

# POMS bladet

Organ för föreningen

Psykologer inom omsorgsverksamheten

## TEMANUMMER

I detta nummer bl a

- temasidor om KRISER OCH KRISBEHANDLING
- SIVUS-debatten - genmäle
- POMS inter: omsorger i Peru
- studiedagar för kliniska psykologer (referat)
- om POMS' vårkonferenser
- bokrecensioner

m m

# Kära läsare!

Här kommer nu det temanummer om KRISER, som vi utlovade före jul. Som vanligt har vi en rad medverkande utanför psykologgruppen: föräldrar, lärare, sjukgymnast, läkare, kuratorer m fl. Som i tidigare temanummer önskar flera författare få redovisat, att de erfarenheter och åsikter de för fram är deras egna och behöver inte nödvändigtvis delas av deras kolleger m fl.

Även i år kommer föreningen att anordna egna konferenser och Du kan läsa mer om dem i detta nummer. Om "sommarkonferensen", som i år blir en "höstkonferens", kommer Du att få mer material i ett kommande nummer.

Den glada förhoppningen, som stod formulerad i den rätta lösningen till (det lätta?) julkrysset i förra numret - att Om-sorgskommitténs slutbetänkande kommer före påsk - tycks nu ha kommit på skam: vi får räkna med ännu några veckors fördröjning!

Hoppas dock att alla tilltänkta arbetsgrupper ligger i startgroparna, beredda att närgånget granska alla förslag och jämföra dem med kommitténs uppdrag: att alla förslag skulle leda till förbättringar för de utvecklingsstörda!

Man kan ha sina farhågor om livskraften i detta löfte, särskilt när man t ex läser statsrådet Elisabet Holms yttrande i riksdagen den 5 december 1980. Då sa hon bl a: "Det är samtidigt, tycker jag, viktigt att det mellan handikappgrupperna finns en rättvis fördelning av tillgängliga resurser. Prioriteringar måste vi alltid göra, och det är då självklart att även en del väl motiverade krav för en tid måste stå tillbaka vid en angelägenhetsgradering av alla ställda anspråk".

Är det sådant som kallas för Robin Hood-politik?

Låt oss använda våren för uppladdning!

Jasse

# TEMA - SIDOR

## Inledning

Kriser, krisbemötande, kristerapi är begrepp som använts mycket på senare år. Det kommer ut böcker som lär oss vad en kris är och vilket förlopp den normalt kan förväntas ta. Det förekommer kurser som hjälper oss att förstå hur man bemöter människor i kris på ett lämpligt sätt.

Vi som arbetar inom omsorgerna möter ofta människor i kris. Det kan vara föräldrar, som nyligen fått veta att deras barn är utvecklingsstört, eller föräldrar, som hamnat i svår psykisk nöd då deras vuxna utvecklingsstörda barn vill frigöra sig och bli självständiga.

Men det inträffar också krisutlösande händelser, som vi talar mindre ofta om (och därför inte lär av de erfarenheter vi gör). Kanske är det därför att de är så ångestladdade för oss själva: barn dör i leukemi eller hjärtfel eller i samband med en svår kramp, vuxna dör på våra vårdhem.

I pressen har på senare tid påtalats behovet av kristerapi för anhöriga till utvecklingsstörda, men det har också sagts att vi psykologer och kuratorer inom omsorgerna inte kan ge det. Vad tycker vi själva i den frågan?

Få av oss arbetar direkt med kristerapi, men de flesta av oss tvingas att aktivt möta människor som befinner sig i kris och att handleda personal i samband med kriser.

Hur är vi förberedda för sådant arbete? Vad kräver vi av oss själva och av varandra när det gäller insatser för nyblivna föräldrar eller vid dödsfall?

Vad är nödvändigt i fråga om personlig mognad, egen livserfarenhet, utbildning och handledning för att vi ska vara lämpade att ge människor stöd i livets mest kritiska skeden.

Hör sådana uppgifter över huvud taget hemma i omsorgspsykologens arbete?

Det vore lätt att hitta skäl till varför det *inte* är lämpligt för oss att arbeta med sådant.

Men om inte vi är lämpade, inte kan, vågar eller har tid, vem ska då göra det?

Kanske finns det modeller för samarbete med familjerådgivning, psykiatriska kliniker eller dylikt på andra ställen i landet, modeller som är värda att förmedla?

Som vanligt är Ni välkomna att skriva och delge oss Era egna erfarenheter i POMSbladet.

Diskussionen kommer också att fortsätta på POMS' arbetskonferens kring krisbemötande på Fagerudd utanför Enköping i mars (mer om detta på annan plats i detta nr)

Barbro Lundahl

# Krisomhändertagande, mod. KS

*Till vårt temanummer av POMS-bladet om KRISER ville jag gärna att Karin Stenstedt skulle bidra med några rader och berätta om sitt arbete som bitr öläk på pol 2 på Karolinska sjukhuset, skriver här Kristina Norén.*

Denna avdelning är den vi utomstående brukar kalla "krispolikliniken".

Sedan 1975 har Karin Stenstedt varit handledare för omsorgsnämndens kristeam i Stockholm. Under mitt vikariat för Ann Bakk har även jag haft förmånen att ha henne som handledare.

Jag har här försökt att sammanfatta en telefonintervju med henne kring några speciella frågor. Det finns ju oerhört mycket mer att säga om kristerapi, men för en utförligare kunskap hänvisar jag till litteraturlistan i slutet av tema-blocket.

1 *Hur ser Du på att det inrättas speciella kristeam eller "kris-kliniker"?*

Jag ser i och för sig mycket positivt på kriskliniken. De nio år som verksamheten varit igång har varit oerhört värdefulla. Det är värdefullt att få utveckla ett kunnande. Men på lång sikt vinner man mer om man försöker ge alla en utbildning i krisomhändertagande. Alla stöter ofta på dessa problem hos människor. Det finns oftare än man tror något som är det akut utlösande när någon blir psykiskt insufficient. Vår erfarenhet har tydligt visat att de som söker eller har behov av professionell hjälp i krissituationer har ofta redan tidigare haft problem. De problem de nu fått har aktualiserat en gammal problematik.

Det utlösande kan vara att man får ett förståndshandikappat barn, men man skulle också ha kunnat komma i kris av någon annan anledning. Händelsen har rört upp tidigare psykologiska problem. Det är en stor risk att alla problem hängs upp på det utvecklingsstörda barnet. Det får klä skott för många andra problem. Cullberg har ett bra exempel på det både i skriften "Det psykiska traumat" och i sin bok "Kris och utveckling":

En far förlorar sin 14-årige son vid en trafikolycka. Hans sorg var mycket häftig, han började suppa, slutade sin anställning och måste slutligen tas in på psykiatrisk klinik, då någon rehabilitering ej kunde genomföras.

Där målade han i ganska roliga färger upp tillståndet före sonens död. Emellertid visade det sig så småningom att han egentligen hade haft dålig känslomässig kontakt med pojken liksom med hustrun och att hans yrkessituation var ansträngd.

Sonens död "legitimerade" att han kopplade av allt och hans kvarhållande i en självdestruktiv sorg skyddade honom från att ta itu med det som han egentligen upplevde som sitt eget livsmisslyckande.

2 *Du använder ofta uttrycket krisomhändertagande. Är det detsamma som kristerapi eller krispsykoterapi?*

rit tillgången till några stycken välutbildade, psykodynamiskt kunniga personer som kunnat handleda annan personal, som haft en praktisk klinisk erfarenhet av patientarbete, t ex sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter. Under åren har dessa fått en omfattande handledning av psykologer och läkare. Den första tiden hade hela teamet dessutom handledning utifrån. På senare tid har vi bildat handledningsgrupper inom teamet, där vi hjälper varandra.

Fina dynamiska spekulationer får inte göra att man tappar bort den praktiska, konkreta verkligheten. Patientens hela sociala verklighet är viktig.

#### 4 När kan man börja behandla den krisdrabbade?

Det är viktigt att man kommer in när krisen är akut. Terapin kan göras mycket kortare om man fångar upp personen tidigt, t ex få honom att inse att hans livssituation varit svår även utan det utvecklingsstörda barnet. Man kan förebygga en skev utveckling om man kommer in innan de hunnit bygga upp sina försvar, som i det akuta skedet är uppluckrade och åtkomliga för bearbetning.

Om man däremot försitter chansen kan det redan ha blivit sådana försvar och rationaliseringar, som är svårare att komma igenom, som t ex "det blev så därför att Peter föddes ..."

Tack, Karin, för Dina värdefulla synpunkter!

Intervjuare: Kristina Norén

I en "Rapport till Direktionen för Karolinska sjukhuset" från juni 1973, skriven av Karin Stenstedt i samarbete med psykolog Ulf Brinck m fl, beskrivs bakgrunden till verksamheten vid pol 2, dess uppläggning och utfallet under den då ännu korta tid den fungerat.

Intresserade kan också läsa Ann Lindbloms rapport i Socialnytt nr 4/1975, s 26-32, som ger en bild av verksamheten när den varit igång litet längre.

## Kristerapi hjälper inte Dig

att få POMSbladet till Din nya adress! Anmäl adressändring!

# Om kristeamet i AB-län

## BAKGRUND

Många föräldrar har under årens lopp berättat om hur svår den upplevelsen varit, att få besked om att deras barn är handikappat, och hur litet hjälp de kunnat få.

Redan i slutet av 1960-talet började Lars Molander, då chefpsykolog i "centralstyrelsen" i "gamla" Stockholms läns landsting, att i budgetäskanden begära pengar till ett "kristeam"

Några möten i början av 1970-talet med företrädare för barnkliniker och BB:n i AB-län bekräftade behovet.

Förslaget föll emellertid varje år bort i slutprioriteringen. Först vid en konferens 1974 med omsorgsnämndens politiker blev det en sådan bred politisk uppslutning kring förslaget, att det året därpå kunde förverkligas.

Moral: Förtröttas ej!

1975 beslöt omsorgsnämnden i AB-län att inrätta ett s k kristeam bestående av en halvtid för vardera kurator och psykolog. Ann Bakk, som under dessa år innehaft psykologtjänsten i teamet, berättar här om dess utveckling.

