlag till bedömning av sovrummets personliga prägel genom att beskriva personens anknytning till sovrummet och dess materiella innehåll. Frågan avser således inte att beskriva huruvida sovrummet är hemligt eller ej, eftersom det kan vara hemligt utan att vara personligt. För en person med ett svårt begåvningshandikapp, som inte själv kan avgöra eller ge uttryck för sina val, kan personlig prägel här innebära att någon närstående person/personal gör valen med denne person i åtanke och i hans/hennes intresse.

För att kunna ta ställning till den ursprungliga frågan om förekomst av ett "personligt sovrum" grundas bedömningen av svaren på de tre delfrågorna. Den första frågan, om personen har eget sovrum eller ej, har överordnats de övriga. Svaren på frågorna 2 och 3 utgör sedan grund för kategorisering. De tre svarsalternativen A, B och C definieras därför på följande sätt:

"A: Saknar eget sovrum." Grund för kategorisering: "Nej" på fråga 1. Hänsyn tas ej till svar på frågorna 2 och 3.

"B: Har eget sovrummen utan personlig prägel." Grund för kategorisering: "Ja" på fråga 1 samt 0 - 3 ja-svar på frågorna 2 - 3.

"C: Har eget sovrum med personlig prägel." Grund för kategorisering: "Ja" på fråga 1 samt 4 - 6 ja-svar på frågorna 2 och 3.

Undersökningens resultat vad gäller området "personligt sovrum" presenteras här i tabellerna 8.1 och 8.2. Medan den första utgör den övergripande jämförelsen mellan integrerad och institutionell omsorg, jämförs i den andra förhållanden för delgrupper.

Tabell 8.1. Personligt sovrum - jämförelse två omsorgsvärldar.

	Integrerad omsorg	Institution A
A: Saknar eget sovrum	2 (3)	32 (54)
B: Har eget sovrum men utan personlig prägel	25 (42)	17 (29)
C: Har eget sovrum med personlig prägel	32 (54)	10 (17)
Summa:	59 (99%)	59 (100%)

Nästan samtliga personer inom integrerad omsorg har eget sovrum. Detta är fallet för endast hälften (46%) av de som bor på institution. Det är vanligare inom integrerad omsorg att man har ett personligt präglat sovrum. Samtidigt är det dock anmärkningsvärt att enbart 54 % har ett eget sovrum med personlig prägel inom integrerad omsorg.

Skillnaderna mellan integrerad och institutionell omsorg finns både för grupperna med mindre ("Bostad 06 S") och med större ("Bostad 07")

omsorgsbehov. För dem med större omsorgsbehov är dock skillnaden mellan integrerad och institutionell omsorg störst. För dem med ett större omsorgsbehov på institution A än t.ex. 73% i avsaknad av eget sovrum. Huvudresultatet får stöd även vid en jämförelse med institution B, även om det där är vanligare med personligt sovrum (43%) än för motsvarande grupp på institution A (73%). Ytterligare en skillnad framgår av tabell B. På institution A kan man se en skillnad i förekomst av personligt sovrum som är beroende av grad av omsorgsbehov.

Tabell 8.2. Personligt sovrum - jämförelse boendetyper.

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
A: Saknar eget sovrum	2 (7)	10 (34)	0 (0)	22 (73)	13 (43)
B: Har eget sovrum utan personlig prägel	12 (41)	9 (31)	13 (43)	8 (27)	11 (37)
C: Har eget sovrum med personlig prägel	15 (52)	10 (34)	17 (57)	0 (0)	6 (20)
Summa:	29 (100%)	29 (99%)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)

Det är vanligare att personer med ett mindre omsorgsbehov har eget sovrum (34%) och även ett eget sovrum med personlig prägel (34%) än personer med ett större omsorgsbehov, 73% respektive 0%. Inom integrerad omsorg märks knappast någon sådan skillnad. På institution har alltså grad av omsorgsbehov stor betydelse för i vilken utsträckning som sovrummet är personligt.

"Personlig tillvaro"

För att beskriva denna aspekt av bostaden har följande 6 frågor ställts under intervjun. Fråga 1 löd "Finns det någon skylt med X:s namn på boendeenhetens ytterdörr?" En sådan skylt bidrar till att markera att där är en bostad och ger denna information till en besökare. Vidare ger det, utifrån sett, bostaden en personligare karaktär än om det står "omsorgsnämnden" eller något gemensamt namn på inackorderingshemmet eller avdelningen.

Fråga 2, "Använder C något/några klädesplagg som tillhör landstinget?", uttrycker en viktig del i en personlig tillvaro, nämligen att man helt och hållet använder sina egna kläder och inte, i brist på egna, tvingas låna av andra eller använda kollektiva plagg.

Fråga 3 är "Använder X egen tvål (ej gemensam)?" och fråga 4 "Använder X egna handdukar till vardags (ej landstingets)?" I kollektiva miljöer använder man gemensam tvål, ofta flytande, och kollektiva handdukar, ibland av papper. I en privat bostad har man dock egna hygienartiklar. Även om man i en gruppboende är fler som använder badrum och andra gemensamma utrymmen, lever man inte under familjära utan kollektiva förhållanden.

Fråga 5, "Använder X egen morgonrock på morgonen?", tar fasta på att det i ett gruppboende, där man inte själv valt dem man sammanbor med, är väsentligt att den personliga integriteten beaktas. Om en person går omkring naken i bostadens gemensamma utrymmen uppfylls t.ex. inte detta krav.

En ytterligare fråga, den sjätte som också speglar grad av integritet vid morgonrutiner, formuleras på följande sätt: "Hur sker följande aktiviteter: a) toalettbesök, b) personlig tvätt samt c) bad/dusch?" Svartalternativen är dels att dessa aktiviteter sker i enskildhet eller vid behov med hjälp av personal och dels att de sker tillsammans med medboende (toalettbesök med öppen dörr).

För att kunna jämföra mellan de två omsorgsvärldarna med avseende på "personlig tillvaro" har svaren för varje person sammanförts på följande sätt. 0 - 3 positiva svar anses uttrycka låg grad av personlig tillvaro och 4 - 6 positiva svar uttrycker hög grad av personlig tillvaro. Med positiva svar anses för fråga 1: "Personlig namnskylt finns på ytterdörren", fråga 2: "Använder inga klädesplagg som tillhör landstinget", fråga 3: "Använder egen tvål (ej gemensam)", fråga 4: "Använder egna handdukar (ej landstingets)", fråga 5: "Använder egen morgonrock på morgonen" samt fråga 6: "Såväl toalettbesök som personlig tvätt och bad/dusch sker i enskildhet."

Det bör noteras att "låg" respektive "hög" grad av personlig tillvaro här endast är relaterad till varandra och används endast för att illustrera jämförelsen mellan två omsorgsvärldar. Med "hög" grad av personlig tillvaro avses alltså inte någon tillräcklig eller acceptabel nivå. Här följer redovisningen av resultat från undersökningen med avseende på "personlig tillvaro". I tabell 8.3 redovisas den övergripande jämförelsen mellan de båda omsorgsvärldarna.

Tabell 8.3. Grad av personlig tillvaro - jämförelse två omsorgsvärldar.

	Integrerad omsorg	Institution A
Låg grad av personlig tillvaro	5 (8)	51 (86)
Hög grad av personlig tillvaro	54 (92)	8 (14)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Här finns en klar skillnad mellan de två omsorgsvärldarna. Inom integrerad omsorg har 93% en "hög" grad av personlig tillvaro medan förhållandet är omvänt, 14%, inom institutionell omsorg.

Tabell 8.4. Grad av personlig tillvaro - jämförelse boendetyper.

	Bostad 06 S Integrerad	Inst. A	Bostad 07 Integrerad	Inst. A	Inst. B
Låg grad av personlig tillvaro	3 (10)	22 (76)	2 (7)	29 (97)	28 (93)
Hög grad av personlig tillvaro	26 (90)	7 (24)	28 (93)	1 (3)	2 (7)
Summa:	29 (100%)	29 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)

I tabell 8.4 redovisas resultaten för undersökningens delgrupper. Skillnaden mellan integrerad och institutionell omsorg förekommer såväl för grupperna med större som med mindre grad av omsorgsbehov. På institution B är förhållandena desamma som för motsvarande grupp på institution A. Skillnaden mellan integrerad och institutionell omsorg får alltså stöd även vid jämförelse med institution B.

Även i detta avseende finner man inom institution A en skillnad mellan delgrupper. De med ett större omsorgsbehov, som har behov av "Bostad 07", har en högre andel (97%) som lever med en låg grad av personlig tillvaro än de som har ett mindre omsorgsbehov (76%). Grad av omsorgsbehov tycks således på institution ha betydelse för den personliga tillvaro som man lever under, vilket inte tycks vara fallet inom integrerad omsorg. För att konkretisera dessa skillnader presenteras även resultaten för varje fråga (tabell 8.5).

Tabell 8.5. Personlig tillvaro - jämförelse två omsorgsvärldar.

	Integrerad omsorg	Institution A
1. Personlig namnskylt finns på ytterdörren	44 (75%)	0 (0%)
2. Använder inga klädesplagg som tillhör landstinget	59 (100%)	50 (85%)
3. Använder egen tvål (ej gemensam)	52 (88%)	35 (59%)
4. Använder egna handdukar (ej landstingets)	53 (90%)	11 (19%)
5. Använder egen morgonrock på morgonen	44 (75%)	24 (41%)
6. Integritet vid morgonrutiner (toalettbesök, personlig tvätt, bad/dusch sker i enskildhet)	59 (100%)	5 (8%)

I samtliga avseenden framkommer skillnader mellan integrerad och institutionell omsorg. De största skillnaderna finner vi vad gäller förekomst av personlig namnskylt på ytterdörren samt integritet vid morgonrutinerna. Även beträffande användandet av egna handdukar är skillnaden mellan integrerad och institutionell omsorg markant. I tabell 8.6 redovisas resultaten för delgrupperna.

Tabell 8.6. Personlig tillvaro - jämförelse boendetyper.

	Bostad 06 S Integrerad	Inst. A	Bostad 07 Integrerad	Inst A	Inst B
1. Personlig namnskylt	20 (69)	0 (0)	24 (80)	0 (0)	0 (0)
2. Inga kläder tillhöriga landstinget	29 (100)	27 (93)	30 (100)	23 (77)	13 (43)
3. Endast egen tvål	26 (90)	21 (72)	26 (87)	14 (47)	20 (67)
4. Endast egna handdukar	23 (79)	11 (38)	30 (100)	0 (0)	1 (3)
5. Egen morgonrock på morgonen	23 (79)	13 (45)	21 (70)	11 (37)	6 (20)
6. Integritet vid morgonrutiner	29 (100)	3 (10)	30 (100)	2 (7)	25 (83)

Mönstret från tidigare tabell kvarstår. Det är dessutom intressant att notera att institution B i de flesta avseenden är jämförbar med institution A, utom när det gäller integritet vid morgonrutinerna. Då är resultaten från institution B i stort sett desamma som för integrerad omsorg. Integritet vid morgonrutinerna är mycket beroende av hur hygienutrymmen är utformade och hur många personer som använder dessa. Som framgick av tidigare institutionsbeskrivning har institution B betydligt högre standard på hygienutrymmen än institution A.

"Frihet i bostaden"

Vad som avses här är närmast personens tillgång till sin bostad i olika avseenden. I vilken omfattning finns där restriktioner som begränsar hans/hennes handlingsfrihet, d.v.s. fjärrmar personen från utnyttjandet av sin bostad. "Frihet" i bostaden beskrivs i tre avseenden, nämligen 1) tillgång till

kök, 2) tillgång till egna kläder samt 3) tillgång till TV. För att belysa detta ställdes följande tre frågor.

Fråga 1: "Har X möjlighet att ta/få en kopp kaffe eller en smörgås när han/hon vill?" Om kök eller kylskåp hålls låst eller på annat sätt är otillgängligt för personen, bedöms svaret som nej. Fråga 2: "Kan X när han/hon vill komma åt och ta fram sina kläder?" Om garderoben hålls låst och X ej har egen nyckel, bedöms svaret som nej. Fråga 3: "Kan X när han/hon vill sätta på TV:n?" Om TV:n är låst eller inlåst är svaret nej. Vid dessa tre frågor har man bortsett från huruvida personerna har förmåga att utnyttja dessa möjligheter eller ej.

För varje person har en sammanställning gjorts av antalet ja-svar på ovanstående tre frågor. En jämförelse kan då göras med avseende på grad av "frihet" eller, om man så vill, omfattning av begränsningar eller restriktioner för personerna i deras boende. I tabell 8.7 jämförs personer inom integrerad omsorg med dem inom institutionell.

Tabell 8.7. Grad av "frihet" i bostaden - jämförelse två omsorgsvärldar.

	Integrerad omsorg	Institution A
0 - 1 ja-svar	0 (0)	30 (51)
2 ja-svar	7 (12)	24 (41)
3 ja-svar	52 (88)	5 (8)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Det finns en klar skillnad mellan integrerad och institutionell omsorg beträffande personernas "frihet" i sin bostad. Inom institutionell omsorg finns färre möjligheter för personerna med handikapp att utnyttja sin bostad i dessa avseenden. I tabell 8.8 görs samma beskrivning för delgrupperna.

Tabell 8.8. Grad av "frihet" i bostaden - jämförelse boendetyper.

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
0 - 1 ja-svar	0 (0)	8 (28)	0 (0)	22 (73)	8 (27)
2 ja-svar	6 (21)	17 (59)	1 (3)	7 (23)	14 (47)
3 ja-svar	23 (79)	4 (14)	29 (97)	1 (3)	8 (27)
Summa:	29 (100%)	29 (101%)	30 (100%)	30 (99%)	30 (101%)

Skillnaden mellan omsorgsvärldarna finns såväl för grupperna med större som med mindre omsorgsbehov. På institution B tycks "friheten" inte vara lika begränsad som för motsvarande grupp institution A. Det finns ändå en klar skillnad mellan integrerad omsorg och institution B. Jämförelsen med institution B bekräftar således den redan beskrivna skillnaden mellan omsorgsvärldarna.

Tabell 8.9. "Frihet" i bostaden - jämförelse två omsorgsvärldar.

	Integrerad omsorg	Institution A
1. Tillgång till kök	52 (88%)	13 (22%)
2. Tillgång till egna kläder	59 (100%)	22 (37%)
3. Tillgång till TV	59 (100%)	50 (85%)

På institution A framkommer en tydlig skillnad mellan gruppen med större och den med mindre omsorgsbehov, då "friheten" är mera begränsad för personerna med större omsorgsbehov. En sådan skillnad finns inte inom integrerad omsorg. På institutionen tycks grad av omsorgsbehov ha betydelse för hur stor "frihet" man har i sitt boende, vilket inte på samma sätt är fallet inom integrerad omsorg.

Här, tabellerna 8.9 och 8.10, presenteras svaren på de tre delfrågorna för att illustrera i vilka avseenden som 'friheten' i bostaden är begränsad. Inom integrerad omsorg (tabell 8.9) är det endast tillgången till kök som är begränsad medan det inom institutionell omsorg förekommer begränsningar i de tre studerade avseendena.

Tabell 8.10. "Frihet" i bostaden - jämförelse boendetyper

	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
1. Tillgång till kök	23 (79%)	9 (31%)	29 (97%)	4 (13%)	8 (27%)
2. Tillgång till egna kläder	29 (100%)	17 (59%)	30 (100%)	5 (17%)	22 (73%)
3. Tillgång till TV	29 (100%)	26 (90%)	30 (100%)	24 (80%)	30 (100%)

När man ser till delgrupperna finner man att "friheten" på institution B inte är lika begränsad som för jämförbar grupp på institution A.

Personligt boende - sammanfattande diskussion.