Det nyinrättade kristeamet skulle ha två uppgifter: dels verka för att sjukhusen skulle bemöta föräldrar till utvecklingsstörda barn på ett bättre sätt, dels bedriva terapi med framför allt nyblivna föräldrar till utvecklingsstörda barn.

Owe Rören, som var kurator i teamet, och jag fick börja vår anställning med att under hösten auskultera på den s k kriskliniken på Karolinska sjukhuset. Jag är fortfarande häpen över denna framsynta och generösa personalpolitik! Månaderna på kriskliniken var mycket stimulerande och vi hann lära oss grunderna för kristeraapeutiskt arbete, något som då var ganska nytt i Sverige.

## Samarbete med sjukhusen

Vi var från början inställda på att vi huvudsakligen skulle komma att träffa nyblivna föräldrar. För att få kontakt med dessa föräldrar på ett tidigt stadium var ett samarbete med sjukhusen nödvändigt och detta visade sig vara mer komplicerat än vi från början hade trott.

Dels är sjukhusen många, tio stycken, och de berörda avdelningarna förstås ännu fler (förlossning, BB, barnhabilitering, barnmedicin, barnpsyk, gyn, vuxenpsyk). Dels är personalomsättningen stor. Vi tycker ofta att knappt har vi fått till ett bra samarbete med en doktor så är han försvunnen och efterträdaren vet nästan ingenting om omsorger och absolut inget om kristerapi.

I början ägnade vi en hel del tid åt att sprida information på sjukhusen om vår verksamhet. Bl a skickade vi information till alla berörda klinikchefer, andra läkare, kuratorer och psykologer. Vi besökte sjukhusen och berättade om vårt arbete, vi höll föredrag på konferenser osv.

Så småningom fann vi att det är "de kollegiala rekommendationerna" som är av störst betydelse när det gäller att etablera nya samarbetsrelationer. Dvs en sjukhuskurator berättar för en annan att hon samarbetat med oss, denna anlitar oss i sin tur vid behov, berättar vidare för nästa osv.

Bland annat av det skälet tycket vi att det är viktigt att den läkare eller kurator som förmedlat kontakten får veta något om hur det går för föräldrarna. Det här är emellertid ofta en svår avvägningsfråga, där det gäller att väga sjukhusets intresse av information mot föräldrarnas rätt till personlig integritet.

Särskilt svår kan den avvägningen bli när vi vid en särskild sammankomst träffar all personal på den avdelning, där mamman och/eller barnet vårdats, för att tala om upplevelser och erfarenheter av krissituationer och krisstöd. Det kan då bli så att vi i teamet strävar efter att tala om föräldrasituationen i allmänna ordalag och om personalens reaktioner på ett mer konkret och personligt sätt, medan personalen strävar efter motsatsen: de vill höra precis hur det gått för föräldrarna och barnet och endast behandla personalreaktioner i allmänna ordalag.

Ändå tror jag att dessa möten varit positiva och lärorika både för oss i teamet och för avdelningspersonalen - sjukvårdsbiträden är ju inte precis bortskämda med att få sitta ned och tala om upplevelser i arbetet. Min erfarenhet är förresten att ju mer opretentiösa sammankomsterna är, desto bättre blir de. Vårt kanske mest givande möte hölls i ett litet trångt personalrum på en förlängd kafferast under besökstid. Och det "värsta" hölls i ett stort stilt konferensrum med nystärkt personal uppradad längs väggarna, alla frigjorda från sina arbetsuppgifter i två timmar...

Nu har vi ett sporadiskt samarbete med i stort sett alla sjukhus och det är kanske så långt vi kan komma med våra speciella förutsättningar. Jag föreställer mig att situationen är en helt annan, och mycket gynnsammare, i mindre städer.

#### Det terapeutiska arbetet

Ända sedan starten har vi ägnat huvuddelen av tiden åt direkt terapeutiskt arbete. Kontakten med föräldrarna förmedlas till största delen av distriktsteamens psykologer och kuratorer, ibland av sjukgymnast, sjuksköterska eller hemlärare. Som regel ringer de oss när de är bekymrade över någon förälder, som de tycker har det orimligt jobbigt (i psykiskt avseende). Tillsammans försöker vi bedöma vilken hjälp föräldrarna behöver och vem som har bäst förutsättningar att ge den. Ibland leder samtalen till att distrikts-teamet påbörjar en terapeutisk kontakt med föräldrarna, eventuellt med stöd eller handledning från kristeamet.

Det vanligaste är dock att vi kommer överens om att kuratorn eller psykologen berättar för föräldrarna om vår verksamhet och ber dem ringa oss direkt för att få en tid för ett första samtal, om de själva vill och tror att det kan vara till någon hjälp.

När föräldrarna sedan kommer brukar vi börja med att berätta för dem vad vi vet om deras problem, för att motverka en del av den osäkerhet som man känner när man vet att ens problem diskuterats av

andra utan att man varit med. Vidare berättar vi hur vi arbetar och nämner särskilt att vi inte till teamen förmedlar vad som sker i terapin och att det heller inte antecknas i barnets journal.

Som nämnts får vi också kontakt med föräldrar genom läkare eller kurator på sjukhusen. Som regel gäller det då nyblivna föräldrar, som man bedömer behöver mer hjälp än sjukhuset eller distriktskontoret kan ge. Ofta rör det sig om föräldrar, som inte vill ta hem sitt barn från sjukhuset. Både doktorn (som oftast är barnläkare) och kuratorn kan då känna sig misslyckade och rådvilla och är lättade om någon annan vill ta över kontakten.

Själv skulle jag önska att sjukhusen även kontaktade oss när kriserna ter sig mindre drastiska, men det ändå finns tecken på att sorgearbetet inte förlöper normalt. Så tror jag t ex att man mycket sällan uppfattar hur stort behov av hjälp de behärskade och "duktiga" föräldrarna har.

Distriktskontoren och sjukhusen förmedlar alltså flertalet ärenden till oss. Enstaka familjer har vi också fått kontakt med genom FUB:s föräldrarådgivare, avdelningen för rörelsehindrade barn och ungdomar, PBU, enskilda terapeuter m fl.

Vad har de föräldrar vi träffar för problem? Man kan göra en indelning baserad på barnets ålder:

- o Föräldrar, som befinner sig i en nyblivenhetskris, som nämnts ovan
- o Föräldrar till småbarn och barn i förskolålder. Här är orsaken till problemen ofta en ofullständig bearbetning av den ursprungliga krisen. Man har klarat att leva under konstant psykisk press under ett eller flera år, men sedan tar krafterna slut.

Vanligtvis är föräldrarna mycket ambivalenta till barnet och de skuldkänslor, som ambivalensen ger upphov till, hindrar dem från att sätta gränser för barnet, som får en alltför dominerande ställning i familjen. De uttröttade föräldrarna börjar fundera över att "lämna bort" barnet och det är ofta med den frågeställningen de kommer till oss.

- o Föräldrar till barn i skolåldern, som föreslås börja i eller flytta över till särskola. De här placeringarna kommer sällan som någon överraskning för föräldrarna och de flesta familjer tycks ha en ganska bra beredskap för den påfrestning, som beslut om skolform ändå utgör.

Den svåraste situationen tycks uppstå när förhållandevis lindrigt utvecklingsstörda barn och ungdomar krisar inför beskedet om omplacering till särskola. Många föräldrar känner sig, helt naturligt, otillräckliga när de inte kan hjälpa barnet med dess känslor av mindervärde, skam, ilska och sorg.

- o Familjer med utvecklingsstörda ungdomar. Frigörelseproblematiken är ju alltid komplicerad när barnet är handikappat - både för föräldrar och barn - och många av dessa familjer behöver hjälp. En svårighet är att vi vet så litet om hur en normal pubertet förlöper hos de måttligt och svårt utvecklingsstörda ungdomarna och vilken grad av frigörelse som är realistisk och önskvärd.



- o Familjer med en ung eller vuxen utvecklingsstörd familjemedlem med grava psykiska besvär. Som regel försöker man ordna plats på inackorderingshem eller liknande, men om det rör sig om en psykos-nära eller psykotisk person brukar det ta tid (i bästa fall, i värsta fall är det omöjligt). Som regel övertar någon annan föräldrakontakten när boendet ordnats (särskilt om det är boende med behandlingsresurser), men innan dess kan föräldrarna vara i behov av intensivt stöd för egen del.
- o Gamla föräldrar, med medelålders barn. Vi tror att det finns många gamla föräldrar med svår ångest inför att behöva dö ifrån sina barn, som kanske bott hemma hela sitt liv och som kanske inte klarar sig så bra på egen hand.

Vi har haft ganska långvariga kontakter med ett fåtal äldre föräldrar, men tror att det egentliga behovet är långt större: gamla människor söker ju sällan självmant terapi. Några av distriktsteamerna i Stockholm har ägnat särskild uppmärksamhet åt gamla föräldrar, jag hoppas de vill skriva i POMSbladet om det.

Vi arbetar också med familjer, där kriserna inte har något direkt samband med barnets ålder. Hit hör t ex föräldrar, vilkas barn har en sjukdom med dålig prognos. Vi har haft kontakt med fem-sex föräldrapar, vars barn dött under terapins gång. Vår erfarenhet är att dessa föräldrar alltid har ett mycket stort behov av stöd, hur psykiskt friska och starka de än är, men de lämnas ibland mycket ensamma, särskilt i de fall där det är svårt att säga hur länge barnet kan komma att leva.

Föräldrar i svåra relationskriser är kanske den största gruppen. Vi har funnit att barnets handikapp utgör en svår påfrestning på föräldrarnas inbördes förhållande, alldeles särskilt om det är det första (gemensamma) barnet, som är utvecklingsstört. Det är vanligt att man låser sig i alltför rigida roller, t ex kan mamman få monopol på att vara ledsen och svag och pappan får bara vara förnuftig och stark. Den här låsningen ger upphov till mycket misstroende: föräldrar börjar uppfatta varandra som t ex överkänslig respektive okänslig, sänker förväntningarna på varandra, lever upp till den andres förväntningar osv, medan bitterheten och besvikelsen växer.

Ibland kan sådana destruktiva mönster överges efter bara några samtal, vilket som regel ökar föräldrarnas möjlighet att lösa övriga problem, som kanske har ett mer direkt samband med barnet, på egen hand.