Ett personligt boende är centralt för personer med begåvningshandikapp. En bostad är en rättighet, som även bör gälla dem. Genom sin bostad får en person ett hem, och därin ligger att det skall ha personlig prägel. En egen tillvaro i en personligt utrustad bostad är nödvändiga förutsättningar för att få uppleva att han/hon är en unik person och inte mer än nödvändigt tvingas underordna sig kollektiva rutiner i kollektiva miljöer.

I denna undersökning har tre mätbara aspekter av ett personligt boende illustrerats. De ger naturligtvis ingen fullständig beskrivning av vad ett personligt boende skulle kunna innefatta, men de anses ändå ge en bild av denna dimension i tillvaron i denna undersökning.

Av resultaten har framgått att de som bor inom integrerade omsorger har ett personligt boende i betydligt större utstäckning än de som bor inom institutionella omsorger. Anmärkningsvärt är att de personer på institution som har ett mindre omsorgsbehov, har ett mera personligt boende än de som har ett större omsorgsbehov. Detta är en skillnad som inte har kunnat konstateras inom integrerade omsorger. Jämförelserna med institution B har i inget fall kullkastat huvudresultaten. Dock är skillnaden mellan integrerade omsorger och institution B i vissa avseenden mindre än skillnaden mellan integrerade omsorger och institution A. Detta kan förklaras med att institution

B är relativt nybyggd och därmed har en högre materiell standard än institution A.

DELTAGANDE I HEMARBETE

Inledning

I en bostad finns en rad olika sysslor som måste utföras, som städning, tvätt, matinköp och matlagning, vilka tar en stor del av personens arbetsfria tid. Det är viktigt att även personen med begåvningshandikapp blir delaktig i aktiviteter av detta slag, som tillhör den normala bostaden. Det är värdefullt att få del av ansvaret för hemmets skötsel och få uppleva de normala vardags- erfarenheterna som är självklara för dem utan handikapp.

Det får inte uppstå ett krav på att vara duktig för att få delta i hemarbetet. I själva verket är detta något som måste få vara möjligt även för dem med ett svårt handikapp. Det finns alltid en liten uppgift som är möjlig att få utföra. För dessa kan ett deltagande också innebära att de finns med när sysslan utförs och därigenom får uppleva atmosfären kring sysslan. Att finnas med i köket när maten lagas, innebär att få uppleva dofterna vid tillagning och så småningom få smaka den i samband med måltiden.

Detta är ett av de områden som inledningsvis ansågs som väsentligt för att beskriva en persons deltagande i samhällslivet. Självklart måste det betraktas som viktigt att en person kan delta i hemarbetet i sin bostad.

Men möjligheten till en aktiv medverkan i hemsysslor är naturligtvis också beroende av handikappets grad. Här anses dock att även personer med ett svårt handikapp bör delta i hemarbetet. Avsikten är därför inte att beskriva vad personer med begåvningshandikapp klarar av, utan i vilket utsträckning denne deltar antingen genom att själv utföra sysslan eller genom att utföra det under mer eller mindre aktivt deltagande av personal. Intervjupersonen ombeds att inte beakta de individuella förutsättningarna för att handikappgraden inte skall bli avgörande för svaret.

Tabell 9.1. Deltagande i hemarbete - jämförelse två omsorgsvärldar.

	Integrerad omsorg	Institution A
A: Deltar ej	0 (0)	35 (59)
B: Deltar sporadiskt	17 (29)	24 (41)
C: Deltar regelbundet i några sysslor	37 (63)	0 (0)
D: Deltar regelbundet i det mesta	5 (8)	0 (0)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Resultat

För att beskriva personens "deltagande i hemarbete" har följande fråga ställts: "Hur ofta deltar X i följande sysslor?" De sysslor som nämns är 1) Planering av matsedel, 2) Inköp av mat, 3) Tillagning av mat, 4) Dukning/avplockning (avplockning av den egna tallriken har accepterats), 5) Tvätt av egna kläder samt 6) Städning av lokalerna (deltagande i städning av det egna rummet har

accepterats). De fem alternativ som används för att kategorisera svaren är a) dagligen, b) varje vecka, c) varje månad, d) någon enstaka gång samt e) aldrig.

För att kunna sammanföra resultaten har sedan en bedömning av om deltagandet är regelbundet gjorts för varje aktivitet. Följande definitioner har därvid använts. 1) Planering av matsedel: Regelbundet = minst någon gång i veckan d.v.s. alternativ a eller b. 2) Inköp av mat: Regelbundet = minst någon gång i veckan, d.v.s. alternativ a eller b. 3) Tillagning av mat: Regelbundet = minst någon gång i veckan d.v.s. alternativ a eller b. 4) Dukning/avplockning: Regelbundet = dagligen d.v.s. alternativ a. 5) Tvätt av egna kläder: Regelbundet = minst någon gång i månaden d.v.s. alternativ a, b eller c. 6) Städning av lokalerna: Regelbundet = minst någon gång i månaden d.v.s. alternativ a, b eller c.

För att kunna jämföra "deltagande i hemarbete" mellan grupper måste emellertid svaren sammanföras ytterligare. För varje person har resultaten hänförs till något av dessa alternativ. a) Deltar ej: Detta innebär att personen aldrig deltar eller att han/hon deltar i endast en av ovanstående sysslor. Hänsyn har här inte tagits till om det eventuella deltagandet i en enstaka syssla är regelbundet eller mera sällan förekommande. b) Deltar sporadiskt: Personen deltar på något sätt i 2 - 6 sysslor, varav han/hon deltar regelbundet i högst 2. c) Deltar regelbundet i några sysslor: Personen deltar regelbundet i 3 - 4 sysslor. d) Deltar regelbundet: Personen deltar regelbundet i det mesta, 5 - 6 sysslor.

Tabell 9.2. Deltagande i hemarbete - jämförelse boendetyper.

	Bostad 06 S Integrerad	Inst. A	Bostad 07 Integrerad	Inst. A	Inst. B
A: Deltar ej	0 (0)	10 (34)	0 (0)	25 (83)	17 (57)
B: Deltar sporadiskt	10 (34)	19 (66)	7 (23)	5 (17)	12 (40)
C: Deltar regelbundet i några sysslor	15 (52)	0 (0)	22 (73)	0 (0)	1 (03)
D: Deltar regelbundet i det mesta	4 (14)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (00)
Summa:	29 (100%)	29 (100)	30 (99)	30 (100)	30 (100)

Av tabell 9.1 framgår att det är en skillnad mellan integrerad och institutionell omsorg när det gäller deltagande i hemarbete. De flesta personerna på institutionen, 59 %, deltar inte i det praktiska hemarbetet. Samtidigt måste konstateras att mycket få, 5 av de 118 personerna, uppges delta regelbundet i det mesta.

I tabell 9.2 redovisas svaren för delgrupperna. Den redan illustrerade skillnaden mellan omsorgsvärldarna finns såväl för grupperna med mindre som med större omsorgsbehov. För grupperna med större omsorgsbehov är dock skillnaden mellan integrerad och institutionell omsorg störst.

På institution B är "deltagande i hemarbete" något oftare förekommande än på institution A. Båda institutionerna uppvisar dock samma mönster gentemot den integrerade omsorgen, vilket bekräftar skillnaden mellan omsorgsvärldarna.

10 FRITID INOM BOSTAD

Inledning

En persons fritid kan ses som den tid då denne ägnar sig åt fritidsaktiviteter. Man kan också se en persons fritid som den tid som ligger utanför "icke fritid", exempelvis arbete och utbildning. Organiserade fritidsaktiviteter upptar då endast en del av personens totala fritid. Med denna senare utgångspunkt blir fritidsbegreppet relativt och måste relateras till någon "icke fritid" för att få verklig innebörd.

Detta blir klarare om man i fritidsbegreppet inkluderar psykologiska aspekter, framför allt känslan av att vara fri. Man har alltså ingen fritid förrän man fått ett arbete eller en sysselsättning att vara fri ifrån. Med denna innebörd skulle man kunna säga att en person med begåvningshandikapp som inte har någon daglig verksamhet, inte heller har någon verklig fritid.

Fritid kan också ses som en fråga om innehållet i den tid som folk i allmänhet benämner fritid, d.v.s. kvällar och helger. Hur får fritid för dessa personer ett meningsfullt innehåll? När det gäller innehållet i fritiden är det väsentligt att också denna relateras till varje enskild persons förutsättningar och sociala verklighet för att bli meningsfull. Fritiden bör betraktas som rekreation, som samtidigt kan bidra till ett ökat samhällsdeltagande för personen.

För en person med begåvningshandikapp som behöver hjälp för att kunna organisera sin fritid är det viktigt att man erbjuder många och varierande aktiviteter som ger en bred erfarenhet. Brist på sådana leder lätt till att man inte uttrycker några intressen och att det blir svårt att välja och fatta beslut om deltagande i olika aktiviteter som erbjuds.

Fritid ställs i denna undersökning i relation till bostaden. Syftet med detta är att understryka att den pågår såväl inom bostaden som utanför den, på tider då man inte är i arbete, utbildning eller i annan daglig verksamhet. Därigenom blir det som händer under fritiden ett viktigt ansvarsområde för personal i en bostad för personer med handikapp.

"En aktiv fritid" innebär här att personerna har tillgång till meningsfulla aktiviteter under sin fritid. Detta uttryck förtydligas genom dess motsats som innebär att personen är hänvisad till passivitet i brist på aktiviteter. Personen kan också vara passiv därför att han/hon funnit det vara mest lämpligt efter en aktiv dag eller vecka. Men personen kan också vara passiv i brist på information och kunskap om vad som finns att göra. Självfallet får inte målet an aktiv fritid tolkas så att personer med begåvningshandikapp ständigt måste hållas sysselsatta. Däremot ska ingen behöva vara sysslolös genom brist på meningsfulla aktiviteter.

"En fritid tillsammans med andra" blir eftersträvansvärt då många med detta handikapp har svårt att på egen hand etablera relationer till andra. Det är under fritiden som man får möjlighet att träffa sina anhöriga och att umgås med vänner och bekanta. Umgänget med andra måste självfallet ske med hänsyn till den enskildes intressen. Även en person med begåvningshandikapp måste ha rätt att vara ensam. Denna ensamhet bör dock inte bli dominerande och får inte bero på rädsla för andra eller brist på socialt inriktade fritidsaktiviteter.

Vid beskrivning av dessa personers fritid har här valts att illustrera den tid som de flesta i vårt samhälle benämner fritid, nämligen kvällstid och helger. De flesta människor tillbringar förmodligen den största delen av sin fritid i sin bostad med olika aktiviteter eller i social samvaro, eller också så är de inte aktiva utan vilar bara. Fritid inom bostaden beskrivs därför här dels i vilken utsträckning som en person umgås med någon annan, och dels i vilken utsträckning som de är aktiva.

Resultat

För att på ett inte alltför komplicerat sätt kunna jämföra tillvaron under fritid för olika grupper, får personen som intervjuas bedöma hur fritiden inom bostaden vanligtvis ser ut för personen med handikapp.

De alternativ som beskrivs är följande a) "social fritid" = personen umgås oftast med någon annan i bostaden (personal, medboende eller annan) och "ej social fritid" = personen umgås sällan eller aldrig med någon annan i bostaden. b) "aktiv fritid" = personen är oftast sysselsatt med något som intresserar honom/henne och "passiv fritid" = personen ägnar sig sällan åt någon speciell aktivitet i bostaden.

Vid intervjun har först förklarats för intervjupersonen att det är fritiden inom bostaden som är av intresse. Därefter har vi bitt intervjupersonen beskriva hur en typisk kväll eller helg i bostaden (inackorderingshemmet/avdelningen) ser ut för personen. Slutligen har den som intervjuas fått ta ställning till följande alternativa svar.

Därvid har beskrivningen i social och aktiv fritid kombinerats på följande sätt: 1) alternativ a = ej social / passiv fritid, 2) alternativ b = ej social / aktiv fritid, 3) alternativ c = social / passiv fritid, 4) alternativ d = social / aktiv fritid. Alternativen beskrivs utförligare här nedan.

Alternativ a: X är oftast för sig själv i bostaden. Antingen är han/hon mest i sitt rum eller om X oftast vistas i samma rum som andra medboende och/eller personal så är det utan någon egentlig kontakt med dem. X deltar sällan i någon aktivitet och gör heller inget speciellt när han/hon är för sig själv. Kanske är X mycket upptagen av stereotypa beteenden. Om X tittar på TV så är det mest för att den råkar stå på. Han/hon bryr sig då inte om ifall TV:n stängs av eller om någon byter kanal.

Alternativ b: X ägnar oftast sin fritid i bostaden åt någon aktivitet som han/hon är intresserad av. Om X tittar på TV kanske han/hon själv har satt på den eller valt program. Reagerar märkbart om någon stänger av eller byter kanal. X umgås för övrigt inte särskilt mycket med de övriga i bostaden.

Alternativ c: X umgås ofta med de övriga i bostaden. Han/hon vill gärna vara tillsammans med personal och/eller medboende men deltar sällan i någon gemensam aktivitet i bostaden. Han/hon har heller inte i övrigt något intresse för någon speciell aktivitet i bostaden.

Alternativ d: X umgås ofta med de övriga i bostaden. X är även ofta sysselsatt med någon aktivitet som intresserar honom/henne. Han/hon brukar dessutom ofta delta i aktiviteter tillsammans med någon/några andra i bostaden. Kanske har X någon vän eller nära bekant som han/hon ofta umgås med.

Trots utformningen av denna fråga, visade det sig lätt för intervjupersonerna att beskriva personernas fritid i något av alternativen. Begreppet "umgås" har här en vid innebörd och det omfattar allt ifrån att personen vistas tillsammans med någon som han/hon visar ett positivt intresse för, till det som i dagligt tal menas med att umgås, d.v.s. att aktivt interagera med andra. Därigenom

behöver umgänget inte nödvändigtvis vara kopplat till någon speciell aktivitet. I tabell 10.1 redovisas svaren för de två huvudgrupperna.

Tabell 10.1. Fritid i bostad - jämförelse två omsorgsvärldar.

Typ av fritid	Integrerad omsorg	Institution A
A: ej social, passiv	16 (27)	25 (42)
B: ej social, aktiv	17 (29)	14 (24)
C: social, passiv	6 (10)	9 (15)
D: social, aktiv	20 (34)	11 (19)
Summa	59 (100%)	59 (100%)

Fritid inom boendet ser olika ut i de två omsorgsvärldarna. Huvuddelen av de båda grupperna bedöms ha en ensam, d.v.s. "ej social" fritid i bostaden, 56 % för integrerad omsorg och 66 % för institutionell omsorg. Skillnaden är dock inte stor. När det gäller huruvida fritiden är passiv eller aktiv, är skillnaden större. Det är vanligare inom institutionell omsorg med en passiv fritid (alternativen a och c), 57 %, än inom integrerad omsorg, 37 %. I tabell 10.2 illustreras förhållandena för delgrupperna.

Tabell 10.2. Fritid i bostad - jämförelse boendetyper.

Typ av fritid	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
A: ej social, passiv	8 (28)	6 (21)	8 (27)	19 (63)	17 (57)
B: ej social, aktiv	7 (24)	10 (34)	10 (33)	4 (13)	6 (20)
C: social, passiv	2 (7)	3 (10)	4 (13)	6 (20)	4 (13)
D: social, aktiv	12 (41)	10 (34)	8 (27)	1 (3)	3 (10)
Summa:	29 (100%)	29 (99%)	30 (100%)	30 (99%)	30(100%)

För de som har ett mindre omsorgsbehov kan man inte konstatera någon större skillnad mellan omsorgsvärldarna. Den är dock tydlig vid jämförelse mellan grupperna med ett större omsorgsbehov, speciellt om man jämför andelen personer som har en passiv fritid i ensamhet.

Medan 27 % av dem inom integrerad omsorg i behov av "Bostad 07" har en "ej social / passiv" fritid, tillhör 63 % av dem inom institutionell omsorg samma kategori. Om man enbart ser till "passiv" fritid inom dessa delgrupper, har 40 % detta bland dem med lättare omsorgsbehov medan 83 % har det bland dem med ett mer omfattande behov.

Fritid inom boendet skiljer sig inte nämnvärt åt mellan de båda institutionerna. Jämförelsen med institution B bekräftar således skillnaden mellan omsorgsvärldarna.

Det är intressant att notera att grad av omsorgsbehov tycks ha en betydligt större betydelse för hur fritid inom boendet ser ut inom institutionell än inom integrerad omsorg. Inom båda omsorgsvärldarna är det dock främst de personer som har ett mindre omsorgsbehov som också har en aktiv fritid i gemenskap med andra.

Fritidens omfattning är här inte relaterad till omfattningen av de dagliga verksamheterna, utan handlar i stället om när personerna går och lägger sig på

kvällen. Den fråga som har ställts är "När går X vanligtvis och lägger sig på kvällarna?" Svaren har delats in i tre kategorier, nämligen a) före klockan 21, b) klockan 21-23 samt c) efter klockan 23.

Tabell 10.3. Omfattning av fritiden - jämförelse två omsorgsvärldar.

Lägger sig vanligtvis	Integrerad omsorg	Institution A
Före kl 21	2 (3)	23 (40)
kl. 21 - 23	47 (80)	34 (59)
efter kl 23	10 (17)	1 (2)
Uppgift saknas	0	1
Summa:	59 (100%)	59 (101%)

Dessa kategorier är valda endast i illustrativt syfte. Några värderingar om "lämplighet" ligger således inte bakom detta val. Sömnbehovet är ju mycket individuellt. Det finns dock ingenting som talar för att någon av grupperna skulle ha speciellt stort eller litet sömnbehov.

I tabell 10.3 illustreras jämförelsen mellan integrerad och institutionell omsorg. Inom institutionell omsorg går man vanligtvis och lägger sig tidigare än inom integrerad omsorg. Fritiden blir därigenom mera omfattande inom integrerad omsorg. Inom institutionell omsorg lägger sig vanligtvis 40 % av personerna före kl. 21.00 medan enbart 3 % gör det inom integrerad omsorg. Förhållandena för delgrupperna framgår av tabell 10.4.

Tabell 10.4. Omfattning av fritiden - jämförelse boendetyper.

Lägger sig vanligtvis	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
Före kl 21	1 (3)	8 (29)	1 (3)	15 (50)	18 (60)
kl. 21 - 23	22 (76)	20 (71)	25 (83)	14 (47)	11 (37)
Efter kl 23	6 (21)	0 (0)	4 (13)	1 (3)	1 (3)
Summa:	29 (100%)	28 (100%)	30 (99%)	30 (100%)	30 (100%)

Inom integrerad omsorg är det ingen större skillnad mellan grupperna med olika omsorgsbehov. Inom institutionell omsorg är det främst de personer med ett större omsorgsbehov som lägger sig tidigt, d.v.s. före kl. 21.00. Denna skillnad bekräftas vid jämförelse med institution B.

Tabell 10.5. Typ av fritid inom boendet för dem som vanligtvis går och lägger sig tidigt, före kl. 21.00.

Typ av fritid inom boendet	Integrerad totalt	Inst. A totalt	Inst. B totalt
A: ej social, passiv (alt a)	1	16	13
B: social och/eller aktiv (alt. b,c,d)	1	7	5
Summa:	2	23	18

Hur fritiden ser ut för den grupp som vanligtvis går och lägger sig tidigt, före kl. 21.00, framgår av tabell 10.5. Man finner då att de som lägger sig tidigt på kvällarna är främst de personer på institution som i allmänhet har en passiv fritid, i ensamhet.

11

FRITID UTOM BOSTAD

Inledning

Alla med handikapp bör få möjlighet att regelbundet delta i fritidsaktiviteter utanför bostaden. Det är svårt att hävda att detta bör ske dagligen, men det kan vara rimligt att man får delta i någon sådan aktivitet åtminstone en gång i veckan. Medlemskap i en förening och deltagande i föreningsarrangemang kan bidra till en aktiv fritid utanför bostaden. Här är det också viktigt att aktiviteterna sker i gemenskap med andra, att de ger sociala erfarenheter samt att de ger kontakter med samhällslivet utanför omsorgsverksamheten.

"En fritid som ger erfarenheter av gängse samhällsliv" är önskvärt i en omsorgsverksamhet som strävar mot ett ökat samhällsdeltagande. Personer bör därför erbjudas fritidsaktiviteter som på något sätt ger dem erfarenheter av livet i samhället.

Detta innebär att de får en rad erfarenheter som de delar med andra människor i samhället, vilket underlättar ytterligare samhällskontakter. Detta innebär också ett krav på att det allmänna fritidsutbudet måste utvecklas och göras mera tillgängligt för denna handikappgrupp. En fritid som ger erfarenheter av det normala samhällslivet kan uppnås genom att deltagande i allmänt fritidsarrangemang eller att man utnyttjar ett allmänt kulturutbud.

Fritiden utanför bostaden är oftast knuten till någon speciell aktivitet, eftersom man vanligtvis går ut i något särskilt syfte. För den fritid som tillbringas utom bostaden har tre områden beskrivits, nämligen föreningsengagemang (medlemskap i förening och deltagande i föreningsarrangemang), samhälls-inriktad fritid (om personen på fritid ger erfarenheter av det normala samhället utanför omsorgerna) samt socialt inriktad fritid (om personen på fritid utom boendet träffat och umgåtts med någon närstående).

Resultat

För att få underlag till beskrivning av föreningsengagemang ställdes följande fråga: "Är X medlem i någon förening?" Om den besvarades med ja, frågades också vilken/vilka föreningar samt om hur ofta X deltar i något föreningsarrangemang. Svartalternativen var därvid 1) varje vecka, 2) varje månad, 3) några gånger/år samt 4) aldrig.

Svaren har för varje person beskrivits i någon av följande fyra kategorier: a) ej medlem, b) medlem men deltar aldrig i föreningsarrangemang, c) medlem/deltar sporadiskt (d.v.s. några gånger/år eller varje månad) samt d) medlem/deltar varje vecka. I tabell 11.1 framgår skillnad i föreningsengagemang mellan integrerad och institutionell omsorg.

Tabell 11.1. Föreningsengagemang - jämförelse två omsorgsvärldar.

	Integrerad omsorg	Institution A
A: Ej medlem	28 (47)	53 (90)
B: Medlem/deltar aldrig	4 (7)	2 (3)
C: Medlem/deltar sporadiskt	10 (17)	0 (0)
D: Medlem/deltar varje vecka	17 (29)	4 (7)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Här finner man att något mer än varannan av personerna inom integrerad omsorg (53%) är medlem i någon förening, medan detta är fallet för väsentligt färre (10%) av personerna på institution A. Det finns således en tydlig skillnad mellan omsorgsvärldarna. I tabell 11.2 framgår skillnader mellan delgrupper.

Tabell 11.2. Föreningsengagemang - jämförelse boendetyper.

	Bostad 06 S Integrerad	Inst. A	Bostad 07 Integrerad	Inst. A	Inst. B
A: Ej medlem	13 (45)	25 (86)	15 (50)	28 (93)	30 (100)
B: Medlem/deltar aldrig	3 (10)	2 (7)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
C: Medlem/deltar sporadiskt	1 (3)	0 (0)	9 (30)	0 (0)	0 (0)
D: Medlem/deltar varje vecka	12 (41)	2 (7)	5 (17)	2 (7)	0 (0)
Summa:	29 (99%)	29 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)

Skillnaden mellan omsorgsvärldarna finns för såväl grupperna med ett mindre som med ett större omsorgsbehov. En jämförelse med institution B bekräftar denna skillnad.

För att beskriva samhällsinriktad fritid beaktas följande tre aspekter nämligen a) omfattning av aktiviteter som ägt rum i samhället utanför omsorgerna, b) utnyttjande av kulturell service (här definerat som besökt/utnyttjat något fritidsarrangemang/resurs i samhället utanför omsorgsformer), c) utnyttjande av kommersiell service (här definerat som besökt affär, varuhus eller kiosk).

Fritidens samhälleliga och sociala inriktning för personerna har beskrivits genom att ange hur fritid utom boendet ser ut under en vecka. Den vecka som beskrivs är den som närmast föregick intervjutillfället. Den fråga som ställdes var "Har X under den senaste veckan på fritiden, kvällstid/helg, deltagit i någon aktivitet utanför bostaden, t.ex. promenad, utflykt, bio, kiosk-/affärsbesök, restaurangbesök, ridning, simhall, bibliotek etc?" Om frågan besvarades med ja, beskrevs för varje aktivitet a) om den ägt rum inom eller utanför omsorgsenheten, b) om personen utnyttjat kulturell service, c) om personen utnyttjat kommersiell service samt d) om personen besökt vän eller anhörig. I tabellerna 11.3 och 11.4 innebär kategori D nedan aktiviteter i samhället där personen utnyttjat kulturell och/eller kommersiell service och/eller besökt vän/anhörig.

Tabell 11.3. Fritidsaktiviteter utanför bostaden - jämförelse två omsorgsvärldar.

Fritid utom boendet en vanlig vecka	Integrerad omsorg	Institution A
A: Ingen aktivitet utanför bostaden	2 (3)	7 (12)
B: Enbart aktiviteter inom omsorgsenheten	0 (0)	21 (36)
C: Enbart vistelse (promenader) ute i samhället	1 (2)	12 (20)
D: Aktiviteter i samhället	56 (95)	19 (32)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Här redovisas först om personen deltagit i någon aktivitet utanför bostaden på fritiden under den studerade veckan, samt i vilken utsträckning dessa aktiviteter haft en samhällelig eller social inriktning. I tabellerna 11.3 och 11.4 redovisas aktiviteter med varierande grad av närhet till samhället, den första med låg grad och där efter med ökad grad av samhällskontakt. För varje person har noterats den aktivitet som uttrycker störst närhet till aktiviteten på orten utanför omsorgsverksamhetens enheter.

Här kan konstateras att fritiden utanför bostaden skiljer sig avsevärt mellan omsorgsvärldarna. Inom institutionell omsorg är det flera som inte kommer utanför bostaden på fritiden under en vecka än inom integrerad omsorg. Vidare har fritidsaktiviteterna för en stor grupp inom institutionell omsorg begränsat sig till omsorgsenheten, d.v.s. institutionsområdet. Inom integrerad omsorg har nästan samtliga personer deltagit i aktiviteter på orten med något speciellt syfte såsom att utnyttja något fritids- eller serviceutbud eller för att besöka vän eller anhörig. Detta är fallet endast för en tredjedel av personerna på institution A. I tabell 11.4 illustreras hur delgrupperna fördelas över dessa kategorier.

Tabell 11.4. Fritidsaktiviteter utanför bostaden - jämförelse boendetyper.

Fritid utom boendet en vanlig vecka	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
A: Ingen aktivitet utanför bostaden	0 (0)	4 (14)	2 (7)	3 (10)	10 (37)
B: Enbart aktiviteter inom omsorgsenheten	0 (0)	12 (41)	0 (0)	9 (30)	13 (48)
C: Enbart vistelse (promenader) i samhället	0 (0)	2 (7)	1 (3)	10 (33)	2 (07)
D: Aktiviteter i samhället	29 (100)	11 (38)	27 (90)	8 (27)	2 (07)
Summa:	29	29	30	30	27

Skillnaden mellan omsorgsvärldarna är lika tydlig mellan grupperna med ett större som de med ett mindre omsorgsbehov. På institution B är fritidsaktiviteterna ännu mer bundna till institutionsområdet och till boendeenheten än vad som är fallet för motsvarande grupp på institution A. Detta understryker ytterligare skillnaden mellan omsorgsvärldarna.

I tidigare två tabeller har personernas deltagande i fritidsaktiviteter med olika grad av närhet till omgivande samhälle presenterats. Här framgår

omfattningen av dessa aktiviteter under den studerade veckan, d.v.s. hur många aktiviteter, eller tillfällen, då personerna deltagit i någon aktivitet på orten under denna vecka. Här inkluderas även promenader som sker under fritid. I tabell 11.5 framgår omfattningen av dessa aktiviteter för huvudgrupperna inom integrerad och institutionell omsorg.

Tabell 11.5. Omfattningen av fritidsaktiviteter ute i samhället - jämförelse två omsorgsvärldar.

Antal aktiviteter en vanlig vecka	Integrerad omsorg	Institution A
0	2 (3)	28 (47)
1	6 (10)	20 (34)
2	14 (24)	7 (12)
3	23 (39)	4 (7)
4 - 9	14 (24)	0 (0)
Summa:	59 (100)	59 (100)

Det är inte bara så att flera personer inom integrerad omsorg deltar i fritidsaktiviteter i samhället utanför omsorgsverksamheten. När detta sker deltar de dessutom betydligt oftare i sådana aktiviteter än vad man gör inom institutionell omsorg. Här finns således en klar skillnad mellan omsorgsvärldarna.

Tabell 11.6. Omfattningen av fritidsaktiviteter i samhället - jämförelse boendetyper

Antal aktiviteter en vanlig vecka	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst.B
0	0 (0)	16 (55)	2 (7)	12 (40)	23 (85)
1	4 (14)	8 (28)	2 (7)	12 (40)	4 (15)
2	7 (24)	2 (7)	7 (23)	5 (17)	0 (0)
3	13 (45)	3 (10)	10 (33)	1 (3)	0 (0)
4 - 9	5 (17)	0 (0)	9 (30)	0 (0)	0 (0)
Summa:	29 (100)	29 (100)	30 (100)	30 (100)	27 (100)

Hur denna skillnad uttrycks för delgrupperna framgår av tabell 11.6. Också när det gäller delgrupperna finner man samma skillnad mellan omsorgsvärldar. Det mycket begränsade antalet fritidsaktiviteter på orten för institution B, styrker denna skillnad.

För att ytterligare tydliggöra fritidssituationen för personerna, illustreras i vilken utsträckning som de under den studerade veckan kommer ut och handlar i kiosk eller affär, eller får del av något fritidsutbud på orten, utanför omsorgsverksamheterna.

Tabell 11.7. Samhällsinriktad fritid, serviceutnyttjande - jämförelse två omsorgsvärldar.

Aktiviteter i samhället på fritiden en vanlig vecka	Integrerad omsorg	Institution A
A: Ej utnyttjat kulturell eller kommersiell service	11 (19%)	44 (75%)
B: Utnyttjat kommersiell service	16 (27%)	1 (2%)
C: Utnyttjat kulturell service	43 (73%)	14 (24%)
Summa:	59	59

Här visas i vilken utsträckning som man inom integrerad respektive institutionell omsorg utnyttjar ortens kommersiella och kulturella service på fritid under vanlig vecka. Tabell 11.7 beskriver denna situation för de båda huvudgrupperna.

Det finns en tydlig skillnad mellan omsorgsvärldarna i dessa avseenden. Inom integrerad omsorg utnyttjar man såväl samhällets kulturella som kommersiella serviceutbud på fritiden i större utsträckning än inom institutionell omsorg. Huruvida samma förhållanden förekommer inom delgrupperna framgår av tabell 11.8.

Tabell 11.8. Samhällsinriktad fritid, serviceutnyttjande - jämförelse boendetyper.