Relationsproblemen kan förstås se ut på många andra sätt. Inte alltför ovanligt är att den ena parten ägnar barnet all omsorg och den andra känner sig åsidosatt och ensam. Relationsproblemen upplevs ofta som särskilt hotande i familjer med mycket vårdkrävande barn, eftersom ingen av föräldrarna ensam skulle orka med barnet efter en skilsmässa.

Vi skulle nog önska att en del av dessa föräldrar sökte hjälp hos familjerådgivningen i stället, mest för att man där har större erfarenhet av relationsproblem. Det kan emellertid vara svårt att på ett tillräckligt tidigt stadium se "vad som är vad": föräldrarna kanske presenterar problemet på ett visst sätt och sedan formulerar vi tillsammans om det vid tredje besöket, då det känns alltför sent att rekommendera familjerådgivning i stället.

Vi har också haft terapier med enstaka föräldrar, som drabbats av andra slag av kriser, t ex en man vars hustru är döende i cancer, en kvinna vars make plötsligt dött i hjärtinfarkt, ett föräldrapar vars äldsta barn suiciderat osv. Även i dessa fall påverkas ju ofta den utvecklingsstördes situation och det är ofta med den motiveringen man söker hjälp. Vår policy i dessa mer "udda fall" har med åren blivit att vi först undersöker om föräldrarna kan få adekvat hjälp någon annan stans och om de inte kan det, tar vi emot dem.

Vi har även terapier med lindrigt utvecklingsstörda ungdomar och vuxna. Det är på många sätt en viktig del av verksamheten, men jag går i detta sammanhang inte alls in på detta.

Vi arbetar nästan bara med korttidsterapier. Sex till tolv samtal är ett vanligt antal, men både färre och fler sammanträffanden förekommer. Ibland kan vi tillämpa en mer renodlad krispsykoterapi, men som regel använder vi oss av jagstärkande psykoterapi. (s 14)

För vissa föräldrar leder en korttidsterapi bara till en tillfällig lättnad. Vi räknar med att ungefär 20-25 % av föräldrarna skulle behöva en längre tids terapi, vanligen individualterapi. Det är då bekymmersamt att resurserna för långtidsterapi är så begränsade. Även den som har råd att gå provat kan få vänta i årtal. Den som inte har råd att betala får knappast tillgång till långtidsterapi över huvud taget.

1978 utökades kristeamets resurser, psykologtjänsten omvandlades till en heltidstjänst och ytterligare en halvtids kuratorstjänst inrättades. Vi räknar med att vi hinner med fem - sju ärenden på en halvtid, vilket innebär att vi kan ta emot ungefär hundra föräldrapar/enskilda föräldrar/familjer per år. När tiden medger arbetar vi tillsammans i vissa familjer. Särskilt när det gäller komplicerade relationsstörningar tycker vi att det är bra att vara två terapeuter, helst en manlig och en kvinnlig. Men vi vet av erfarenhet att det fordrar både tid och arbete för att man ska göra ett bättre jobb två tillsammans än var och en för sig.

Ända sedan starten har vi fått handledning varannan vecka av överläkaren vid Karolinska sjukhusets krisklinik, vilket varit till ovärderlig hjälp. Jag kan över huvud taget inte föreställa mig hur vi skulle ha klarat arbetet utan handledning. Det är ju rätt många ärenden som aktualiserar vår egen ångest och sorg, som vi måste få hjälp med. I handledningen har vi också kunnat ta upp svåra etiska frågor och naturligtvis också fått ökade kunskaper om diagnostik och terapeutisk teknik.

### Andra uppgifter

Förutom sjukhuskontakter och terapeutiskt arbete ägnar vi oss i viss utsträckning åt utbildning och handledning. Mest är det distriktsteamens psykologer och kuratorer som vill ha extra handledning när de har särskilt svåra ärenden, men ibland även sjukgymnaster och hemlärare. För att i någon mån dela med oss av de kunskaper vi fått har vi ordnat två sjudagars-kurser om kristeori och krisbemötande för berörda personalgrupper på främst distriktskontoren.

## Behövs kristerapi?

Såvitt jag vet är vi de enda omsorgsanställda i landet som har terapi som huvudsaklig uppgift och vi får då och då frågan: "Behövs det verkligen terapi inom omsorgerna?". Jag tycker det. Självklart behöver inte alla föräldrar terapi, men för dem som gör det är terapin ofta minst lika viktig som det praktiska stödet.

"Men ska det verkligen behövas särskilda terapieresurser?", frågar man. Det kan naturligtvis diskuteras. I Stockholm med dess cirka 4.500 omsorgstagare tycker jag att det är befogat. Om man antar att det finns drygt 7.000 föräldrar, av vilka flertalet åtminstone tidvis utsätts för svåra påfrestningar pga barnets handikapp så tycker jag inte det är orimligt med en egen terapiverksamhet eller att kristeamet med sina sammanlagt två heltidstjänster skulle vara på något sätt överdimensionerat.

Jag vill ta upp tre invändningar mot terapi, som då och då tas upp i den debatt som förs inom de nordiska föräldraorganisationerna:

- 1 *Vi föräldrar till utvecklingsstörda barn är inte mer neurotiska än andra människor. Vi vill inte ha någon terapi!*

Detta uttalande kan få den oinsatte att tro att man formligen öser över föräldrar erbjudanden om terapi, vilket inte stämmer, ens i Stockholm. Det är i stället så, att det är svårt eller nästan omöjligt för de flesta föräldrar att få tillgång till terapi. Annars håller jag gärna med om den första meningen, jag har inte heller märkt att föräldrar till handikappade skulle vara mer neurotiska än andra. Men bland "andra" finns många med psykiska problem, både av neurotisk och annan art. Härtill kommer att barnets handikapp för många föräldrar under vissa perioder är en svår psykisk påfrestning. En del klarar denna påfrestning på egen hand. Andra behöver sakkunnig hjälp och bör förstås inte hindras att få den av principiella skäl.

Uttalanden av det här slaget underblåser, tror jag, uppfattningen att det är fullt att ha psykiska problem (till skillnad från praktiska eller fysiska problem eller ett förståndshandikapp) och skamligt att inte kunna klara upp dem själv.

En annan invändning lyder:

- 2 *Det är inte kristerapi vi behöver, det är praktiska omsorger!*

Detta menar jag är en viktig synpunkt även om jag tycker att slutsatsen är fel. Terapi får aldrig syfta till en anpassning till dåliga förhållanden och man får givetvis inte erbjuda terapi i stället för andra omsorger som barnet eller familjen behöver. Om en mamma är desperat för att hennes barn inte får en elevhemsplats gäller det förstås att skaffa fram en elevhemsplats och inte en terapeut. Kanske rädslan för "anpassningsterapi" delvis bygger på en sammanblandning av olika slag av terapier: det är sant att "tablett-terapi" ofta passiviserar människor, men "prat-terapi" har ju oftast motsatt effekt; människorna blir aktivare och bättre rustade att ställa krav på sin omgivning.

En tredje invändning, som med förkärlek formuleras mycket allmänt, är:

- 3 *Terapi hit och terapi dit! Nu för tiden ska alla problem lösas av experter. Man tar ifrån människor möjligheten att hjälpa sig själva och varandra.*

Det är kanske ingen tillfällighet att invändningar av detta slag dyker upp i tider av ekonomisk åtstramning? Psykiatrisk egenvård med litet stöd av husläkaren och någon bekanting blir förstås billigare - inte mänskligt men ekonomiskt. Min erfarenhet är att det är så svårt för människor att söka terapi att man bara gör det när man mår riktigt dåligt och alla andra försök att lösa problemen varit förgäves. Risken för lyxterapier tror jag därför är ytterst liten. Jag har inte mött någon enda förälder som jag tycker har kommit i onödan, som lika gärna kunde ha hjälpt sig själv eller gått till grannen.

#### Var ska resurserna finnas?

Frågan om var de terapeutiska resurserna ska finnas - inom eller utom omsorgerna - är komplicerad, eftersom båda modellerna har för- och nackdelar.

I princip tycker jag att all service som inte *måste* finnas inom omsorgerna ska tillhandahållas av samhällets gängse instanser. I normaliseringens namn ska då alla slags terapi för föräldrar och för lindrigt utvecklingsstörda, som kan tillgodogöra sig vanlig samtalsterapi, skötas av psykiatriska kliniker och liknande. Medan terapi för gravt utvecklingsstörda (och för andra utvecklingsstörda som behöver miljöterapi) skulle ligga inom omsorgerna, dels för att terapin är kopplad till boendet, dels för att terapeuter utanför omsorgerna saknar kompetens och intresse för denna uppgift.

Den stora nackdelen med en sådan modell är att många familjer, som behöver terapeutiskt stöd, inte får det. För det första måste det ju finnas folk inom omsorgerna, som är så terapeutiskt kunniga att de kan avgöra om psykoterapeutisk behandling är en adekvat åtgärd (vilket inte är så enkelt som det låter).

För det andra är det, om vi ska vara realistiska, svårare att rekommendera någon att söka på psyket än att förmedla kontakt med en terapeutiskt kunnig omsorgspsykolog. Och för föräldrarna är det som regel mindre laddat att få hjälp inom omsorgerna än på psyket.

Härtill kommer tre faktorer som jag tviyklar på att vi kan göra så mycket åt, nämligen psykvårdens brist på: engagemang, kunskaper om handikappsituationen och terapeutiska kvalifikationer.

Är vi bättre på det inom omsorgerna då?

Ifråga om engagemang och "kulturkompetens" är vi otvivelaktigt det. Vad gäller terapeutiska kunskaper varierar väl förhållandena mer. Min tro på, att om man letade tillräckligt energiskt så skulle man överallt kunna hitta *någon* terapeut med dynamisk grundsyn och stor erfarenhet, fick sig en knäck vid den senaste POMS-konferensen, den om omsorger och psykiatri. Att det var så illa ställt med de terapeutiska resurserna vid de psykiatriska klinikerna, som kollegerna vittnade om, anade jag inte.