Aktiviteter i samhället på fritiden en vanlig vecka	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
A: Ej utnyttjat kulturell eller kommersiell service	6 (21)	21 (72)	5 (17)	23 (77)	27 (100)
B: Utnyttjat kommersiell service	11 (38)	1 (3)	5 (17)	0 (0)	0 (0)
C: Utnyttjat kulturell service	21 (72)	7 (24)	22 (73)	7 (23)	0 (0)
Summa:	29	29	30	30	27

Man finner samma skillnad mellan omsorgsvärldarna såväl mellan grupperna med ett större som de med ett mindre omsorgsbehov. Vid institution B hade ingen av personerna utnyttjat samhällets kulturella eller kommersiella serviceutbud på fritiden under den studerade veckan. Utnyttjandet av det kulturella och kommersiella serviceutbudet tycks inte i någon nämnvärd utsträckning hänga samman med grad av omsorgsbehov. Möjligen kan man säga att de personer inom integrerad omsorg som har det mindre omsorgsbehovet utnyttjar kommersiell service något mera än de med ett större omsorgsbehov.

I tabellerna 11.9 och 11.10 beskrivs förekomst av en socialt inriktad fritid, vilket grundar sig på den inledande frågan om en samhällsinriktad fritid. Här beskrivs om personen har besökt någon vän eller anhörig på sin fritid under den studerade veckan, eller om han/hon har vistats hos anhöriga/helgfamilj under den senaste helgen. Här kallas detta för kontakter med vänner/-närstående utanför bostaden. I tabell 11.9 framgår svaren för dem inom integrerad och institutionell omsorg.

Tabell 11.9. Socialt inriktad fritid utom boendet - jämförelse två omsorgsvärldar.

Kontakter med vänner/ närstående utanför bostaden på fritiden en vanlig vecka	Integrerad omsorg	Institution A
Nej	36 (61)	52 (88)
Ja	23 (39)	7 (12)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Personer som lever inom integrerad omsorg träffade vänner/närstående på fritiden utanför bostaden i större utsträckning än vad de gör som lever inom institutionell omsorg, under den aktuella veckan.

Tabell 11.10. Socialt inriktad fritid utom boendet - jämförelse boendetyper.

Kontakter med vänner/ närstående utanför bostaden på fritiden en vanlig vecka	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
Nej	17 (59)	24 (83)	19 (63)	28 (93)	25 (93)
Ja	12 (41)	5 (17)	11 (37)	2 (7)	2 (07)
Summa:	29	29	30	30	27

Även om det inte relevant att vara normativ i detta avseende, kan man med förvåning notera att kontakter med vänner/närstående varit begränsat för båda grupper. Inom integrerad omsorg har 61 % inte haft sådan kontakt, och 88 % får den på institution A.

I tabell 11.10 framkommer förhållanden för delgrupperna med varierande omsorgsbehov. Denna skillnad mellan omsorgsvärldarna finns för såväl grupperna med större som de med ett mindre omsorgsbehov. På institution B är förhållandet detsamma som för motsvarande grupp på institution A. För grupperna inom integrerad omsorg tycks inte grad av omsorgsbehov ha betydelse för omfattning av kontakterna med vänner/närstående på fritid utanför bostaden. Inom institutionell omsorg förefaller det dock som om sådana kontakter är något mera förekommande för personerna med ett mindre omsorgsbehov.

12 ALLMÄN SAMHÄLLSSERVICE

Inledning

Ett väsentligt steg på vägen mot ökat samhällsdeltagande är att man utnyttjar den service som man vid motsvarande behov skulle utnyttja om man inte vore handikappad. Åtgärder inom hälso- och sjukvård, social service samt annan samhällelig omsorg måste då utvecklas och göras tillgänglig för alla medborgare. Så är dock inte alltid fallet idag. För olika grupper av personer med handikapp har det byggts upp särskild service parallellt med och avskild från redan existerande.

Med allmän samhällsservice avses här den service som personen vid motsvarande behov skulle utnyttja om han/hon inte hade ett handikapp. Även om omsorgsverksamhetens särskilda service också är en form av samhällsservice, så avses här dock utnyttjandet av detta allmänna serviceutbud till skillnad från denna handikappspecifika service.

Resultat

Här beskrivs vilka resurser som används vid tio olika typer av behov. Av dessa betraktas fem som allmänna, dvs de gäller för samtliga personer medan fem är sådana där behoven kan variera från person till person. Följande fem typer av behov har här ansetts vara generella.

a) Tandvård: besök hos tandläkare på institution bedöms här ej vara utnyttjande av allmän samhällsservice. b) Hårvård: utnyttjande av allmän samhällsservice innehåller att personen besöker allmän hårfrisör, och inte att hårfrisör kommer till boendeenheten eller att klippningen sköts av boendepersonal. c) resor lokalt i samband med inköp: allmän samhällsservice har här definierats som offentligt färdmedel. Vid inköp behöver exempelvis flertalet av personerna personalstöd, vilket dock inte alltid innebär att man utnyttjar färdtjänst, utan att det också vid dessa resor borde vara möjligt att utnyttja allmänna färdmedel. Det bör noteras att en person som är rullstolsburen eller blind inte ingår i undersökningen. d) Mat till boendeenheten: här beskrivs vad som gäller för varje persons boendeenhet. Utnyttjande av allmän samhällsservice har då definierats som att man från boendeenheten direkt handlar eller beställer råvaror från livsmedelsbutik. e) Gemensamma förbrukningsartiklar: exempel på detta är rengöringsmedel, toalettpapper och glödlampor. Även här har frågats efter vad som gäller för varje persons boendeenhet. Utnyttjande av allmän samhällsservice innebär då att man från denna direkt handlar i eller beställer från affär.

Följande servicebehov har bedömts kunna variera mellan personer.

f) Sjukvård: här avses ett mer kontinuerligt behov av tillsyn av läkare eller sjuksköterska till skillnad från akutsjukvård. g) Sjukgymnastik: med allmän samhällsservice avses här sjukgymnast som inte är anställd inom omsorgsverksamheten och som också är tillgänglig även för andra medborgare i behov av sjukgymnastik. h) Apotek och läkemedel: här avses utnyttjande av apotek som också är öppet för allmänheten. i) Fotvård: med utnyttjande av allmän samhällsservice avses här att personen vid behov besöker den fotvårdsspecialist som också vänder sig till personer utan handikapp. j) Lunch i samband med dagcenterverksamhet: utnyttjande av allmän samhällsservice innebär här att personen äter sin lunch på matservering eller restaurang

utanför dagcenterverksamheten. Här definieras som regelbundet, att det skall ske minst någon gång i veckan.

När det gäller områdena a, b, c, f, g, h och i, har följande fråga med adekvat benämning ställts till den personal i boendet som svarar för personen: "Har X något behov av ... ?" Om frågan besvarats med ja, har man ställt följdfrågan "Vilka resurser utnyttjas i första hand? Hur går det till?"

För område j har följande fråga ställts till varje persons gruppleddare inom dagcenterverksamheten: "Händer det att X äter lunch på allmän restaurang?" Om den besvaras jakande frågas också om hur ofta detta sker. För de personer som ej har tillgång till dagcenterverksamhet har noterats att de ej har behov i detta avseende.

När det gäller mat och gemensamma förbrukningsartiklar till boendeenheten, d.v.s. områdena d och e, har följande fråga ställts till föreståndaren eller någon annan personalrepresentant för respektive boendeenhet: "Hur införskaffas vanligen mat och gemensamma förbrukningsartiklar som rengöringsmedel, toalettpapper och glödlampor?" Svaren bedöms enligt alternativen a) fås från centralförråd/kök, b) fås hemskickat från affär efter beställning, c) handlas i affär/betalas med rekvisition samt d) handlas i affär/betalas med pengar.

Alternativen b, c och d har noterats som utnyttjande av allmän samhällsservice. I de situationer där man angett kombinerat svar, d.v.s. att personen använder både allmän samhällsservice och särskild omsorgs-/handikappservice, har vid sammanställningen bedömts så att allmän samhällsservice ej används.

Resultaten redovisat i två steg. Först och främst anges för personerna inom hur många av de ovan angivna områdena, som varje delgrupp har behov av service. Med tanke på att 5 av de 10 områdena beror på individuella behov, medan de övriga är gemensamma, kan ett svar för en person variera mellan att denne har behov av service inom 5 t.o.m. 10 områden.

Det genomsnittliga behovet för delgrupp "Integrerad omsorg/bostad 06 S" är 7,5. För delgrupp "Institution A/bostad 06 S" är det också 7,5 och för delgrupp "Integrerad omsorg/ bostad 07" är det 7,7. För delgrupp "Institution A/bostad 07" är genomsnittet 7,7 samt för "Institution B/bostad 07" är det 7,8.

Servicebehovet är, som man kan förvänta sig, något större för de grupper med det större omsorgsbehovet, d.v.s. de som har behov av "Bostad 07". Vidare kan noteras att man inom integrerad omsorg och på institution A inte skiljer sig åt vad avser servicebehov medan gruppen på institution B har ett något större servicebehov.

Tabell 12.1. Utnyttjande av allmän samhällsservice - jämförelse två omsorgsvärldar.

Grad av utnyttjande av allmän samhällsservice	Integrerad omsorg	Institution A
A: Mindre än 50% av de avseenden personen har behov	1 (2)	59 (100)
B: 50% eller mer av de avseenden personen har behov	58 (98)	0 (0)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Därefter beräknas för varje person den andel av servicebehovet som tillgodoses genom allmän samhällsservice. Utnyttjande av allmän samhällsservice kan således för varje person variera mellan 0 och 100 %, där 0 % innebar att personen inte vid något av ovan nämnda områden för service utnyttjade det allmänna serviceutbudet medan 100 % innebär att personen i de områden, där han/hon har behov, utnyttjade ett sådant serviceutbud. Av tabell 12.1 framgår jämförelsen mellan omsorgsvärldarna för huvudgrupperna.

Det är uppenbart att ett integrerat boende också innebär att personerna med handikapp i större utsträckning använder allmän samhällsservice vid olika behov. Det finns således en väsentlig skillnad mellan omsorgsvärldarna i detta avseende.

Tabell 12.2. Utnyttjande av allmän samhällsservice - jämförelse boendetyper.

Grad av utnyttjande av allmän samhällsservice	Bostad 06 S Integrerad	Inst. A	Bostad 07 Integrerad	Inst. A	Inst. B
A: Mindre än 50% av de avseenden personen har behov	0 (0)	29 (100)	1 (3)	30 (100)	30 (100)
B: 50% eller mer av de avseenden personen har behov	29 (100)	0 (0)	29 (97)	0 (0)	0 (0)
Summa:	29 (100%)	29 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)

Samma fördelning återfinns också för delgrupperna (tabell 12.2) och gäller oavsett grad av omsorgsbehov. På såväl institution A som på B använder sig 100 % av personerna av allmän samhällsservice i hälften av de fall där de har behov.

För att förtydliga dessa resultat kommenteras här kort de områden där skillnaderna mellan institutionell och integrerad omsorg varit störst. När det gäller tandvård fanns på båda institutionerna särskild tandläkarmottagning, medan de personer som bodde inom integrerad omsorg huvudsakligen använde sig av folktandvård eller av privat tandläkare.

När det gäller boendeenhetens mat och gemensamma förbrukningsartiklar får man detta från centralkök/förråd på de båda institutionerna, medan man inom integrerad omsorg handlar mat och vissa förbrukningsartiklar direkt i lokala butiker. Inom dessa är det emellertid också vanligt att man beställer vissa gemensamma artiklarna direkt från grossist, med följd att man då inte har direkt kontakt med en butik och att man får behov av ett större förråd inom bostaden.

Inom institutionell omsorg tillgodosågs behov av sjukvård i stort sett helt av institutionens medicinska avdelning. Flertalet av personerna inom integrerad omsorg fick detta behov tillgodosett genom vårdcentral och sjukhus. Inom integrerad omsorg gör man inköp av läkemedel på ett vanligt apotek. På institutionerna och till viss del inom integrerade bostäder typ 07, införskaffades läkemedel centralt och fördelades sedan efter behov.

När det gäller fotvård är det vanligast inom integrerad omsorg att man vid behov besökte fotvårdsspecialist antingen vid sjukhus, privat praktik eller vid någon dagcentral för pensionärer. Det vanligaste förfaringssättet på institutionerna var att man med viss regelbundenhet kallade in en fotvårds-

specialist till en avdelning för att behandla dem som bodde där. Behovet av fotvård uppgavs vara större inom institutionell än inom integrerad omsorg.

När man på institutionerna inom dagcenterverksamheten hade lunchrast gick personerna i allmänhet till avdelningen för att äta sin lunch. När man inom integrerad omsorg hade lunchrast gick personal och omsorgstagare tillsammans för att äta lunch antingen i dagcentrets matsal eller på någon restaurang utanför dagcentret.

Som framgår skiljer sig servicestrukturen markant mellan integrerad och institutionell omsorg. På institution erbjuds den huvudsakliga servicen inom omsorgsenheten, medan personer som bor inom integrerad omsorg huvudsakligen är hänvisade till samma servicestruktur som andra medborgare utnyttjar, d.v.s. allmän samhällsservice.

Konsekvensen blir naturligtvis att personer som lever på institution får sämre möjligheter att komma i kontakt med och att lära sig möta samhället utanför omsorgsverksamheten. Vidare förblir det låga krav på att samhällets allmänna service anpassas och görs lättare tillgängligt för personer med handikapp.

DAGLIGA VERKSAMHETENS OMFATTNING

Inledning

Dagcenterverksamhet är en omsorgsform som utvecklats i större omfattning under 70-talet, och då främst inom de integrerade omsorgsformerna. Samma utveckling har inte skett av den dagcenterverksamhet som finns på vårdhem.

Eftersom de dagliga verksamheterna som personen ägnar sig åt inom dagcenterverksamheten är en viktig del av personens omsorger, är det eftersträvansvärt att personen har tillgång till full dagcenterverksamhet. Därför blir det viktigt att beskriva dess omfattning.

Vilka dagliga verksamheter som personen får uppleva, är beroende på hur man organiserar dem. Verksamheter finns normalt inom ramen för externa dagcenter medan de på vårdhem vanligtvis är löst knutna till varandra i en enkel dagcenterorganisation. På de båda vårdhem som beskrivs här fanns emellertid från dagcenterverksamhetens sida en strävan mot ökad samordning av olika verksamheter. På institution A bestod huvuddelen av de dagliga verksamheterna av dagcentrets och studieförbundens verksamheter medan det på institution B även var sjukgymnastikavdelningen och motionsledaren som svarade för en betydande del.

Resultat

Vid beskrivning av de dagliga verksamheternas omfattning har här inkluderats samtliga ovan nämnda verksamheter. Såväl inom integrerad som inom institutionell omsorg förekommer det för några personer att viss daglig verksamhet är förlagd till bostaden. Det kan vara särskild ADL-träning på morgonen eller att personen deltar i hemarbetet, t.ex. med städning, tvätt och matlagning. Sådan verksamhet har inkluderats om den sker under ledning av särskild verksamhetspersonal, d.v.s. annan än boendepersonal.

I gruppen som lever inom integrerad omsorg saknade två personer daglig verksamhet. En av dessa hade egentligen en plats på dagcenter men hade varit sjuk en längre tid varför platsen inte utnyttjades. Två personer hade arbete vid skyddad verkstad och en gick på folkhögskola. Övriga hade verksamhet vid dagcenter.

Av de 89 personerna på de båda institutionerna hade 7 verksamhet enbart i form av studiecirkel. Vidare hade 48 personer någon kombination av studiecirkelverksamhet och annan verksamhet.

Eftersom studiecirkelverksamheten var skild från den övriga verksamheten betydde detta att många hade en kombination av två eller flera olika verksamhetsformer i olika konstellationer. Det bör även nämnas att det här inte har tagits hänsyn till studiecirkel som äger rum på fritiden d.v.s. kvällar och helger.