Jag tror också att det faktum att det finns psykoterapeutiska resurser att tillgå inom omsorgerna har ett värde i sig. Det är en sorts erkännande av att det är psykiskt påfrestande att ha ett handikappat barn (respektive att själv ha ett förståndshandikapp). Jag vet att det varit en lättnad för många föräldrar bara att få höra talas om vårt team: "Finns det ett särskilt team, som bara ägnar sig åt samtalsterapi, så kan ju inte jag vara den enda som behöver sån hjälp". Och omvänt: om omsorgerna tillhandahåller snart sagt alla tänkbara omsorger - bara inte terapi - kan det bidra till att både föräldrar, omsorgstagare och anställda kan uppfatta behovet av psykiskt stöd som märkligt eller litet skamligt.

Men det finns även problem med terapiresurser inom omsorgerna.

Respekten för familjens personliga integritet innebär ju att terapeuten inte kan berätta om sådant som framkommit i terapin för övriga omsorgsmedarbetare (såvida man inte kommit överens med familjen om annat). Det kan vara en svår situation både för terapeuten och dennes arbetskamrater. Familjen måste dock kunna lita på att vad som sker i terapin inte diskuteras vid vare sig kaffe- eller konferensbordet. Både den faktiska risken för "läckor" liksom föräldrarnas rädsla för obefogat pladder ökar antagligen när terapin sker *inom* omsorgerna.

Ett annat problem är vem som ska fungera som terapeut. Jag tror att det är svårt för familjens ordinarie omsorgspsykolog (eller kurator) att under en viss period fungera som terapeut och sedan återgå till sin vanliga roll. Jag tror t ex att detta leder till svårigheter för föräldrarna att gå in i ett förtroendefullt och ärligt samarbete, eftersom det känns farligt att visa upp ofördelaktiga sidor av sig själv för en person, som man är formellt beroende av och som har ett nära samarbete med andra man är beroende av. Det är inte bara fenomen som överföring och motöverföring som påverkas, utan jag tror att den formella relationen även försvårar arbete med t ex beroende- och separationsproblematik.

Även risken för lojalitetskonflikter gör att man om möjligt bör undvika att vara terapeut för "sina egna" omsorgsfamiljer. Om man själv är käsnlomässigt engagerad i ett barn kan det vara svårt att acceptera föräldrarnas negativa känslor för barnet, svårt att stödja dem i att kännas vid och formulera dessa känslor, svårt att omfatta dem med sympati när de talar om sin önskan att "lämna bort" barnet osv.

En omsorgsfamilj är som regel omgiven av människor som i första hand är engagerade i barnet. Min erfarenhet är att föräldrarna upplever det som väldigt positivt att det finns någon som i första hand bryr sig om dem.

I våra terapier är utgångspunkten - inte vad som är bra för barnet utan - hur föräldrarna mår, deras behov och önskemål. I början grubblade jag mycket över vad denna inställning kunde leda till. Tänk om resultatet av terapin blev att föräldrarna övergav sina barn? Det blev dock sällan så, förmodligen har detta den enkla förklaringen att ju bättre föräldrarna själva mår, desto bättre förmår de ordna för sitt barn.

Ett sätt att lösa detta problem är att omsorgspsykologer vid behov "byter familj" med varandra. Jag tycker att det borde kunna fungera (åtminstone där avstånden inte är för stora), men jag har aldrig hört talas om att det praktiserats någonstans, så kanske den tanken är orealistisk?

Ett annat sätt är förstås att anställa en särskild terapeut, som bara ägnar sig åt psykoterapi och handledning. Detta tjänar bl a följande syften:

- o man bekräftar att det kan vara en svår psykisk påfrestning att bli - och att vara - förälder till ett utvecklingsstört barn
- o man får ökade möjligheter att på ett tidigt stadium fånga upp föräldrar med behov av psykoterapi
- o man får möjligheter att påverka terapiverksamhetens inriktning och kvalitet (vid tjänstetillsättning)
- o möjligheterna till samarbete mellan terapeut och andra befattningshavare inom omsorgerna förenklas
- o möjligheterna till intern handledning förbättras.

Själv tycker jag att det vore förnuftigt att anställa psykoterapeuter inom omsorgsverksamheten, eftersom jag anser att behovet av terapi inte kan tillfredställas på annat sätt.

Men även jag tycker att det låter exklusivt på något sätt... en massa psykoterapeuter inom omsorgerna ...

Lät det männe så, när man diskuterade möjligheten av "en massa psykologer inom omsorgerna" för ungefär tjugo år sedan...?

Ann Bakk

En bra beskrivning av jag-stärkande psykoterapi har givits av Sonja Levander, psykolog i Nacka-projektet.

Artikeln heter "Jag-stärkande psykoterapi - det kanske mest använda och minst definierade förhållningssättet i psykiatrin" och den var införd i Läkartidningen, Volym 76, nr 5/1979, s 299-301.

# Föräldraröster - pressklipp

*Under denna rubrik - "Föräldraröster" - har vi samlat några klipp ur dels FUB-kontakt, dels Dagens Nyheter.*

*Vi tycker att exemplen på ett övertygande levande sätt skildrar krisupplevelser och åtföljande behov (eller inte behov) av hjälp.*

*Om Du har egna klipp ur Din lokalpress med liknande temata, tag med dem till POMS' kriskonferens (om Du ska delta i den) eller sänd in till POMSbladet. Vi kopierar och återsänder Dina original.*

## Det är praktisk hjälp vi behöver — inte kristerapi!

Jag har läst nr 2 och 3 i FUBs föredragsserie: "Att ha sitt barn på institution" och "Att vara vårdare". Nu hoppas jag på en fortsättning om gravt utvecklingsstörda och flerhandikappade barn som bor och vårdas hemma, eftersom det blir allt vanligare. Men jag vill ha en skrift som verkligen är till hjälp för oss i vår mycket speciella situation.

Problemet för oss är ofta helt andra än för de föräldrar som av olika anledningar måste lämna bort sina barn på institution. Våra problem är till stor del av rent praktisk natur. Men att så skulle vara fallet förbises allt för ofta av de sk experterna.

I detta psykologins tidevarv anses vi ständigt gå igenom kriser, känna sorg och besvikelse. Att leva i ett normalt äktenskap anses som en omöjlighet. Syskonen till det handikappade barnet anses vara utsatta för stora lidanden. Vi anses helt enkelt lite underliga för att vi "står ut" med att ha vårt handikappade barn hemma.

Men vi är faktiskt många föräldrar som accepterat vår situation. Våra konflikter beror inte alltid på att en i familjen är handikappad. Däremot är vi i stort behov av praktisk och ekonomisk hjälp, t ex personliga vårdare, korttidshem, bra träning/skola/avkoppling för barnet borta från hemmet 40 timmer per vecka året om, ersättning till vårdare i hemmet så att vi kan ta semester ibland, bilstöd, bättre hjälpmedel. Sunda förnuftet säger att föräldrar inte orkar vara småbarnsföräldrar hela livet. Det blir vi tyvärr utan hjälp.

Vi är många föräldrar som med rädsla ser att den hjälp vi kommer att få i framtiden mest består av psykologhjälp för att klara av kriser som vi inte har — eller som vi inte skulle behöva ha!

Jag anser därför att FUB måste arbeta hårdare för att bevaka de gravt utvecklingsstördas och flerhandikappades och deras familjers rättigheter. Vad vi behöver är främst praktisk hjälp och inte psykologisk. FUB får inte vara en instans för kollektivt sorgearbete.

att FUB strävar efter att få bort alla gamla fördomar som finns både inom och utom förbundet. Föräldrar som har sina gravt handikappade barn hemma är inte underligare än andra. Vi har inte tid att hela tiden fundera över "varför just vårt barn blev handikappat", vi är inte speciellt rädda eller modiga, vi är inte mer hårda och cyniska än andra. Vi är vanliga människor som försöker klara av situationen efter bästa förmåga.

Vänligen  
Marianne Brunner  
Sockenstugan  
139 00 Värmdö

# Om Peter:

— Jag har två pojkar 6 och 11 år gamla. Den äldste, Peter, är utvecklingsstörd. När han var 3 år gammal kom han till ett stort vårdhem med ca 300 boende, både barn och vuxna.

Anledningen till att han kom dit var att vi orkade inte med honom hemma och det fanns helt enkelt inget annat alternativ. Det var framför allt jag som inte orkade. Innan jag kollapsade kände jag hur hela vår situation sakta men säkert började gå oss ur händerna. Varken Peter, min man eller jag mådde bra. Till slut var vi tvungna att lämna Peter till vårdhemmet.

— Till en början tjänade placeringen som korttidsvård, men alltefter som mina krafter tilltog så förstod jag att vår tidigare situation var ohållbar och att Peter inte skulle få det bra hos oss. Hur svårt det än var så var jag tvungen att erkänna att jag inte räckte till och klarade inte av honom.

---

## Dålig personalkontakt

---

— Redan från början av min kontakt med vårdhemmet saknade jag två stora saker, som jag upplevde som en brist. Det var jättesvårt att få kontakt med personalen och jag träffade aldrig andra föräldrar som hade sina barn på samma avdelning där Peter bodde. Mammor och pappor som hade liknande upplevelser som jag och som jag inte räckte till. Som man kunde prata med.

— När jag någon gång träffade andra föräldrar skedde det mycket hastigt när barnen skulle hämtas för att åka hem eller lämnas efter helgerna, då de varit hemma. Före helgerna var föräldrarna spända och förväntansfulla och efter helgerna trötta och ledsna inför avskedet. Då fanns det helt enkelt inte en chans att lära känna varandra.

---

## Hemska skolavslutningar

---

— På skolavslutningarna brukar man också träffa föräldrar. Men

då fanns det inte en chans att komma till tals. För det första så är det så få som kommer och för det andra så är skolavslutningarna speciellt känslomässigt påfrestande. Min upplevelse av dem är att man sitter där och kan inte sjunga med i "Den blomstertid nu kommer", därför att man har en stor klump i halsen som hindrar. Minnena från de egna skolavslutningarna tränger fram och mina minnen är förknippade med ljusa förhoppningar om friheten och den väntande sommaren, sång och musik och blommor till fröken.

— Jag har alltid upplevt skolavslutningarna på vårdhemmet som ett bisarrt skådespel, därför att jag har vetskap om vad som rarna innebär. Ny personal kommer och går, vikarier som är ovana och osäkra. Barnen blir oroliga och mer krävande, den ordinarie personalen är slutkörd, inget ersätter skolan för barnen. Deras dagar blir långa och tråkiga.

— En del föräldrar tar hem sina barn. För dem innebär det extra mycket arbete. Då ska föräldrarna klara av det som många andra tillsammans gjort på avdelningen. Sedan ska ju allt annat i ett hem också utföras. Föräldrar kan knappast räkna med någon tid med vila och avkoppling.

— Jag har haft mycket stormiga känsloupplevelser på skolavslutningarna och jag tror att också andra har det — varför är det annars så få föräldrar som är med?

---

## Någon att prata med

---

— Man behöver någon att prata med om sådana här jobbiga situationer — få rensa ut det svåra. För jobbiga situationer finns det gott om. Men tillfällen att prata om dem är få eller finns inte. I stället proppas allt upp och korkas igen tills nästa gång man utsätts för dem. Det blir svårare och svårare att utsättas för sådant här och till slut orkar man inte längre. Och man är totalt ensam.

— För att skydda sig mot de

jobbiga situationerna så skaffar man sig en massa hinder för att slippa besöka sitt barn. Ställföreträdande hinder, som dövar samvetet temporärt. Man ska göra än det ena än det andra som är viktigare, man har inte tid, det är så lång väg att åka osv. Det finns massor av saker att skylla på. När man egentligen är i konflikt med sig själv och inte tar itu med det som är jobbigt, kan man inte ha en öppen kommunikation med personalen.

---

## Osäkerhet

---

— Det var just det andra som jag saknade. Att kunna prata på ett öppet sätt med personalen. Jag vågade inte tala om för dem hur gräsligt svårt det var att lämna Peter ifrån mig. Att jag inte kunde lita på dem när jag inte kände dem. Hur botten jag tyckte att miljön på vårdhemmet var. Vad jag än gjorde och sade verkade vara fel och togs som personlig kritik. Jag ringde t ex varje dag för att höra hur han mådde. Fick ingen ro förrän telefonsamtalet var avslutat. Varje gång fick jag samma svar: "Peter mår bra!" Sedan inget mer.

— Jag blev nästan desperat och började skriva ner saker jag skulle säga. Det var så mycket om hans och mina känslor som aldrig kom till uttryck. För i mitten stod ju denna stackars oförstående osäkra vårdare och tyckte att jag var jobbig och inte litade på henne. Vi begränsade oss med tiden till att tala om praktiska saker som kläder och utevistelse.

— Vi blev mer och mer avvaktande och osäkra på varandra. Besöken och telefonsamtalen avtog. Det är ingen överdrift att säga att jag visste inte vad man förväntade sig av mig som förälder. Hade jag inte kontakt var inte det bra, hade jag kontakt lade jag mig i för mycket, och det var inte bra.

— Jag har också varit mycket känslig för vad man sagt om mig, t ex:

"Vad hon ringer ofta — tror hon inte att vi klarar av Peter?"



"Konstigt att hon kommer så sällan — har hon glömt bort Peter, han som blivit så fin."

---

### Rädd för telefon

---

— När jag fick telefonsamtal från vårdhemmet så var det alltid något negativt som hänt. Det fick till resultat att jag till slut vägrade att svara i telefon. Varje gång den ringde trodde jag att han hade dött, och hjärtat flög upp i halsgropen.

— En annan sak som var svår att vänja sig vid var att personalen alltid föreföll ha ont om tid. När någon kom och pratade lite mer än vanligt blev man så glad att man nästan bubblade över av tacksamhet.

— Att det var stor personalomsättning försvårade naturligtvis också min situation. Det var aldrig samma personal när jag kom på besök och det förde med sig att för att klara av besöket utan att fullständigt bryta ihop var jag tvungen att spela tuff och behärskad. Jag undrar just hur många människor som passerat revy i Peters liv.

— Jag har också haft mina stunder av djup svartsjuka gentemot personalen, därför att de klarat av vardagskontakten med Peter. När jag misslyckats har de lyckats. Det spelade ingen roll att de var många fler som delade på vården. Personalen var under en viss period mina värsta rivaler. Men det vågade jag inte tala om. Jag förstår så väl de föräldrar som inte har orkat med en fortsatt kontakt med sina barn. De som har givit upp.

— För både oss själva och för våra barns skull måste vi få känna att vi fortfarande har ett ansvar för våra barn och en viktig uppgift att fylla i barnens liv.

---

### Skiljas från ett barn

---

— Jag har sedan några år tillbaka försökt att skaffa så mycket kunskap som möjligt kring min egen situation. Jag har då förstått att den

på intet sätt är unik. Alla föräldrar som lämnat sina barn på en institution har upplevt eller upplever något liknande.

— Att skiljas från ett barn gör man inte frivilligt och utan smärta. Jag önskar innerligt att både föräldrar och andra kunde förstå och inse att man inte är en sämre människa därför att man måst ta ett beslut som strider mot ens innersta känslor och behov.

— Att man helt enkelt erkänt sin otillräcklighet och handlat därefter och tagit den psykiska smällen. Att sedan samhällets stora institutioner är ett dåligt alternativ till det egna hemmet, det är en helt annan sak.

---

### Familjen glöms bort

---

— När barnet väl är placerat på institution så centrerar man all uppmärksamhet på barnet och glömer helt bort att det finns en familj som har det svårt. Familjen är enligt min mening kärnan i mänsklig utveckling och kan inte ersättas. Människans medvetande om sig själv — den personliga identiteten — uppnås bl a genom en trygg känslomässig kontakt med dem som står barnet närmast.

— Familjen är den fasta punkten vare sig barnet är utvecklingsstört eller inte, institutionsplacerat eller inte. Barnet behöver familjen kanske än mer när det bor borta.

— Ofta är föräldrar negativa och skeptiskt inställda till institutionen. De upplever att institutionen "tagit barnet ifrån dem" även om de har haft tid till ett moget övervägande innan placeringen. Likaså kan föräldrar vara negativa och aggressiva därför att de känner misslyckande och nederlag, därför att de inte klarar av sitt barn och andra klarar det mycket bättre.

Den här upplevelsen av misslyckande och nederlag överförs då på personalen. Överhuvudtaget så genomsyras den här problematiken av skuld känslor som på olika sätt söker utlopp, därför uppstår det mycket lätt missförstånd mellan föräldrar och personal.

— Det finns föräldrar som helt undviker att besöka sina barn på institution, därför att deras försvar inte orkar hålla de emotionella dämningarna. Det kan upplevas så svårt, så i rädsla för att åter utsätts för en sådan kris, så undviker de att besöka sitt barn.

---

### Dålig information

---

— Bland många bidragande orsaker till att föräldrar till vuxna utvecklingsstörda på institution har lite kontakt eller ingen alls kan ha att göra med att de fått dålig eller ingen information alls om handikappet. Det var ju vanligt förr att man gav rådet att lämna bort barnet. Det fanns ju inga framtidsutsikter! Har man tagit det rådet är man naturligtvis full av skuld känslor.

— Jag tror att de föräldrarna har det enormt svårt nu när vi talar om integrering och normalisering. Att små barn mår bäst av att bo i det egna hemmet och att det är självklart att familjen ska stöttas.

— Av egen erfarenhet vet jag nu hur viktigt det är att ha en bra kontakt med den personal som vårdar ens barn. Det är en av förutsättningarna för att man ska orka vara en bra förälder. Men det är också viktigt att träffa andra föräldrar. Föräldrar och personal skulle tillsammans kunna bli en stor påtryckningsgrupp för bättre förhållanden för alla som bor på institution. ■

Monica Jeal

---

Bidraget på denna och föregående sida är hämtat från FUB-kontakt nr 1/1980.

LUKAS DOG - LIVET STOD STILLA

*Kriser är en del av livet. När de drabbar oss rasar tillvaron sönder. Men krisen ger också möjligheter, att ompröva och bygga nytt. Om kriser som vändpunkter, som bottnar, där det finns en väg ut - uppåt, mot växande och utveckling - handlade några artiklar i DN i höstas.*

Att mista ett barn - det är det otänkbara. Dit räcker inte vår fantasi, vill inte räkna.

Men det otänkbara händer. Barn dör. Livet avstannar för de föräldrar som drabbas, och kan fastna där. Eller gå vidare, om de hittar en väg genom sorgen.

"En sommardag 1976 stod plötsligt livet stilla. Vår fyraåriga son drunknade i en damm. Aldrig har en sådan sorg drabbat mig. Ett bottenlöst djup öppnades, där ingenting bottnar. Tankarna vandrar för att hitta en skugga på de kala vägarna. Spår av ångest och smärta fräter inom mig. Hur förhindra ett sönderfall?"

Så beskriver Sandra Ikse-Bergman hur det kändes den dag i början av juli 1976 när hennes son Lukas dog. Orden ingick som en del av den utställning Sandra hade på Galerie Doktor Glas i Stockholm tidigare i höst. De vävar hon ställde ut handlar om sonens död och om sorgearbetet efteråt.

Lukas var hennes första barn. Han drunknade i en oinhägnad damm på en granntomt, dit familjen gått motvilligt, av artighet, på picknick.

- Det var mycket folk där, och barnen sprang ut och in. Ingen hade direkt ansvaret för dem. Jag minns att jag satt och sa: "Nu känns det som om jag inte har några barn." Det var tätt mellan dem, Lina föddes bara 1,5 år efter Lukas. Det hade varit några jobbiga år medan de var riktigt små och jag samtidigt började komma igång med

mitt arbete, började kunna leva på det jag vävde.

- Just då måste det ha hänt.

Sandra försöker beskriva minuterna då hon stängde in sig på toaletten och bad till Gud, minuterna då helikoptern kom ut till ön, den minut då hon fick beskedet att Lukas var död. Orden är svarta. Att slungas in i ett kaos av ångest och smärta, där man förtvivlat famlar för att hitta en fast punkt.

Det är kaoset hon minns mest av tiden närmast efter. Sedan det starka förnekandet, försvaret mot det som är omöjligt att acceptera.

- Jag kunde inte fatta att Lukas var död. Han fanns så levande för mig. Jag kunde tänka att "Jan (maken) är där och ungarna är där".