Vad som beskrivs i detta avsnitt är den dagliga verksamhet, som består av samtliga schemalagda verksamheter som äger rum under dagtid på vardagar och som sker under ledning av särskild verksamhetspersonal, d.v.s. personal som är anställd på annan plats än i bostaden.

Tabell 13.1. Omfattning av dagliga verksamheter - jämförelse två omsorgsvärldar.

Dagliga verksamheter timmar/vecka	Integrerad omsorg	Institution A
0	2 (3)	2 (3)
0,5 - 14,5	0 (0)	10 (17)
15 - 29,5	10 (17)	35 (59)
30 -	47 (80)	12 (20)
Summa:	59 (100%)	59 (99%)

Resultaten grundar sig på den schemalagda verksamhet som personerna har enligt deras närmaste boendepersonal. Vi ställde följande fråga: "Har X någon organiserad daglig verksamhet?" Om den besvarades med ja, frågades också om typ av verksamhet och i vilken omfattning (timmar/vecka) som den ägde rum. Svaren för hela gruppen fördelad på integrerad och institutionell omsorg framgår av tabell 13.1.

Sysselsättningsgraden är klart högre inom integrerad än inom institutionell omsorg. Även om det inte är så många som helt saknar dagliga verksamheter så är det en betydande grupp inom institutionell omsorg som har relativt få, 0,5 - 14,5, timmar varje vecka. Av följande tabell 13.2 framgår omfattningen av daglig verksamhet när det gäller delgrupperna.

Tabell 13.2. Omfattning av dagliga verksamheter - jämförelse boendetyper.

Dagliga verksamheter timmar/vecka	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
0	0 (0)	0 (0)	2 (7)	2 (7)	2 (7)
0,5 - 14,5	0 (0)	1 (3)	0 (0)	9 (30)	19 (63)
15,0 - 29,5	4 (14)	21 (72)	6 (20)	14 (47)	8 (27)
30 -	25 (86)	7 (24)	22 (73)	5 (17)	1 (3)
Summa:	29	29	30	30	30

Samma skillnad som mellan omsorgsvärldarna, finner man såväl mellan grupperna med större som de med mindre omsorgsbehov. På institution B är sysselsättningsgraden lägre än för motsvarande grupp på institution A. Jämförelsen med institution B bekräftar skillnaden mellan omsorgsvärldarna.

Inom integrerad omsorg finner man att sysselsättningsgraden är förhållandevis lika mellan de som har behov av "Bostad 06 S" och de som har behov av "Bostad 07", d.v.s. de med ett lägre och ett mer omfattande omsorgsbehov. Inom den senare gruppen har dock 13 % färre personer mer än 30 timmars dagliga verksamheter under en vecka. Inom institutionell omsorg är dock skillnaden mellan grupperna med olika omsorgsbehov betydligt större. Medan 96% inom integrerad omsorg har mer än 15 timmars dagliga verksamheter under en vecka, har enbart 64 % på institution verksamheter i samma omfattning.

MÅLINRIKTAD DAGLIG VERKSAMHET

Inledning

Eftersom dagcenterverksamhet är en omsorgsform är det viktigt att den utformas och anpassas till varje individs personliga behov och förutsättningar. Genom personernas skilda behov kommer de att få olika innehåll för olika människor. För vissa får dagcenterverksamheten närmast karaktär av arbete eller förberedelse för arbetslivet medan den för andra får ett innehåll som mer är att likna det som finns inom träningsskolan. En grundförutsättning för detta individuella innehåll är att det finns en personlig planering och målsättning för varje persons tillvaro inom dagcenterverksamheten.

Resultat

Vid beskrivning av dagliga verksamheters omfattning inkluderades samtliga schemalagda verksamheter som skedde under ledning av särskild verksamhetspersonal. Med målinriktad daglig verksamhet avses här förekomst av någon form av personlig målsättning för en person. Här beskrivs endast dagcenterverksamheten, vilken är den huvudsakliga verksamhet som erbjuds vuxna personer med begåvningshandikapp. Den person som intervjuats är gruppleddaren, d.v.s. den personal inom dagcenterverksamheten som bäst känner till personens tillvaro där.

Den fråga som ställts är "Finns det någon personlig målsättning för X:s habilitering som Du känner till?" Om frågan besvaras jakande ställdes följdfrågan "Vilka deltog när den personliga målsättningen senast diskuterades och beslutades?" De alternativ som gavs var dagcenterpersonal, boendepersonal, psykolog, kurator, personen själv, anhöriga samt någon annan.

Som framgår av frågan är det den målsättning som gruppleddaren känner till, som vi har frågat efter. Ofta har intervjupersonen kunnat svara direkt men ibland har han/hon tittat efter i protokoll från gångna behandlings- och habiliteringskonferenser. För de fall där den intervjuade inte känt till någon målsättning och ej heller kunnat ta reda på någon på detta sätt, har här noterats att målsättning saknas.

Följdfrågan är ställd med syfte att se om den eventuella personliga målsättningen diskuterats vid någon form av konferens och därmed har en bredare förankring eller om den är fastställd enbart av dagcenterpersonal.

Vid sammanställning av svaren har personlig målsättning tolkats i vid bemärkelse. Det innebär att så snart intervjupersonen har kunnat uppge någon som helst målsättning för personen, så har noterats att målsättning finns. De uppgivna målsättningarna har varit allt ifrån väldigt specifika mål till mera allmänna handlingslinjer. Uppgifterna nedan grundar sig endast på de personer som har dagcenterverksamhet eller borde ha sådan. I tabell 14.1 jämförs svar från de båda huvudgrupperna, d.v.s. för dem inom integrerad respektive institutionell omsorg.

Tabell 14.1. Målinriktad daglig verksamhet - jämförelse två omsorgsvärldar.

Förekomst av personlig målsättning	Integrerad omsorg	Institution A
A: Saknar dagcenterverksamhet	2 (4)	11 (19)
B: Har dagcenterverksamhet utan personlig målsättning	13 (23)	30 (51)
C: Har dagcenterverksamhet med personlig målsättning	41 (73)	18 (31)
Summa:	56 (100)	59 (101)

Resultaten illustrerar att det är betydligt vanligare inom integrerad omsorg att det finns en personlig målsättning för dagcenterverksamheten, då 73 % har sådan. För dem inom institutionell omsorg är det däremot enbart 31 % som har detta. Skillnaden mellan de båda omsorgsvärldarna finns också i dessa avseenden. I tabell 14.2 jämförs dessa förhållanden för delgrupperna.

Skillnaderna mellan de båda omsorgsvärldarna finns såväl mellan grupperna med ett mindre som de med ett större omsorgsbehov. På institution B är situationen densamma som för motsvarande grupp på institution A, vilket styrker att det finns en skillnad mellan omsorgsvärldar.

Tabell 14.2. Målinriktad daglig verksamhet - jämförelse boendetyper.

Förekomst av personlig målsättning	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
A: Saknar dagcenterverksamhet	0 (0)	3 (10)	2 (7)	8 (27)	9 (30)
B: Har dagcenterverksamhet utan personlig målsättning	5 (19)	19 (66)	8 (27)	11 (37)	10 (33)
C: Har dagcenterverksamhet med personlig målsättning	21 (81)	7 (24)	20 (67)	11 (37)	11 (37)
Summa:	26 (100)	29 (100)	30 (101)	30 (101)	30 (100)

Vilka som deltar vid fastställande av den personliga målsättningen, framgår av tabell 14.3. Här redovisas de personer inom integrerad omsorg samt institutionerna A och B, vilka tillhör den kategori som har dagcenterverksamhet med personlig målsättning.

I den grupp som erhåller integrerad omsorg har förutom dagcenterpersonal oftast även boendepersonal och/eller annan verksamhetspersonal medverkat när man diskuterat och beslutat om personliga målsättningar. Drygt en tredjedel av personerna har medverkat själva eller har haft någon personlig representant närvarande.

Personerna på institution A har personliga målsättningar som i de flesta fall fastställts enbart av dagcenterpersonal. Ibland har dock boendepersonal och/eller annan verksamhetspersonal medverkat, dock aldrig personen själv eller någon personlig representant för honom/henne.

Tabell 14.3. Medverkan vid fastställande av personlig målsättning för dagcenterverksamhet.

Medverkande vid diskussion och beslut om personlig målsättning förutom dagcenterpersonal	Integrerad omsorg	Institution A	Institution B
A: Enbart dagcenterpersonal	13 (32%)	12 (67%)	1 (9%)
B: Boendepersonal och/eller annan verksamhetspersonal (t ex lärare, cirkelledare)	27 (66%)	6 (33%)	10 (91%)
C: Psykolog och/eller kurator	11 (27%)	2 (11%)	9 (82%)
D: Personen själv och/eller anhöriga eller annan personlig representant	15 (37%)	0 (0%)	2 (18%)
Summa:	41	18	11

På institution B har de personliga målsättningarna oftast fastställts av dagcenterpersonal tillsammans med boendepersonal och/eller annan verksamhetspersonal samt psykolog eller kurator. Någon gång har även personen själv, eller någon personlig representant för honom/henne, varit närvarande.

Sammanfattningsvis kan sägas att personliga målsättningar för de dagliga verksamheterna förekommer oftare inom integrerad än inom institutionell omsorg. Inom integrerad omsorg, liksom inom institution B, är det också vanligt att flera medverkar vid diskussion och beslut om personlig målsättning. Inom integrerad omsorg är det heller inte ovanligt att personen själv, eller någon personlig representant för honom/henne, medverkar. Här kan också konstateras att de båda institutionerna skiljer sig avsevärt från varandra när det gäller medverkan vid diskussion och beslut om dessa personliga målsättningar.

15

SAMHÄLLSINRIKTAD DAGLIG VERKSAMHET

Inledning

Med en övergripande målsättning för ett omsorgsarbete, som kan uttryckas med begreppet "samhällsdeltagande", följer att de dagliga verksamheterna på olika sätt bör ge varje person erfarenheter av det ordinarie samhället utanför de etablerade omsorgsformerna. Detta kan ske på många sätt.

Genom en medveten lokalisering kan aktiviteter i så stor utsträckning som möjligt bedrivas i de lokaler, miljöer eller på de platser i samhället där medborgare utan handikapp utför motsvarande verksamheter. Utnyttjande av allmän samhällsservice blir också viktigt exempelvis vid inköp av material, vid behov av konsultpersonal eller vid måltider.

Man kan också ta vara på möjligheterna till samhällskontakter hos eller kring de beställare av verksamheter som tillverkning, montering eller förpackning, som vanligtvis äger rum inom dagcenterverksamheten. Om produkter tillverkas och tas med hem av personen eller om det endast säljs till personal och andra inom omsorgsorganisationen, begränsas verksamhetens värde till själva tillverkningen. Om de istället erbjuds allmänheten enbart eller har utvecklats i samarbete med avnämare, bidrar de till en vidgning av personens samhällskontakter.

Resultat

Dagliga verksamheter kan till sin form och innehåll på många sätt förbereda personer för delaktighet i ett ordinarie samhällsliv. Här studeras fyra områden som består av aktiviteter med någon form av samhällsanknytning. Ett första område är deltagande i någon aktivitet i samhället utanför dagcenterlokalen/omsorgsenheten som innebär funktionella samhällskontakter av något slag. Med funktionella samhällskontakter avses aktiviteter där individen på något sätt har utnyttjat allmänt resurs- eller serviceutbud i samhället.

Redovisningar av svaren är en sammanställning av samtliga dagliga aktiviteter som varje person deltagit i eller utfört under den vecka som närmast föregick intervjun. Vid denna sammanställning var det inte möjligt att beskriva verksamheterna för dem som enbart hade sysselsättning i form av studiecirkelverksamhet.

Ett andra område är deltagande i producerande verksamhet som på något sätt för personen innebär återkommande kontakter med ett arbetsliv utanför omsorgsverksamheten, t.ex. medverkan vid försäljning, besök eller sysselsättning på företag i samband med legotillverkning eller kontakter på annat sätt med beställare/avnämare. Här har följande fråga ställts: "Deltar X i någon producerande verksamhet?" Om frågan besvarats med ja ställs följdfrågan "Innebär denna verksamhet några återkommande kontakter med samhället utanför omsorgerna/med avnämare för X? Hur?"

Ett tredje område gäller huruvida personen äter sin lunch utanför dagcenterlokalen eller ej. Den fråga som ställts är "Händer det att X äter lunch på allmän restaurang? Frågan gäller vardagar när X har dagcenterverksamhet." Om den besvarats med ja, ställs följdfrågan "Hur ofta? Regelbundenhet?" Med regelbundet avses här minst en gång i veckan. På vissa dagcenter äter halva gruppen lunch på allmän restaurang en vecka, medan den andra delen av

gruppen äter i dagcentrets lunchservering. Veckan därpå byter grupperna, vilket innebär att alla äter lunch ute varannan vecka och inne varannan vecka. Detta har också betraktats som regelbunden lunch på allmän restaurang.

Tabell 15.1. Samhällsinriktad daglig verksamhet - jämförelse två omsorgsvärldar.

Aktiviteter med samhällsinriktning	Integrerad omsorg	Institution A
A: Aktivitet i samhället med funktionella samhällskontakter under en vecka	41 (76%)	21 (41%)
B: Producerande verksamhet med återkommande samhällskontakter	38 (70%)	2 (4%)
C: Regelbundet lunch på allmän restaurang	20 (37%)	2 (4%)
D: Studiebesök på allmän arbetsplats eller skyddad verkstad	24 (44%)	5 (10%)
Antal:	54	51

Ett fjärde område av samhällsinriktad daglig verksamhet gäller personens deltagande i studiebesök på någon allmän arbetsplats eller på skyddad verkstad under det senaste halvåret. Frågan som ställdes var "Har X varit på studiebesök på någon allmän arbetsplats eller på skyddad verkstad under det senaste halvåret?"

Den dagliga verksamhet som beskrivs är den som är organiserad och som äger rum utanför bostaden, med undantag av skyddat arbete och folkhögskola samt studiecirkelverksamhet skild från dagcentret. De personer som beskrivs är då samtliga som ingår i undersökningen med undantag av de som helt saknar daglig verksamhet, de som har skyddat arbete eller folkhögskolan samt de som enbart har sysselsättning i form av studiecirkelverksamhet skild från dagcentret.

Tabell 15.2. Samhällsinriktad daglig verksamhet - jämförelse boendetyper.

Aktiviteter med samhällsinriktning	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
A: Aktivitet i samhället med funktionella samhällskontakter under en vecka	20 (77)	7 (26)	21 (75)	14 (58)	2 (7)
B: Producerande verksamhet med återkommande samhällskontakter	22 (85)	2 (7)	16 (57)	0 (0)	0 (0)
C: Regelbundet lunch på allmän restaurang	14 (54)	2 (7)	6 (21)	0 (0)	0 (0)
D: Studiebesök på allmän arbetsplats eller skyddad verkstad	11 (42)	5 (19)	13 (46)	0 (0)	0 (0)
Antal:	26	27	28	24	27

Svaren grundas på intervju med varje persons gruppleddare på dagcentret. Informationen om de institutionsboende personerna inhämtades vid intervju med ledare för de verksamheter som sker utanför dagcentret/avdelningen. Den samhällsinriktade dagliga verksamheten redovisas i tabell 15.1 för huvudgrupperna inom integrerad och institutionell omsorg och i tabell 15.2 för de fem delgrupperna

Den redovisning som ges i dessa båda tabeller utgör inte en fördelning mellan de fyra frågorna utan är en redovisning av ett antal inom grupperna som får uppleva respektive form av samhällsinriktad verksamhet. Här finner man att det i alla fyra studerade avseenden är en väsentligt större andel personer som inom integrerad omsorg som har samhällsinriktad daglig verksamhet än inom institutionell omsorg.