- Jag vände mig till min bästa väninna och sa: "Du måste hjälpa mig nu." Men hon fick mig att förstå att det bara var jag själv som kunde arbeta mig ur sorgen. Ingen kan gå igenom det smärtsamma åt en.

- Begravningskvällen drack jag vin, och jag tror jag fick sömntabletter för att kunna sova. Men plötsligt kände jag: nej, jag vill inte dricka en droppe, inte ta en tablett, ingenting. Jag blev rädd för att om jag dricker så vet jag inte vad jag gör. Alla känslor blev så stora. Det fanns ett oöverblickbart kaos inom mig som jag var rädd skulle ta överhanden.

På flera månader drack jag inte en droppe vin eller öl. Jag kände att om jag ska klara det här så måste jag ha sinnena öppna.

I sina vävar har Sandra kunnat gestalta sin sorg, ge den en form,

göra den gripbar.

- Jag tyckte att jag hade tre alternativ: Att ta livet av mig. Eller att fortsätta och försöka klara av dag för dag. Eller att vända det som hänt till något positivt.

- Jag såg en befrielse i att dö. Det kändes som en sådan trygghet att om jag inte orkar så finns den utvägen.

- Fortfarande kan jag känna trygghet i detta. Men jag har inga självmordstankar längre. Och min rädsla för döden släppte när Lukas dog.

- Tidigare var jag så rädd för döden. Nu har jag försonat mig med den.

- Samtidigt känner jag att min livsglädje har fördjupats. Nu älskar jag livet så enormt! Jag känner att jag har så mycket ogjort att jag håller på att sprängas. Det bara växer fram bilder som jag aldrig kunnat göra tidigare.

- Någonstans finns Lukas hela tiden kvar i mig. Han finns på det sättet att jag har blivit mycket rikare på alla plan, och han har del i det.

Medan vi talar om Lukas gråter Sandra ibland stilla. Det är en gråt utan kramp, som har sin boten i ett accepterande.

- Ofta blir jag ledsen när jag tänker på Lukas. Men det är viktigt att ta reda på VARFÖR jag blir ledsen. Ärran finns ju kvar även om såren är läkta. Och jag vet att jag ibland har varit väldigt deprimerad innan och medan Lukas fanns och att jag ibland har varit oerhört lycklig och glad efter det att Lukas dog.

Hon har gråtit mycket, "så mycket att det känns som om jag inte har några tårar kvar". Och hon har skrivit.

- Jag började skriva lite dag för dag. När jag skrev satta jag ord på känslorna, fick dem att sätta sig. Det är en sån lättnad nu att läsa det jag skrivit och veta att där finns den yttersta sorgen, och jag vet när jag är där nere att

jag kommer upp!

Ändå finns det fortfarande klumpar i Sandras bröst, som begravningen. Sista möjligheten att se Lukas var en halvtimme före.

- Jag fick alldeles för litet tid! Jag hade velat sköta om honom, bädda för honom. Med begravningen kom den definitiva skilsmässan, men inte så som jag velat ha den.

- Och efteråt tyckte många människor att nu var det över. Avklarat.

Lukas död har hjälpt henne att se livet och döden som ett kretslopp. -Livet har döden i sig, det är en början och ett slut, en rytm, liksom i dag och natt.

Ur sorgen och smärtan föds styrkan och livsglädjen. Ur död och förintelse växer nytt liv.

En kort tid efter det att Lukas dog blev Sandra gravid. 1977 föddes Niklas.

- Steget blev ändå att fortsätta livet, att våga ... att bära ett barn i min kropp. Och hela tiden veta att det här är ett nytt barn, fast det har mycket med Lukas att göra.

Sandras utställning i Stockholm mötte ett enormt gensvar. Mäniskor kom, tittade tysta på hennes vävar, ville tala om egna upplevelser, några grät.

Det har varit väldigt viktiga samtal, säger Sandra. Nu kommer jag att våga mer. Jag ska försöka våga visa mina känslor ännu mer.

- Jag har börjat inse hur viktigt det är att man är någon, att man inte är rädd, att VI LÄMNAR SPÅR EFTER OSS.

(Något förkortad version av artikel på DN:s Just Nu-sida)



# En mamma och föräldraråd- givare:

*"Jag är ingen psykolog och ingen terapeut" skriver Ylva Hansson i Östersund, "men skall inte jag som förälder till ett utvecklingsstört barn och med praktisk erfarenhet av att ha gått igenom en kris, kunna ge en del?"*

Bäst att jag presenterar mig något. Jag är "från början" sjuksköterska. Tre barn har jag fått, en flicka född -71, som är utvecklingsstörd, en flicka född -73 och en pojke född -78. Nu arbetar jag som föräldrarådgivare inom FUB och kommer då och då bl a i kontakt med människor i kris.

Några reflektioner utifrån mina egna upplevelser och som föräldrarådgivare: Det är tydligen så, att ju mer utbildning man har (ex psykolog), desto mindre känner man att man kan, för det finns alltid så mycket att lära.

Det allra viktigaste när det gäller att jobba med människor i kris är att man har LIVSERFARENHET. Ni kan vara hur teoretiskt utbildade och duktiga som helst, men hur mycket man än *tror* att man förstår av hur en annan människa känner, så kan man aldrig helt förstå det om man inte gått igenom någon form av kris el dyl själv.

Nu menar jag naturligtvis inte att Ni alla borde ha fått ett utvecklingsstört barn innan Ni ger Er in på detta, det finns ju så mycket annat i livet som är utvecklande för "själen". (Det är ju som bekant så med kriser, att de antingen är utvecklande och ger större självkänedom eller också är de inkörsporten till en livslång psykisk invaliditet, om man inte kommit igenom den).

När vårt första barn föddes fick jag efter tre dygn ensam en första information under all kritik. Efter denna "information" gick jag från barnmottagningen till min sal på BB. Allt var kaos inom mig och hade jag kunnat krypa ur mig själv hade jag gjort det. Ingen hade jag att prata med (jag fick inte tag på min man per telefon på hans jobb).

Först två månader senare blev kurator inkopplad för vårt barn skulle flyttas till spädbarnshem och vi skulle bestämma om vi skulle ta hem honom eller ej. (Vilket vi tack och lov gjorde). Måste säga att det kändes meningslöst att berätta för henne vad vi gått igenom, för även om hon försökt förstå, så skulle hon inte ha förstått.

Jag har samtalat med en del föräldrar och när jag ställt frågan om de skulle vilja träffa en kurator eller psykolog under tiden på BB har de flesta svarat nej. (Alltså nej till krisbearbetning.) "Här kommer Ni, välutbildade och balanserade, och här nere kryper jag i mina problem. Nertrampad skulle jag känna mig." - "Nej, kom med en förälder som upplevt samma sak", säger de bl a.

Men däremot är Ni en utmärkt resurs när någon fastnat i sin krisbearbetning och behöver nya infallsvinklar för att komma vidare. Det är kanske den situatio-

nen Ni tänker på när Ni pratar om "Krisbemötande" m m ? !

Egentligen arbetar jag alltså inte ofta med människor i kris, eftersom det här föds en mongoloid per år och det främst är dessa familjer jag får tidig kontakt med. Andra typer av kriser kan en del föräldrar gå igenom när det gäller flyttning av deras barn el dyl.

När jag pratar med dessa människor känner jag mig "trygg i mig själv", för jag vet vad de går igenom och hur det känns. (Eller hur man kan uppleva detta, för man kan ju aldrig lägga sina egna upplevelser på någon annans och tro att alla känner lika ändå.) Och jag vet vad som eventuellt kan hjälpa.

Det är så i början att det egentligen inte finns något som någon säger som hjälper. Jo, att läkaren säger att han tagit fel och att barnet är helt normalt skapt! (Vilket handikapp det än gäller.) Men bara vetskapen om att man inte är ensam om att ha upplevt detta, hjälper en del. Och det hjälper ännu mer att sedan få träffa andra i liknande situationer, som kommit igenom den första hemska tiden, och få se att man kan skratta och sjunga och vara glad igen, trots att detta hänt.

Världen stannar inte bara för att jag varit med om något hemskt. Livet går vidare och tiden är en bra "sår läkare". En kris är ju inte bearbetad på någon månad, utan tar ju ibland flera år.

En viktig sak när det gäller föräldrar, som just fått ett handikappat barn, är att *föräldrarna pratar med varandra*. Jag tror det vore en hjälp för många om en psykolog "kastade fram" frågeställningar. Det är viktigt att veta hur den andre upplever det som sker och att berätta hur man själv upplever det.

När vi tagit hem vårt utvecklingsstörda barn satte vi oss ned min man och jag och diskuterade oss fram till vad vi tyckte var väsentligt i livet. Vad vi önskade våra barn och hur vi ville att vårt utvecklingsstörda barn skulle vara som vuxen. Tack vare det hade vi en linje att gå efter.

Sin kris måste man ju igenom *själv* och jag hoppas att Ni psykologer inte (omedvetet alltså) låter människor tro att Ni "tar över" deras kris, om Ni förstår hur jag menar?

Låt mig klart säga att jag alls inte skrivit detta för att "in-kompetensförklara" Er.

Om Ni har någon nytta av det är jag gärna med på konferensen om "Krisbemötande" och berättar om mina egna upplevelser omkring detta, mina känslor och reaktioner i de olika krisfaserna.

Självklart får Ni också i så fall fråga mig om det Ni vill veta. Det är inget av detta som jag upplever som "känsligt" att prata om på något vis. Jag bjuder gärna på mig själv om det kan vara positivt för någon annan.

Ylva Hansson

o + o + o + o

#### LÄSTIPS

"Första informationen" av Ia Linander, i FUB:s föredragsserie (nr 1).