Skillnad mellan integrerad och institutionell omsorg återfinns också för delgrupperna. Den delgrupp som avviker mest markant i denna jämförelse är institution B där den samhällsinriktade dagliga verksamheten är mycket begränsad.

16 MATERIELL STANDARD

Inledning och resultat

Det torde vara en allmän mening att ett handikapp inte ska innebära att man får del av en lägre materiell standard än andra medborgare i samhället. Eftersom många personer med handikapp behöver stöd för att kunna leva ett innehållsrikt liv, blir möjligheten att konsumera starkt beroende av karaktären på detta stöd.

Personernas materiella standard kan naturligtvis beskrivas på olika sätt. Här har ett val skett så att tre aspekter studeras, nämligen a) personernas ekonomi, b) ägodelar samt c) semestermöjligheter.

För att beskriva ekonomin för var och en av personerna, ställdes frågor, om inkomster, tillgångar och fasta utgifter, till den personal i bostaden som stod personen närmast. Det visade sig emellertid att kännedomen om detta bland intervjupersonerna var mycket varierande. De svar vi fick var så osäkra att man inte kunde dra några säkra slutsatser för en jämförelse. Därför redovisas dessa uppgifter ej här.

För att kunna belysa vilka ägodelar som personen har, beskrivs huruvida denne äger a) huvuddelen av möblerna/textilierna till sovrummet, b) radio eller stereo, c) någon fritids- eller hobbyutrustning som han/hon brukar använda samt d) om personen har tillfredsställande uppsättning kläder.

För kategorierna a, b och c har följande fråga ställts: "Äger X personligen?" De tre alternativ som har ingått är "huvuddelen av möblerna/textilierna till sovrummet?", "radio eller stereo?" samt "någon fritids- eller hobbyutrustning som X brukar använda?". Var och en av dessa tre frågor har besvarats med ja eller nej.

När det gäller "tillfredsställande uppsättning kläder" har här gjorts en bedömning endast i kvantitativt avseende. Svaret grundas på följande två delfrågor: "Har X så mycket kläder så att det skulle räcka att man tvättade en gång i veckan?" Denna fråga besvaras med ja eller nej.

Tabell 16.1. Ägodelar - jämförelse två omsorgsvärldar.

Ägodelar	Integrerad omsorg	Institution A
A: Huvuddelen av möblerna/-textilierna till sovrummet	45 (76%)	34 (58%)
B: Radio eller stereo	55 (93%)	37 (63%)
C: Fritids-/hobbyutrustning som han/hon brukar använda	37 (63%)	30 (51%)
D. Tillfredsställande klädesutrustning	47 (80%)	41 (69%)
Antal:	59	59

En andra fråga är "Äger X följande klädesutrustning?". De alternativ som frågan gäller är stövlar, regnrock/kappa/jacka, vinterrock/kappa/ jacka, fodrade stövlar/pjäxor/varma skor, varm mössa (annan än toppluva), pyjamas/nattlinne, morgonrock samt badkläder.

Om inget nej-svar har angivits på dessa två delfrågor har noterats att personen har en tillfredsställande uppsättning kläder. Svaren på dessa frågor om personens ägodelar redovisas i tabell 16.1 som beskriver förhållanden för de två huvudgrupperna. Här anges för var och en av de fyra alternativen den andel som är innehavare av respektive ägodel.

Här finner man att materiell standard är högre inom integrerad än inom institutionell omsorg i alla fyra avseenden. Eftersom frågorna knappast har gällt lyxartiklar kan man dock tycka att det är förvånansvärt att många inom dessa omsorger saknar dessa ägodelar. Inom båda omsorgsvärldarna är det relativt vanligt att man har egen radio eller stereo medan fritids- eller hobbyutrustning för en mera aktiv fritid är mer sällsynt förekommande. När denna aspekt av materiell standard beskrivs för undersökningens delgrupper finner man de fördelningar som återges i tabell 16.2.

Skillnaden mellan integrerad och institutionell omsorg är inte entydig för dem med ett mindre omsorgsbehov, d.v.s. de som har behov av en bostad typ "06 S". I två avseenden, möbler/textilier samt fritids- och hobbyutrustning, är det flera på institution A som har dessa ägodelar. Bland personer med ett mer omfattande omsorgsbehov, de i behov av bostad typ "07", är det dock så att de inom integrerad omsorg genomgående oftare än inom institutionell, är innehavare av dessa ägodelar.

Tabell 16.2. Ägodelar - jämförelse boendetyper.

Ägodelar	Bostad 06 S Integrerad	Inst. A	Bostad 07 Integrerad	Inst.A	Inst.B
A: Huvuddelen av möbler/ textilier till sovrummet	20 (69)	22 (76)	25 (83)	12 (40)	18 (60)
B: Radio eller stereo	27 (93)	24 (83)	28 (93)	13 (43)	17 (57)
C: Fritids-/hobbyutrustning som han/hon brukar använda	15 (52)	19 (66)	22 (73)	11 (37)	15 (50)
D: Tillfredsställande klädesutrustning	23 (79)	20 (69)	24 (80)	21 (70)	20 (67)
Antal:	29	29	30	30	30

För att kunna jämföra grad av materiell standard beträffande ägodelar, kan man beräkna omfattningen för varje person genom antalet ja-svar på de fyra ställda frågorna. Fyra ja-svar innebär då att personen inte har någon brist i de studerade avseendena. Av tabell 16.3 framgår jämförelsen mellan integrerad och institutionell omsorg.

Tabell 16.3. Grad av materiell standard beträffande ägodelar - jämförelse två omsorgsvärldar.

Omfattning av ägodelar (antal ja-svar i fyra avseenden)	Integrerad omsorg	Institution A
0 - 1	3 (5%)	13 (22%)
2 - 3	30 (51%)	35 (59%)
4 (d.v.s. ingen brist)	26 (44%)	11 (19%)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Av tabellen framgår tydligt skillnaden mellan omsorgsvärldarna. Den materiella standarden beträffande ägodelar är lägre för personer som lever inom institutionell omsorg.

I tabell 16.4 görs denna jämförelse med avseende på behov av boende. Det är värt att notera att skillnaden mellan omsorgsvärldarna är knapp för personerna med ett mindre omsorgsbehov medan den är betydligt större för personerna med större omsorgsbehov. Även om materiell standard tycks vara något högre för personerna på institution B än för motsvarande grupp på institution A, så är den även på institution B klart lägre än inom integrerad omsorg. Vi finner ingen nämnvärd skillnad mellan grupperna inom integrerad omsorg. Inom institutionell omsorg däremot har personerna med det mindre omsorgsbehovet också en något högre materiell standard beträffande ägodelar.

Tabell 16.4. Grad av materiell standard beträffande ägodelar - jämförelse boendetyper.

Omfattning av ägodelar	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
0 - 1	3 (10)	2 (7)	0 (0)	11 (37)	8 (27)
2 - 3	14 (48)	18 (62)	16 (53)	17 (57)	16 (53)
4 (ingen brist)	12 (41)	9 (31)	14 (47)	2 (7)	6 (20)
Summa:	29 (99%)	29 (100%)	30 (100%)	30 (101%)	30 (100%)

För att beskriva personens möjlighet att ha någon form av semester har följande fråga ställts: "Har X sådana möjligheter att han/hon årligen åker på någon semesterresa eller tillbringar någon period i en sommarstuga eller liknande?" Svaren har uttryckts i tre alternativ, nämligen a) ja, tillsammans med anhöriga/vänner, b) ja, tillsammans med medboende/personal, d.v.s. i omsorgsverksamhetens regi, samt c) nej. Svaren framgår i tabell 16.5 som jämför integrerad och institutionell omsorg.

Tabell 16.5. Semestermöjligheter - jämförelse två omsorgsvärldar.

Möjlighet till årlig semester	Integrerad omsorg	Institution A
A: Nej	4 (7)	27 (46)
B: Ja, i omsorgs regi	24 (41)	10 (17)
C: Ja, tillsammans med anhöriga/vänner	16 (27)	21 (36)
D: Ja, semester såväl tillsam- mans med anhöriga/vänner som i omsorgs regi	15 (25)	1 (2)
Summa:	59 (100%)	59 (101%)

Det är betydligt flera personer inom integrerad omsorg som har möjlighet till årlig semester än inom institutionell omsorg. Inom integrerad omsorg är det också mycket vanligare, 52% mot 38%, att semester tillbringas med anhöriga/vänner. På institutionen saknar 46 % möjlighet till organiserad semester.

I tabell 16.6 jämförs personernas möjligheter till semester för undersökningens delgrupper. Denna skillnad mellan omsorgsvärldarna finns såväl för grupperna med ett större som med ett mindre omsorgsbehov. Skillnaden mellan integrerad omsorg och institution A får här inte stöd då man jämför med institution B. På institution B är semestermöjligheterna i det närmaste lika stora som inom integrerad omsorg. På denna institution är det dock vanligast att semester sker i omsorgsverksamhetens regi medan det inom integrerad omsorg är nästan lika vanligt att semester tillbringas tillsammans med anhöriga/vänner.

Tabell 16.6. Semestermöjligheter - jämförelse boendetyper.

Möjlighet till årlig semester	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst.B
A: Nej	3 (10)	10 (34)	1 (3)	17 (57)	3 (10)
B: Ja, i omsorgs regi	11 (38)	4 (14)	13 (43)	6 (20)	18 (60)
C: Ja, tillsammans med anhöriga/vänner	7 (24)	14 (48)	9 (30)	7 (23)	2 (07)
D: Ja, semester såväl till- sammans med anhöriga/ vänner som i omsorgs regi	8 (28)	1 (3)	7 (23)	0 (0)	7 (23)
Summa:	29 (100%)	29 (99%)	30 (99%)	30 (100%)	30(100%)

På institution A har personerna med ett mindre omsorgsbehov semestermöjligheter i något högre omfattning än de med större omsorgsbehov, beroende på att de oftare åker på semester tillsammans med anhöriga/vänner. Motsvarande skillnad mellan grupperna inom integrerad omsorg finns inte. Inom institutionell omsorg tycks alltså grad av omsorgsbehov ha viss betydelse för möjligheten att få semester.

17 SOCIALA RELATIONER

Inledning

En person har behov av gemenskap, att tillhöra en grupp där man bryr sig om varandra. Denna sociala gemenskap är viktig eftersom den kan vara en förutsättning för att ge människor såväl fysisk som emotionell trygghet. En förutsättning för, och samtidigt en naturlig konsekvens av att en person upplever gemenskap med andra, är att de träffas med viss regelbundenhet. Man kan säga att personen har en social förankring, som innebär att personen blir betydelsefull för någon annan. Motsatsen innebär att leva i social isolering eller i enbart ytliga relationer.

De första personliga relationerna har vi i allmänhet till våra anhöriga. Detta är dock relationer som förändras i karaktär när vi blir äldre och får relationer till andra. Många personer med begåvningshandikapp har svårt att på egen hand knyta personliga relationer till andra. För dessa blir då relationen till anhöriga den viktigaste och kanske den enda.

De anhöriga kan då stå för en kontinuitet i personens tillvaro, de kan skänka en emotionell trygghet, stödja eller företräda denne gentemot en omsorgsorganisation och ett samhälle samt bistå vid strävan mot ökat samhällsdeltagande. För vissa kan, när de blir vuxna, dessa funktioner kompletteras eller ersättas av vänner, förmyndare, god man eller kontaktperson. Det väsentliga är dock att personen har nära, frekventa och långsiktiga kontakter med åtminstone någon närstående utanför omsorgsorganisationen.

Resultat

Här beskrivs omfattningen av sociala kontakter med personer utanför omsorgsverksamheten, människor som på något sätt har personliga relationer till och som på annat sätt är viktiga för personerna. Här redovisas tre kategorier, nämligen a) anhöriga, b) vänner samt c) kontaktperson.

Sociala relationer till personal är naturligtvis mycket viktiga, men här har hänsyn tagits till dessa bara om de sträcker sig till något som går utöver vad som ingår i tjänsten, d.v.s. om man har kontakter och umgås vid sidan av tjänstetid. Då har denna relation hänförs till kategorin "vänner". Vänskapsbegreppet har här använts i mycket vid mening då det inte gjorts någon kvalitativ bedömning av vänskapsrelationen. "Vän" har definierats som någon som personen umgås med närmare och oftare än andra. Det är således inte tillräckligt att man bor tillsammans för att den medboende ska betraktas som vän. I tveksamma fall har vi bett intervjupersonen bedöma om individen visar något intresse för någon annan person, ett intresse som på något positivt sätt är ömsesidigt.

Tabell 17.1. Omfattningen av personernas kontakter med sina anhöriga - jämförelse två omsorgsvärldar.

Kontaktfrekvens enligt den mest frekventa kontaktformen	Integrerad omsorg	Institution A
A: Aldrig	6 (10%)	10 (17%)
B: Några gånger per år	10 (17%)	18 (31%)
C: Varje månad	13 (22%)	19 (32%)
D: Varje vecka	30 (51%)	12 (20%)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Följande frågor har ställts för att kunna beskriva personens sociala relationer: "Har X någon som Du vill beskriva som hans/hennes vän inom boendeenhetsen eller utanför boendeenhetsen?" För var och en av dessa tre kategorier av relationer har följande frågor ställts: "Hur ofta får X besök av?", "Hur ofta är X på besök hos?" samt "Hur ofta har X annan kontakt såsom telefonsamtal med eller personlig post ifrån?" De alternativ som svaren hänförs till är a) varje vecka, b) varje månad, c) några gånger/år samt d) aldrig.

Som framgår av tabell 17.1 har personerna inom integrerad omsorg oftare kontakt med sina anhöriga. Hälften av personerna inom integrerad omsorg har kontakt med sina anhöriga varje vecka medan bara en av fem, av dem som bor på institution, har så tät kontakt. Inom de båda omsorgsvärldarna finns det några som inte har någon kontakt med anhöriga. Av tabell 17.2 framgår samma jämförelse för delgrupperna.

Tabell 17.2. Omfattningen av personernas kontakter med sina anhöriga - jämförelse boendetyper.

Kontaktfrekvens enligt den mest frekventa kontaktformen	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Institution A	Integrerad	Insti. A	Inst.B
A: Aldrig	1 (3)	3 (10)	5 (17)	7 (23)	2 (07)
B: Några gånger per år	5 (17)	9 (31)	5 (17)	9 (30)	12 (40)
C: Varje månad	8 (28)	11 (38)	5 (17)	8 (27)	13 (43)
D: Varje vecka	15 (52)	6 (21)	15 (50)	6 (20)	3 (10)
Summa:	29 (100%)	29 (100%)	30 (101%)	30 (100%)	30(100%)

Man finner liknande skillnader mellan omsorgsvärldarna både för de med ett lättare och de med ett mer omfattande omsorgsbehov. Grad av omsorgsbehov tycks således inte i någon större utsträckning vara avgörande för omfattningen av kontakterna med anhöriga, även om det är några flera personer med det större omsorgsbehovet som inte har någon kontakt alls med anhöriga.

Det finns ingen större skillnad mellan de båda institutionerna när det gäller anhörigkontakt även om det på institution B är något färre personer som inte har någon kontakt med sina anhöriga. På institution B är det också något färre personer som har kontakt med sina anhöriga varje vecka, än motsvarande grupp på institution A. En jämförelse med institution B bekräftar därför skillnaden mellan omsorgsvärldarna.

Vad som inte framgår av dessa båda tabeller är på vilket sätt dessa kontakter äger rum. Det visade sig att kontaktformerna var ungefär desamma i båda omsorgsvärldarna för de personer som hade det mindre omsorgsbehovet. Det var ganska vanligt att personerna besökte sina anhöriga, men även att de fick besök.

För de personer som hade det större omsorgsbehovet fanns det emellertid en klar skillnad mellan omsorgsvärldarna. Inom institutionell omsorg var den vanligaste kontaktformen att personerna fick besök av sina anhöriga. Besök hos anhöriga var mindre vanligt. Inom integrerad omsorg var det för denna grupp vanligast med en kombination av de tre studerade kontaktformerna. Eftersom tabellerna endast visar den mest frekventa kontaktformen kan man då säga att för personerna med det större omsorgsbehovet är skillnaden mellan omsorgsvärldarna egentligen större än vad som framgår av tabellerna.

I tabell 17.3 beskrivs den vänskap som personerna har med andra utanför omsorgsverksamheten. I denna anges detta för huvudgrupperna.

Tabell 17.3. Vänner - jämförelse två omsorgsvärldar.

	Integrerad omsorg	Institution A
A: Har ingen vän	28 (47)	39 (66)
B: Har någon vän men enbart inom boendeenheten	3 (5)	13 (22)
C: Har någon vän utanför boendeenheten	28 (47)	7 (12)
Summa:	59 (99%)	59 (100%)

Trots en vid innebörd i det vänskapsbegrepp som används här är det många som saknar någon vän, 47 % inom integrerad omsorg och 66 % inom institutionell. Det är dock flera (47 %) av dem som bor inom integrerad omsorg som har någon vän utanför boendeenheten, än inom institutionell omsorg. Hur skillnader mellan personer med olika grad av omsorgsbehov påverkar detta, framgår av tabell 17.4 som redovisar svaren för delgrupperna.

Tabell 17.4. Vänner - jämförelse boendetyper.

	Bostad 06 S Integrerad	Inst. A	Bostad 07 Integrerad	Inst.A	Inst.B
A: Har ingen vän	12 (41)	15 (52)	16 (53)	24 (80)	17 (57)
B: Har någon vän men enbart inom boendeenheten	1 (3)	8 (28)	2 (7)	5 (17)	6 (20)
C: Har någon vän utanför boendeenheten	16 (55)	6 (21)	12 (40)	1 (3)	7 (23)
Summa:	29 (99%)	29 (101%)	30 (100%)	30 (100%)	30(100%)

Det är främst grupperna med ett lättare omsorgsbehov som uppvisar samma skillnad som i huvudjämförelsen i tabell 17.3. Skillnaden blir dock större vid jämförelsen mellan de delgrupper som har ett mer omfattande omsorgsbehov. Här är det många som saknar vän, 53 % inom integrerad omsorg och 80 % inom institutionell. Medan 40 % av dem inom integrerad omsorg har vän utanför boendeenheten, är det enbart 3 % av dem på institution A som har det. Här finns dock en klar skillnad mellan institutionerna A och B. Det är fler på den senare som har en vänskap utanför boendeenheten. En slutsats om skillnaden mellan omsorgsvärldarna får således inte stöd vid denna jämförelse.

Man kan också notera att de personer som bor på institution huvudsakligen har sina vänner bland medboende, medan personer inom integrerad omsorg

har sina vänner utanför boendeenheten. Att en stor grupp personer på institution bor inom samma område tycks således inte självklart leda till vänskapsrelationer mellan personerna.

I tabellerna 17.5 och 17.6 framgår dessutom hur ofta som personen har kontakt med den som angivits som vän. Nedan anger först och främst jämförelsen för huvudgrupperna.

Tabell 17.5. Omfattningen av personernas kontakter med vänner utanför boendeenheten - jämförelse två omsorgsvärldar.

Kontaktfrekvens enligt den mest frekventa kontaktformen	Integrerad omsorg	Institution A
A: Aldrig	35 (59)	54 (92)
B: Några gånger per år	5 (8)	1 (2)
C: Varje månad	7 (12)	3 (5)
D: Varje vecka	12 (20)	1 (2)
Summa:	59 (99%)	59 (101%)

Det är, oavsett omsorgsform, mycket sparsamt med vänkontakter för personerna. Inom integrerad omsorg är det ändå flera som har regelbundna kontakter med någon vän än inom institutionell omsorg. Där är det 32 % som har kontakt 1 gång/månad eller oftare, medan detta gäller enbart för 7 % inom institutionell omsorg.

Samma jämförelse görs i tabell 17.6 för delgrupperna. Det framgår att omsorgsbehovet har betydelse för hur täta kontakter man har med vänner, speciellt för de som bor inom integrerad omsorg. De med ett lättare omsorgsbehov har de mest frekventa kontakterna, 42 % varje månad eller oftare, medan detta gäller enbart för 23 % för de med ett mer omfattande omsorgsbehov.

Tabell 17.6. Omfattningen av personernas kontakter med vänner utanför boendeenheten - jämförelse boendetyper.

Kontaktfrekvens enligt den mest frekventa kontaktformen	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst.A	Inst.B
A: Aldrig	14 (48)	25 (86)	21 (70)	29 (97)	23 (77)
B: Några gånger per år	3 (10)	1 (3)	2 (7)	0 (0)	2 (07)
C: Varje månad	4 (14)	3 (10)	3 (10)	0 (0)	0 (00)
D: Varje vecka	8 (28)	0 (0)	4 (13)	1 (3)	5 (17)
Summa:	29 (100%)	29 (99%)	30 (100%)	30 (100%)	30(101%)

Inom institutionell omsorg finns en tendens till samma förhållande, även om det där är så få som över huvud taget har kontakter med vänner utanför boendeenheten att det är svårt att dra några slutsatser. På institution B finns några personer som har tät kontakt med någon vän, varför man inte kan säga att jämförelsen med institution B ger stöd för en skillnad mellan omsorgsvärldarna. Utöver de sociala kontakterna med anhöriga och vänner beskrevs också eventuell kontakt med någon annan, exempelvis i form av helgfamilj. Omfattningen av denna kontakt anges i tabellerna 17.7 och 17.8.

Tabell 17.7. Omfattningen av personernas kontakter med kontaktperson/helgfamilj - jämförelse två omsorgsvärldar.

Kontaktfrekvens enligt den mest frekventa kontaktformen	Integrerad omsorg	Institution A
A: Aldrig	55 (93)	50 (85)
B: Några gånger per år	1 (2)	1 (2)
C: Varje månad	1 (2)	6 (10)
D: Varje vecka	2 (3)	2 (3)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Det är uppenbarligen mycket ovanligt såväl inom institutionell som integrerad omsorg att personerna har någon kontaktperson av detta slag eller helgfamilj. Det finns ingen större skillnad mellan omsorgsvärldarna, förutom att något flera personer inom institutionell omsorg har någon kontaktperson eller helgfamilj.

Tabell 17.8. Omfattningen av personernas kontakter med kontaktperson/helgfamilj - jämförelse boendetyper.

Kontaktfrekvens	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst.B
A: Aldrig	27 (93)	23 (79)	28 (93)	27 (90)	27 (90)
B: Några gånger per år	1 (3)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	1 (03)
C: Varje månad	0 (0)	4 (14)	1 (3)	2 (7)	1 (03)
D: Varje vecka	1 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (3)	1 (03)
Summa:	29 (99%)	29 (99%)	30 (99%)	30 (100%)	30(99%)

För den enskilde personen är det viktigt att han/hon har kontakt med en närstående utanför omsorgsverksamheten. För att illustrera detta sammanfattas här resultaten för varje person beträffande kontakterna med anhöriga, vänner och kontaktperson. För var och en har de mest frekventa kontakterna noterats oavsett kontaktform och typ av kontakt. Kategorin "aldrig" i tabellerna anger då andelen personer som inte har någon personlig kontakt med någon närstående utanför boendeenheten, medan "varje vecka" anger andelen personer som har åtminstone någon närstående som denne via någon kontaktform har kontakt med varje vecka. I tabell 17.9 görs denna jämförelse för de två huvudgrupperna.

Tabell 17.9. Omfattningen av personernas kontakter med närstående utanför boendeenheten - jämförelse två omsorgsvärldar.

Kontaktfrekvens enligt den mest frekventa kontaktformen	Integrerad omsorg	Institution A
A: Aldrig	3 (5)	5 (8)
B: Några gånger per år	5 (8)	17 (29)
C: Varje månad	14 (24)	24 (41)
D: Varje vecka	37 (63)	13 (22)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Här finner man en tydlig skillnad mellan omsorgsvärldarna. Inom integrerad omsorg har man oftare kontakt med någon närstående än inom institutionell omsorg. Inom den förra äger detta rum varje vecka för 63 % av gruppen och varje månad eller oftare för 87 %. För institutionell omsorg är motsvarande antal 22 % och 61 %. Av tabell 17.10 framgår denna jämförelse för delgrupperna.

Tabell 17.10. Omfattningen av personers kontakter med närstående utanför boendeenheten - jämförelse boendetyper.

Kontaktfrekvens enligt den mest frekventa kontaktformen	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
A: Aldrig	0 (0)	0 (0)	3 (10)	5 (17)	2 (07)
B: Några gånger per år	2 (7)	8 (28)	3 (10)	9 (30)	9 (30)
C: Varje månad	8 (28)	15 (52)	6 (20)	9 (30)	12 (40)
D: Varje vecka	19 (66)	6 (21)	18 (60)	7 (23)	7 (23)
Summa:	29 (101%)	29 (101%)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)

Man finner samma skillnad mellan omsorgsvärldarna på båda nivåerna av omsorgsbehov. Det finns heller inga större skillnader mellan institution B och institution A i dessa avseenden. Däremot är det flera inom integrerad omsorg som har täta kontakter med närstående än på institution B. Jämförelsen med institution B bekräftar därför att det finns en skillnad mellan omsorgsvärldarna vad gäller kontakter med närstående.

På institution A kan man se en viss skillnad mellan de båda grupperna med olika omsorgsbehov. Bland dem med det mindre omsorgsbehovet är det flera personer som har regelbundna kontakter med närstående än bland dem med det större omsorgsbehovet. En sådan skillnad är inte lika tydlig mellan grupperna inom integrerad omsorg.

18 INFLYTANDE ÖVER TILLVARON

Inledning

Att ha inflytande över sin tillvaro och möjlighet att kunna påverka den är betydelsefullt för alla. Den enskildes inflytande är emellertid någonting relativt, eftersom även andra kan påverka personens tillvaro. Detta innebär att inflytande över tillvaron inte främst är något individuellt utan snarare en fråga om ett tillstånd i de sociala system som personen lever i. Detta sätt att se på inflytande är betydelsefullt i skilda omsorgsformer, eftersom tillvaron där i så stor utsträckning formas av myndighetsbeslut och av personal.

För en person som inte kan klara sig själv och som inte på egen hand kan tillvarata sina rättigheter, präglas dennes inflytande av att det finns personer som har ansvar för och kontroll över dennes liv. Hur dessa personer väljer att betrakta och behandla personen, om de anser att behov och önskemål bör beaktas, påverkar grad av inflytande för personen med handikapp.

Inflytande över tillvaron kan ske på många olika sätt. Formen för inflytandet kommer dock att påverkas dels av grad av handikapp och dels av vilka frågor det gäller. Eftersom flertalet personer med begåvningshandikapp har svårt att själva hävda sin rätt och sin vilja, måste begreppet inflytande ses i vid mening. Det handlar då också om hur omgivningen låter personen komma till tals och hur dennes personliga intressen tillvaratas.

När det gäller inflytande i samhällsfrågor behöver personer med begåvningshandikapp, precis som många utan handikapp, hjälp av företrädare och ombudsmän. Det kan ske genom medlemskap i intresseorganisationer. För samtliga är det dock möjligt att ha ett direkt inflytande i vardagen. För dem som har svårt att uttrycka sina behov och önskemål förutsätter inflytande i vidaste mening att personal, anhöriga och andra betraktar personen som en självständig individ, som är ansvarig för sina handlingar, och som har rätt att bestämma över sig själv.

Resultat

En persons inflytande över sin tillvaro beskrivs här i tre avseenden nämligen a) inflytande i vardagen, b) inflytande över sin omsorg samt c) inflytande i samhället.

I varje avseende har endast exempel valts som illustrerar personernas inflytande. För att belysa personens inflytande i vardagen utgår man här ifrån att personerna själva på olika sätt kan delta i planering och beslut som rör dem. Naturligtvis kan de ha olika möjligheter att hävda sin mening bl.a. beroende på hur de kan formulera sina önskemål och vilka tidigare erfarenheter de har av detta. Följande fyra frågor har ställts för att beskriva personens inflytande i sin vardag.

Fråga 1: "Har X någon möjlighet att påverka matsedeln?" Innebörden av denna fråga är huruvida man tar någon hänsyn till önskemål från X vid fastställande av bostadens matsedel. Detta kan självfallet i en gruppbostad inte innebära att varje person dagligen kan bestämma vad han/hon skall äta, men personerna kan vara med vid planering av sin matsedel och deras önskemål kan beaktas, vilket är vad som avses med frågan. Tar man hänsyn till vad personen tycker om, när man bestämmer matsedeln?

Fråga 2: "Deltar X i planering av sina fritidsaktiviteter?" Deltagande i planeringen har här tolkats i vid mening. För att man skall kunna tala om en persons deltagande i denna planering har här menats att det åtminstone måste finnas alternativ för personen att reagera på och att man planerar i enlighet med den enskildes preferenser.

Fråga 3: "Deltar X i allmänhet, varje vecka, vid planering av veckans aktiviteter?" Denna fråga gäller dagcenterverksamheten och den person som intervjuas har därför varit gruppleddaren i dagcentergruppen. Planeringen kan var daglig, ske veckovis eller äga rum på längre sikt. Vad som avsetts med frågan är huruvida det förekommer någon regelbunden planering av dagcenterverksamheter och om denna planering görs tillsammans med personerna med handikapp.

Fråga 4 har formulerats på följande sätt: "Får X regelbundet och rutinmässigt information om förhållanden i vardagen, som t.ex. att det kommer ny personal?" Ny personal till boendeenheten är ett exempel på en betydelsefull förändring i personens vardagssituation. Denne har inte något formellt inflytande över detta, men kan hållas informerad om sådana viktiga förändringar. Information av detta slag anses här vara en fråga om inflytande i vid mening.

Tabell 18.1. Olika aspekter av inflytande i vardagen - jämförelse två omsorgsvärldar.

Aspekter av inflytande i vardagen	Integrerad omsorg	Institution A
A: Möjlighet att påverka matsedeln	50 (85)	0 (0)
B: Deltagande i planering av fritidsaktiviteter	45 (76)	7 (12)
C: Regelbundet deltagande i planering av dagcenteraktiviteter	38 (70)*	6 (13)*
D: Information om ny personal	59 (100)	21 (36)
Antal:	59	59

*) Den procentuella beräkningen är här gjord på de personer som har dagliga verksamheter på dagcenter, dvs 54 inom integrerad omsorg och 48 på institution A.

Frågorna 1, 2 och 4 har ställts till varje persons närmaste personal i boendet. Fråga 3 besvaras av personal på dagcenter. I tabellerna 18.1 och 18.2 redovisas svar på frågorna. I den första för de två huvudgrupperna, d.v.s. för personerna inom integrerad och institutionell omsorg. Här redovisas den andel som har det inflytande som efterfrågas för varje kategori.

I den tredje kategorin beräknas andelen enbart på de personer som har dagcenterverksamhet, 54 inom integrerad omsorg samt 49 inom institutionell. I alla fyra avseenden är inflytandet större för personer som bor inom integrerad omsorg än för dem som bor på institution. Skillnaden är störst när det gäller möjlighet att påverka matsedeln, vilket inte är så konstigt eftersom ansvaret för detta på institution ligger på centralköket och inom integrerad omsorg på respektive bostadsenhets personalgrupp. Det är kanske mer förvånande att skillnaderna är så stora i de andra tre avseenden. I tabell 18.2 görs samma jämförelse men för delgrupperna i undersökningen.