Kan beställas per tel 08/24 62 10 eller från

Riksförbundet FUB  
Box 5410, 114 84 STHLM

# Föräldrarådgivare och mor:

*Vi har bätt Ia Linander, förälder och mångårig föräldrarådgivare inom FUB, att ge sin syn på kriser och krisstöd.*

Den senaste tiden har man från FUB och föräldrahåll starkt tryckt på det väsentliga i att få praktisk hjälp och avlösning i hemmet. Idag då allt fler multihandikappade barn växer upp i ett hem - det biologiska eller ett annat enskilt hem - är det ett "måste" med olika former av praktiska stödåtgärder för att familjen skall kunna leva ett någorlunda normalt liv. Under en period av vårdarbete dygnet om med minimal sömn, ingen tid för något som helst annat än det nödvändigaste hemarbetet och det vårdarbete barnet kräver, är det självklart att man först och främst behöver avlastning. Först när man löst det primära behovet av sömn och några timmar till någon slags avkoppling har familjen ork till annat som rör barnet.

(Detta belyses för övrigt utomordentligt bra i Ulrika Dahlgrens rapport "Timme för timme - en studie av vardagen i några familjer med flerhandikappade barn", Inst för Kulturgeografi och ekonomisk geografi, Lunds Universitet, 1980. De av POMSbladets läsare, som inte redan fått tillgång till denna rapport kan rekvirera den från Byrå LÅ 2, Socialstyrelsen, 106 30 STOCKHOLM, så långt upplagan räcker).

I FUB-kontakt nr 3/1980 skriver en mamma bl a "Vad vi behöver är främst praktisk hjälp och inte psykologisk" (se sid ). Ja, säkert har hon och fler med henne rätt på grund av ovannämnda skäl. Men generaliseringar är farliga, inte minst inom omsorgsverksamheten där problematiken är så olika

från familj till familj, från barn till barn, ja även växlar från tid till annan inom en och samma familj!

Genom min verksamhet som FUB:s föräldrarådgivare har jag under en rad år kommit i kontakt med åtskilliga föräldrar med varierande problem. Dessutom har min medverkan i föräldrarådgivarkommittén gjort att jag stått i ständig kontakt med övriga föräldrarådgivare runt om i landet.

Sist, men inte minst, är jag själv förälder till en utvecklingsstörd pojke. Så när jag säger att vi föräldrar i högsta grad har behov av psykologhjälp anser jag mig inte ha fel.

För de flesta föräldrar med ett handikappat och utvecklingsstört barn dyker under årens lopp en rad situationer upp som skapar ångslan, oro, rädsla, ilska, samvetsqual etc. Rent objektivt sett verkar det kanske många gånger vara en bagatell, men för föräldern är det just då allvar och bör tas på allvar.

Tyvärr hör man ibland hur omgivningen (inklusive omsorgspersonal) alltför lättvindligt slår bort en förälders oro. Ja, så drar hon eller han sig för att återkomma. Självfallet menar jag inte att man skall förstora upp en eventuell oro, men det betyder mycket att det i en sådan situation finns någon som kan och som ger sig tid till ett aktivt lyssnande.

Jag skall här försöka konkretisera några olika områden där jag genom åren upplevt att föräldrar behövt extra hjälp för att kunna fortsätta att ge sitt barn ett normalt stöd och själv få en sund syn på tillvaron. Psykologernas arbetsuppgifter är ju mångskiftande och man arbetar säkerligen på olika sätt. Så från min sida får det bli en prioriteringsfråga utifrån egna och andra föräldrars erfarenheter.

Första informationens betydelse har ju diskuterats gång på gång. Men värdet av en väl fungerande sådan kan inte nog poängteras, den eliminerar ju en rad senare problem. Visst upplever man tack och lov att det skett en förbättring, inte minst på de lasarett där det varit föreläsningar och diskussioner i ämnet. Men jag är rädd för att dessa föreläsningar inte upprepas kontinuerligt. Det vore väsentligt att så skedde för att det skall få önskad effekt, särskilt med tanke på den stora personalomsättning många sjukhus har.

På ett par ställen i landet finns det ju nu kristeam, som vid behov kan kopplas in om familjen önskar det. Man önskar att alla landsting hade sådan tillgång. Men så länge vi inte har det har omsorgspsykologen en stor uppgift att fylla. Dessutom tror jag inte att alla behöver ett kristeam - för många vore det säkert tillräckligt med någon som ger sig tid att lyssna och som är insatt i de olika krisfaserna.

Första informationen får ju inte vara en engångs-företeelse, utan en mer eller mindre långvarig procedur. Det är då oerhört väsentligt att man under denna tid verkligen får ventilera sina tankar och sin sorg med någon kunnig och förstående människa.

En grupp, som jag upplever har det extra besvärligt, är föräldrar till barn som först i skolåldern blir inskrivna i omsorgerna. De får ringa hjälp. Man hör ofta lärare klaga över att dessa barns föräldrar ej accepterat handikappet, vilket leder till dåligt samarbete som till sist går ut över barnet. En väl fungerande förälder, en förälder som accepterat sitt barn och dess handikapp, är den primära resursen för barnets framtid. Således bör så mycket som möjligt göras för att ge föräldrarna ett ordentligt stöd under den första, kaotiska tiden.

Föräldra-barn-kurserna är bland det bästa som hänt föräldrarna de senaste åren. I vissa landsting lär man nu - i samband med sparplanerna - diskutera att dra in dem. Det vore ett kortsiktigt sparande. Den trygghet familjer får genom att träffa andra i samma situation är av stort värde och sparar med säkerhet in andra stödåtgärder. Likaså att få en ordentlig information i omsorgsfrågor, att få träffa och umgås på neutral mark med representanter från omsorgsstyrelsen gör det sedan så mycket lättare att ta kontakt. Det vore ytterst beklagligt om man skulle dra in dessa kurser, i stället borde det vara obligatoriskt för alla landsting att arrangera dem årligen. Här bör psykologerna driva på för att dessa kurser ska komma till stånd; ni har FUB:s och föräldrarnas fulla stöd.

De senaste årens integreringar i olika sammanhang har vållat anhöriga mycken oro och rädsla. Nog skulle man önska en bättre information och förberedelse för alla parter. Återigen skulle många



senare problem undvikas. Jovisst överbeskyddar vi våra barn, alla föräldrar överbeskyddar nog sina barn då och då. Men av olika skäl ängslas vi än starkare över våra handikappade barn. Som förälder är man alltid litet orolig inför förändringar, men jag skulle vilja säga att många föräldrar är "livrädda" för t ex en förändrad boendesituation eller en förflyttning från en segregerad skola till en vanlig grundskola. Man skulle önska att den oron togs mer på allvar.

Det hjälper inte så mycket just att få höra att det ytterst sällan är någon, som efter en förändring vill ha den gamla situationen tillbaka. Många är de samarbetssvårigheter, som uppstått mellan föräldrar och personal just genom dåligt förberedda förändringar! En så pass enkel sak som att rent konkret ta med föräldrarna till den nya skolan, inacket eller dagcentret och att låta dem träffa den nya personalen, det kan eliminera det mesta av oron. Framför allt borde man aldrig bestämma en förändring "över huvudet" på föräldrarna. Det uppstår då nästan alltid en "låsning" och andra negativa yttringar. Där har psykologerna en stor uppgift, och övriga omsorgstjänstemän bör informera dem bättre om planerade förändringar.

Vuxna utvecklingsstörda, som skall flytta hemifrån eller från en institution till ett inackorderingshem, borde också förberedas bättre. Förberedelser görs nog, men hur ofta får den grupp, som skall bo ihop, en chans att träffas innan de flyttar? Flera gånger har jag hört önskemål om detta. Man behöver ju bara gå till sig själv: skulle jag vilja flytta ihop med en grupp främmande människor utan att först ha fått träffa dem både en och flera gånger?

En grupp föräldrar, som idag har det mycket svårt, är de som har barn på en institution. Att lämna sitt barn till en institution har alltid varit förenat med stora sorger och problem och ofta upplevts som ett personligt nederlag. Idag är situationen om möjligt ännu svårare för föräldrarna, då man känner till och läser om de senaste forskningsrönen kring de negativa effekter det kan få för ett barn att växa upp på en institution. För många föräldrar finns det dock idag inte något alternativ.

De har ofta i det tysta svåra samvetskval och självförebåelser. De får sällan någon hjälp, fast de är i stort behov av det! Många gånger bottnar ett dåligt samarbete mellan vårdhemmet och föräldrar just i föräldrarnas våndor. Vårdhemsbarnens föräldrar skulle kunna bli en bra mycket bättre resurs i vården - och som föräldrar! - om de fick hjälp med sina problem och en bättre insikt i dem.

Personalen, särskilt den yngre, är ofta mycket kritisk mot föräldrar på grund av bristande kunskaper och oförmåga att sätta sig in i föräldrarnas situation. Där fyller samtalsgrupper med föräldrar och personal en stor funktion. Många missförstånd har klarats ut på de institutioner, som ordnat sådana.

Vårdhemsproblematiken har mycket fint beskrivits i två skrifter i FUB:s föredragsserie: nr 2 "Att ha sitt barn på institution" av Monica Jeal och nr 3 "Att vara vårdare" av Karin Wahlgren.

(forts s 28)

# Intervju med omsorgskuratorer

*I ett samtal med psykolog Barbro Lundahl (B) berättar här Gunnel Ekbäck (G) och Agneta Ripemo (A) om sina erfarenheter av krisarbete under mer än tio år som omsorgskuratorer i Uppsala län.*

B: Ni har båda arbetat som kuratorer inom omsorgerna i mer än tio år. Har Ni förändrats, när det gäller synen på kriser och bemötande av människor i kris under de här åren?

G: I början fungerade jag mycket mera ytligt och praktiskt än nu, åkte hem till folk med leksaker från lekoteket, talade om omsorger och bidrag, såg mycken psykisk vånda men vågade inte riktigt ta i den ...

Jag vet mer vad det handlar om nu, är rakare.

A: Jag arbetade som skolkurator inom särskolan de första åren. Då talades det inte alls om kriser. Frigörelseproblematik stötte jag förstås på, men man trodde då inte att det gick att göra så mycket åt problemen. Numera vet jag att vi i vår yrkesroll är kompetenta nog och måste arbeta med kriser.

När det gäller nyblivna föräldrar t ex så har jag ju lärt mig att se hur barnets utveckling påverkas av hur väl föräldrarna har kunnat acceptera barnets handikapp. Jag tycker också att vi kan se ett klart bättre accepterande hos de föräldrar som fått ordentligt stöd och deras barn är mer harmoniska.