Andelen personer som är underlag för beräkningarna i den tredje kategorin, d.v.s. de som har dagcenterverksamhet, är för de 5 delgrupperna 26, 26, 28, 22 och 21 personer. Skillnaden mellan omsorgsvärldarna återfinns också i denna jämförelse. När det gäller inflytande vid planering av fritid är det dock vanligare för personer med ett lättare omsorgsbehov att ha ett inflytande, vilket gäller inom både integrerad och institutionell omsorg. Mönstret avviker något för personerna på institution B dock utan att rubba en uppfattning om att det finns en skillnad mellan omsorgsvärldarna.

Tabell 18.2. Olika aspekter av inflytande i vardagen - jämförelse boendetyper.

Aspekter av inflytande i vardagen	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
A: Möjlighet att påverka matsedeln	25 (86)	0 (00)	25 (85)	0 (00)	0 (00)
B: Deltagande i planering av fritidsaktiviteter	24 (83)	6 (21)	21 (70)	1 (03)	9 (30)
C: Regelbundet deltagande i planering av dagcenteraktiviteter	a) 18 (69)	b) 3 (12)	c) 20 (71)	d) 3 (14)	e) 5 (24)
D: Information om ny personal	29 (100)	10 (34)	30 (100)	11 (37)	7 (23)
Antal:	29	29	30	30	30

a) N = 26, b) N = 26, c) N = 28, d) N = 22, e) N = 21

För att illustrera grad av inflytande i vardagen har svaren på ovanstående fyra frågor sammanfattats så att 0 - 2 ja-svar bedöms vara en låg grad av inflytande i vardagen och 3 - 4 ja-svar bedöms vara en hög grad av inflytande i vardagen. Observera dock att "låg" respektive "hög" grad av inflytande endast är relaterat till varandra och inte grundas på någon värdering om vad som är acceptabel eller önskad grad av inflytande. I tabell 18.3 görs en jämförelse mellan huvudgrupperna.

Tabell 18.3. Grad av inflytande i vardagen - jämförelse två omsorgsvärldar

Grad av inflytande i vardagen	Integrerad omsorg	Institution A
Låg grad	9 (15)	58 (98)
Hög grad	50 (85)	1 (2)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Inflytandet i vardagen, så som det uttrycks här, visar således dramatiska skillnader mellan integrerad och institutionell omsorg. Medan 85 % har en hög grad av inflytande inom integrerad omsorg, är det 98 % inom institutionell som har en låg grad av inflytande. Några avvikande resultat finns inte vid en analys av delgrupper (tabell 18.4).

Tabell 18.4. Grad av inflytande i vardagen - jämförelse boendetyper.

Grad av inflytande i vardagen	Bostad 06 S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
Låg grad	3 (10)	28 (97)	6 (20)	30 (100)	29 (97)
Hög grad	26 (90)	1 (3)	24 (80)	0 (0)	1 (3)
Summa:	29 (100%)	29 (100%)	30 (100%)	30 (100)	30 (100)

När det gäller inflytande över utformning av den omsorg som personen erhåller har han ofta svårt att själv föra sin talan. Han/hon kan då behöva någon personlig representant utanför omsorgsverksamheten som företräder hans/hennes intressen. Som personlig representant avses här anhöriga, förmyndare, god man eller kontaktperson.

Personernas inflytande över sin omsorg har här valts att bli exemplifierad med en fråga om dennes deltagande i den senaste konferensen där omsorgerna planerades av personen själv eller någon personlig representant. Denna konferens bör ha ägt rum under det senaste året. Följande fråga har ställts: "När var den senaste behandlings- eller habiliteringskonferensen för X?" De alternativa svaren är a) för mindre än ett år sedan och b) för mer än ett år sedan.

Den andra frågan är "Deltog X, anhörig eller förmyndare/god man/kontaktperson i den senaste behandlings- eller habiliteringskonferensen?" Var och en av dessa kategorier av personer, har besvarat med ja eller nej. Frågorna är ställda till varje persons närmaste boendepersonal. Svaren framgår tabellerna 18.5 och 18.6 där den första redovisar jämförelsen mellan integrerad och institutionell omsorg.

Först och främst måste konstateras att 30 % av personerna i hela gruppen inte har varit föremål för någon omsorgskonferens under det senaste året. För de som haft en konferens finns en klar skillnad mellan omsorgsvärldarna. Inom integrerad omsorg har 32 % haft en konferens utan personlig representation, medan 64 % saknat denna form av inflytande över sin omsorg.

Tabell 18.5. Inflytande över vård/habilitering/omsorg - jämförelse två omsorgsvärldar.

Deltagande i behandlings-/hab.konferens	Integrerad omsorg	Institution A
Det har ej varit någon konferens det senaste året som man känner till	17 (29)	18 (31)
Har varit konferens det senaste året men ingen personlig representation	19 (32)	38 (64)
Har varit konferens det senaste året. Den berörde själv eller annan personlig representant deltog	23 (39)	3 (5)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

I tabell 18.6 redovisas svaren för delgrupperna. Skillnaden mellan omsorgsvärldarna återfinns också här för delgrupperna. Här finns en intressant nyansering i resultaten genom att man finner att fler med ett omfattande behov av omsorg är dem med ett lättare behov, 47 % respektive 31 %, har haft inflytande över sin omsorg.

Tabell 18.6. Inflytande över vård/habilitering/omsorg - jämförelse boendetyper.

Deltagande i behandlings-/hab.konferens	Bostad 06S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst.A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
Det har ej varit någon konferens det senaste året som man känner till	8 (28)	10 (34)	9 (30)	8 (27)	11 (37)
Har varit konferens det senaste året men ingen personlig representation	12 (41)	17 (59)	7 (23)	21 (70)	15 (50)
Har varit konferens det senaste året. Den berörde själv eller annan personlig representant deltog	9 (31)	2 (7)	14 (47)	1 (3)	4 (13)
Summa:	29 (100)	29 (100)	30 (100)	30 (100)	30 (100)

När det gäller inflytande i samhällsfrågor har det här varit en utgångspunkt att dessa personer behöver stöd av representanter för att kunna tillvarata sina specifika intressen. Genom att vara medlem i någon intresseorganisation kan man då tillsammans med andra i motsvarande situation starkare hävda sina intressen. Det är kanske främst genom FUB och andra handikapporganisationer som dessa personer har möjligheter att hävda sina intressen i samhället.

Som uttryck för inflytande i detta avseende har vi därför valt att studera huruvida medlemskap i intresseorganisationer finns eller ej. Den fråga som ställts är: "Är X medlem i någon förening?" Om frågan besvarats med ja har man också frågat efter vilken/vilka föreningar detta är. En fråga av samma karaktär låg även till grund för en del av beskrivningen av fritid utom boendet. Här har emellertid endast tagits hänsyn till medlemskap i FUB och andra handikapporganisationer. I tabell 18.7 redovisas detta förhållande inom integrerad och institutionell omsorg.

Tabell 18.7. Medlemskap i intresseorganisation - jämförelse två omsorgsvärldar.

Medlemskap i intresseorganisation	Integrerad omsorg	Institution A
Ej medlem	36 (61)	59 (100)
Medlem	23 (39)	0 (0)
Summa:	59 (100%)	59 (100%)

Inom integrerad omsorg är drygt en tredjedel av personerna medlemmar i någon intresseorganisation medan ingen är det inom institutionell omsorg. Inflytandet i samhället kan därför sägas vara större för personerna som bor inom integrerad omsorg. I tabell 18.8 beskrivs detta för delgrupperna.

Tabell 18.8. Medlemskap i intresseorganisation - jämförelse boendetyper.

Medlemskap i intresseorg.	Bostad 06S		Bostad 07		
	Integrerad	Inst. A	Integrerad	Inst. A	Inst. B
Ej medlem	21 (72)	29 (100)	15 (50)	30 (100)	30 (100)
Medlem	8 (28)	0 (0)	15 (50)	0 (0)	0 (0)
Summa:	29 (100)	29 (100)	30 (100)	30 (100)	30 (100)

Inflytande i samhället är större för personer som lever inom integrerad omsorg, oavsett grad av omsorgsbehov. På institution B är förhållandet även här detsamma som för motsvarande grupp på institution A. Jämförelsen med institution B bekräftar alltså skillnaden i samhällsinflytande mellan de båda omsorgsvärldarna. Det kan vara intressant att notera skillnaden mellan grupperna inom integrerad omsorg. Där är personerna med det större omsorgsbehovet som i större utsträckning är medlem i någon intresseorganisation, än personerna med det mindre omsorgsbehovet.

19 DISKUSSION

I den undersökning som redovisas här finns skillnader mellan institutionell och integrerad omsorg med avseende på en persons deltagande i det samhällsliv, som levs av personer utan handikapp. Att deras samhällsdeltagande är högre inom integrerad omsorg kan inte anses märkligt eftersom de tillkommit med syfte att bidra till ett mer normalt liv. Detta har också präglat deras struktur och de former genom vilka dess stöd och service förmedlas. Institutionens syfte var ett helt annat då den samlade personer med begåvningshandikapp till en plats, där huvuddelen av den service de ansågs behöva, fanns tillgänglig. De skulle därför inte ha något behov av en kontakt med institutionens omvärld. Institutionen fick en avskiljande funktion i förhållande till ordinarie samhälle.

Att denna låga grad av samhällsdeltagande inte enbart är en effekt av att institution A är ett äldre vårdhem, utan mer är en fråga om konsekvenser av en institutionell struktur, får sitt stöd av att personer inom den yngre institution B så ofta uppvisar samma resultat som institution A. I vissa fall avspeglas dock i resultaten att det är en modernare institution. Det lägre antalet personer på en vårdavdelning visar t.ex. att det inte var möjligt med större grupper när institutionen byggdes.

När man ser till grad av samhällsdeltagande inom integrerad omsorg finner man dock att det inte är entydigt att alla har tillgång till detta i hög omfattning, utan här finns en variation i de variabler som redovisas. Man skulle kunna förvänta sig en hög grad av samhällsdeltagande i alla variabler för denna grupp, men man har inte alltid använt sig av de förutsättningar som de integrerade omsorgerna ändå givit.

Det finns naturligtvis flera förklaringar till den brist på samhällsdeltagande som finns inom integrerad omsorg, och en analys av detta skulle kunna bidra till ökad kunskap om de integrerade omsorgernas karaktär. Det värden som man finner här skulle kunna bero på att det tar längre tid än vad som varit fallet att etablera en relation till och att bli en del av det samhällsliv som pågår kring dessa integrerade omsorger. Men detta kan också vara ett uttryck för att det finns problem kring ett förverkligande av de mål som uttrycks genom integrerad omsorg. Man kan t.ex. inom en omsorgsenhet sakna kunskap om dess syfte, och dessa mål blir därför inte en del av det arbete som bedrivs. Det kan också inom en personalgrupp utvecklas en uppfattning som innebär att man saknar vilja att arbeta för dessa mål. Ett socialt inriktat arbete som blir en följd av en strävan efter samhällsdeltagande kan också kräva en metodik som man inte har utvecklat. En låg grad i detta avseende kan också ha sin grund i en brist på resurser för att göra verklighet av de aktiviteter som förväntas med de mål som uttrycks inom integrerad omsorg.

Ett resultat som växer fram i denna undersökning är att det inom institutionell omsorg finns skillnader med avseende på grad av omsorgsbehov, dvs nivå 06 S och nivå 07. Samhällsdeltagande är i många avseenden lägre för dem på nivå 07, personer med ett mer omfattande omsorgsbehov, än på nivå 06 S. Områdena "bostadsstandard" och "personligt boende" är två exempel på detta. Detta resultat väcker till en början förvåning eftersom ett grundläggande argument för institutioners existens är att vara den plats där man särskilt tar hand om personer med omfattande omsorgsbehov. Den bild som man finner här mot-

säger dock denna uppfattning, eftersom det är personerna med omfattande behov som får tillgång till ett sämre liv.

I en organisatorisk analys av institution A finner man dock den avsikt man hade när man en gång skapade denna institution, och därmed också för de institutioner som kom att skapas med denna som förebild. Den differentiering som var en princip för att organisera institutionen hade till avsikt att låta fördela personerna i homogena grupper. I detta blev paviljongerna som fördelades på institutionsområdet det medel genom vilket denna ambition skulle kunna förverkligas. Här framgår det också klart att denna differentiering hade till syfte att fördela existerande resurser till förmån för dem med lindriga handikapp, inte för att tillgodose behoven hos dem med omfattande omsorgsbehov.

Undersökningens resultat kan sägas illustrera den allmänna utvecklingen inom detta område. Här finns den institutionella traditionen med sina rötter i 1800-talet, med lösningar som växte fram ur de samhälleliga förutsättningar som rådde då. Personer med begåvningshandikapp skulle tas om hand på institution där man inrättade en skyddad värld med de resurser som de ansågs behöva. De med svåra handikapp hänvisades till asylen, där resurserna inte alltid var tillräckliga för deras behov. Därmed skapades uppfattningarna om dessa personer och den standard etablerades som ansågs adekvat för dessa personer.

Den integrerade traditionen växte fram ur ett annat samhälle. Den demokratiska optimism och den ekonomiska högkonjunktur som var några av kännetecknen för 40-talet gav också möjligheterna för att skapa ett välfärdssamhälle. Detta blev också tillgängligt för personer med handikapp, även de med begåvningshandikapp. När samhällets ordinarie välfärdsservice också skulle förmedla sitt stöd till dessa personer skapades möjligheter för dem till ett liv utanför institution, inom ramen för det ordinarie samhället. De uppfattningar och den standard som växte fram inom de integrerade omsorgerna blev utgångspunkt för att beskriva och värdera institutionella omsorger. Dessa tillgodosåg inte de mål och de förutsättningar för ett liv som var möjliga inom de integrerade omsorgerna, och därmed ifrågasattes de. De integrerade omsorgerna hade vuxit fram så att också dessa kunde ge ett adekvat stöd till personer med begåvningshandikapp. I takt med detta minskade behovet av vård på institution. Detta gällde i första hand personer med lindriga handikapp, de som en gång hade kallats "bildbara".

Vad som skett kring detta vårdhem kan sägas följa samma utveckling, men för personer med mer grava handikapp, de som en gång hade kallats "obildbara". En serie institutioner skapades från mitten av 50-talet fram till mitten av 70-talet, där institution A var den första och institution B en av de sista i denna serie. Under denna tid utvecklades också den integrerade traditionen och under mitten av 70-talet kom denna att vidgas så att den också kunde möta behov hos personer med mer omfattande omsorgsbehov. Nya erfarenheter och kunskaper växte fram, liksom uppfattningar om mål och adekvat ekonomisk standard för personer med omfattande behov som de representerade. Det gällde t.ex. bostadsstandard. I samklang med 70-talets bostadsstandard blev det naturligt att tala om att personen skulle ha ett eget rum och med en målsättning om full sysselsättning på arbetsmarknadens område, blev det också naturligt att tala om full sysselsättning också för personer inom integrerad omsorg. Utifrån detta fann man att institutionerna inte kunde tillgodose de nya krav som ställdes på omsorger om personer med begåvningshandikapp.

Det problem som togs till utgångspunkt för denna undersökning hade sin grund i den oro och tveksamhet som fanns hos personal och anhöriga på en institution under avveckling. Mot bakgrund av dessa resultat växer ett annat

och kanske viktigare problem fram. Här illustreras hur två typer av omsorger ger olika förutsättningar för det liv som personer med begåvningshandikapp lever. Beroende på om personen får sitt stöd genom institutionella eller integrerade former, kommer dennes relation till det liv som levs i ordinarie samhälle att variera. Därmed kommer också de erfarenheter som personen gör i sin vardag att skilja sig mellan dessa två typer av omsorger. Den personliga utvecklingen kommer därmed också att påverkas. För en person med begåvningshandikapp får därför frågan om institutionell eller integrerad omsorg en avgörande betydelse.