B: Numera fungerar Ni båda på ett djupare sätt än när Ni började, vågar gå mer direkt på problemen. Hur har Ni kommit därhän? Vad har varit viktigt för Er egen utveckling?

A: Man har själv mognat som person, klarat av sin egen familjebildning t ex. Jag tror att det måste vara tryggt för föräldrar att möta människor, som har integrerat sin egen livserfarenhet med teorin.

G: Jag har alltid sökt samarbete och stöd i andra, t ex hos psykologer, andra kuratorer eller lärare ... och det är ett råd som jag skulle vilja ge till unga kolleger: "Ge Er inte i kast med alltför svåra problem ensamma!".

Det är viktigt att lära av andra och att kontrollera sina egna iakttagelser. Det borde vara en regel - snarare än att betraktas som lyx - att samarbeta två och två i svåra krissituationer. Jag tycker nästan att det är en heder sak mot dem man arbetar med.

Om man är helt ensam och utan handledning kan man bli så ångestfylld i svåra lägen att man inte orkar ta de initiativ man borde.

B: Berätta om några sådana situationer, där Du var ensam men hade behövt någon att samarbeta med.

G: En gång arbetade jag väldigt hårt med ett par föräldrar för att de skulle klara av att lämna sin son till korttidsvård på ett vårdhem. Han var gravt skadad och föräldrarna var i oerhört stort behov av vila. Han dog första natten på vårdhemmet i ett epileptiskt anfall. - Att möta dessa föräldrar efteråt! Ångesten finns kvar ännu!

Jag bestämde mig för att aldrig mer påverka någon till att ta emot korttidsvård. Men det gick ju inte att fungera så, det blev ju fel i jobbet! Men jag hade behövt någon att dela det ansvaret med. När det gäller vårdpersonal och andra talar man om att man inte ska ha ensamarbete. Det borde gälla oss också. Samtidigt som man förstås inte får bli osjälvständig och vänja sig vid att alltid vara två, men i riktigt scära och knepiga situationer bör man vara två.

Andra gånger det är svårt är när man *måste* ta en kontakt med föräldrar, som aldrig träffar sina institutionsplacerade barn, om t ex en fosterhemsplacering och de bara vägrar att tala med en ens i telefon. Då behövs det någon att rådgöra med! Om föräldrarna inte ger sitt medgivande kan barnet bli kvar på vårdhemmet alltför länge, men eftersom de är låsta i en avvisande attityd vägrar de kontakt. Vems bästa ska man i sådana fall tänka på - barnets eller föräldrarnas? Hur mycket kan man tränga sig på?

A: Den här typen av etiska och moraliska bedömningar tycker jag att vi ställs inför hela tiden. Här är det verkligen viktigt att ha någon att testa sina egna idéer med.

G: Det här är nästan det svåraste och det som man hittills fått alltför *litet* hjälp med från litteraturen, alltså hur beter man sig vid *låsta* kriser. Var läser man om hur man handskas med människor, som lever bakom pansar och murar av försvar och som inte erkänner några problem, men som ändå fungerar oerhört dåligt?

Vi ser otroligt ofta skuldfyllda föräldrar med ambivalenta känslor för sina barn. Vi ser hur barnen blir alltmer olyckliga. Ofta får de sömnrubbningar och olika beteendestörningar och familjen håller kanske på att gå sönder. Men familjen ser inte sina olyckliga mönster, utan ger omgivningen skulden för sina problem.

Vad har vi för rätt att gå in här och slå hål på försvaret? Det är ett moraliskt dilemma. Både föräldrar och barn tar i längden skada och ju längre de låsta mönstren får bestå desto svårare blir de att komma ur. Det blir skolproblem, vuxenfrigörelsen försvåras och allt det där, men det är svårt att veta hur man ska bete sig. Oftast är man väl väldigt försiktig. Det skulle vara ett gott stöd att veta vad Socialstyrelsen tycker om de här frågorna.

B: Ni har båda varit med om flera fall där barn har dött. Vad har Ni lärt av de erfarenheterna?

G: Det är lätt att tycka att vårt engagemang är avslutat i och med att ett barn har dött. Sorgen är föräldrarnas, men jag tror ändå att det är viktigt med en "riktig" avslutning på kontakten, att vi, kurator eller psykolog, hör av oss och erbjuder oss att komma hem och prata en stund om det svåra som har hänt. Jag har gjort det flera gånger, oftast tillsammans med en psykolog, och föräldrarna har berättat om sjukdomsförloppet, om dödsögonblicket och om begravningen. Det har känts fint och viktigt.

A: Jag tycker att man alltid bör erbjuda ett samtal, ibland kanske det behövs fler. Vi är nog ändå de inom omsorgerna, som måste ta tag i deta här, och det är nog viktigt att man samarbetar två och två. Jag tror också att anhöriga uppfattar det som betydelsefullt om vi är närvarande vid begravningar. Det gäller förstås i de fall, där vi känt den person som dött eller där vi haft tät kontakt med de anhöriga.

B: En slutsats av vad vi har talat om tycks vara att arbete med kriser - och då ofta låsta kriser - inte går att komma förbi, varken för distriktskuratorn eller distriktpsychologen. För om vi ska kunna nå det direkta målet med vårt arbete, nämligen ett så normalt liv som möjligt för den utvecklingsstörde, finns det ofta inga omvägar runt föräldrarnas överbeskydd, överkrav och ambivalens. Det är ju det som ofta blir resultatet när föräldrarna inte fått tillfälle att bearbeta sina svåra upplevelser fram till ett accepterande.

Allt detta ställer stora krav på oss, vad gäller personlig mognad och utbildning.Handledning i vårt svåra arbete med kriser borde vara en självklarhet.

Barbro Lundahl

o + o + o + o

Föräldrarådgivare och mor (forts från s 25)

Härom dagen träffade jag en mamma, som med jämna mellanrum har sitt barn på en habiliteringsavdelning. Hon berättade om sin förtvivlan varje gång hon lämnade sin flicka på avdelningen:

"Aldrig frågar någon om hur min flicka har det, om det hänt något särskilt sedan sist och än mindre hur jag känner det.

Det känns som om dom tog emot ett paket.

Nästan varenda gång har jag gråtit på vägen ut från lasarettet. Nu sist mötte jag av en slump en av omsorgspsykologerna, som undrade varför jag var så ledsen. Då öste jag ju ur mig allt!

Psychologen tog mig då omedelbart upp igen på avdelningen, samlade personalen och jag fick berätta om hur jag känt det.

Tänk om detta hänt redan en av de första gångerna!"

Man kunde kanske tycka att vederbörande förälder själv skulle ha tagit detta initiativ. Men för många är det inte så lätt i en också för övrigt svår situation, man känner att man tränger sig på, "dom har så bråttom och har så mycket att göra".

En psykolog, som använder sina fackkunskaper tillsammans med vanlig medmänsklighet och även tar de "små" problemen på allvar, ja dig behöver vi!

Ia Linander

# Sjukgymnasten:

Många sjukgymnaster har en regelbunden kontakt med barnfamiljer och träffar varje barn kanske en eller två gånger i veckan, omväxlande i hemmet och på dagis. Arbetet består bl a i att behandla barnet och att instruera föräldrar och personal om hur de praktiskt skall handskas med barnet. Sjukgymnasten kommer också som representant för omsorgerna och får därför en hel del frågor och undringar kring barnets handikapp - frågor som sträcker sig från allmän barnutveckling till vilka olika former av ekonomiska bidrag som finns att tillgå.

När man som sjukgymnast kommer in i en familj är det frågor av medicinskt slag som dominerar. Man vill veta orsaker, diagnos och prognos, man har frågor kring medicinskt-tekniska termer, man undrar mycket kring kramper och mediciner. Många föräldrar blir verkliga medicinexperter.

Det är då mycket lätt att sjukgymnasten faller in i rollen som den medicinska experten. Det är tryggt för oss att hålla oss till detta. Vi är ju medicinskt utbildade - det är något konkret och praktiskt. Den situationen känner vi att vi behärskar.

Föräldrarna ser dessutom hur vi behandlar barnet - genom att vi tar i barnet blir handikappet mer gripbart, man kan hantera det praktiskt. Resultatet blir att den medicinska delen av handikappet förstärks. Föräldrarna vill gärna ha träningsprogram - det känns så bra att handgripligt kunna göra något åt handikappet.

Men arbete som sjukgymnast inom rehabilitering innebär kontakt inte bara med ett handikappat barn utan med en handikappad familj. Det är viktigt att vi förstår vad som händer i familjen. Vad är det jag som sjukgymnast åstadkommer? Hjälper jag familjen att bearbeta och acceptera handikappet eller fördröjer jag kanske processen genom att poängtera träning av det fysiska handikappet?

Den regelbundna och relativt täta kontakten med familjen innebär att vi får många förtroenden - krisen kryper fram i små portioner ibland. För andra brister alla fördämningar och när orden väl kommer finns det inget stopp.

Vid sådana tillfällen är det naturligt att bara vara medmänskliga och lyssna. Men hur handskas vi vidare med alla förtroenden? Vad händer nästa gång vi ses? Vilka förväntningar har vi då på varandra? Vår relation har förändrats och hur klarar vi den nya?

Massor av frågor dyker upp och det känns mycket otillfredställelse att vi inte är klara över vår roll i dessa situationer. I en del fall upptäcker förmodligen föräldrarna att vi blir osäkra och får kanske ångest efteråt för att de "pratade för mycket".

I vår grundutbildning har det hittills inte funnits något avsnitt om familjebehandling. De sista åren har det dock ordnats en veckokurs/år i familjearbete.

(forts s 32)

# Hemundervisningsläraren:

*Signaturen "Hanna", s k hemundervisningslärare, berättar här om ett möte med en familj i kris och om sina egna upplevelser och tankar i samband med detta.*

## Beskrivning av några händelser under ett drygt år

För en del år sedan kom jag i kontakt med Kerstin. Hennes 3,5-åriga dotter Johanna skulle bli min elev och vi möttes första gången på "dagis". Johanna hade fått förtursplacering eftersom hennes utveckling var "något sen", som Kerstin uttryckte det. Johanna hade blivit inskriven i omsorgerna. Föräldrarna hade hoppats att Johanna skulle "komma ikapp" sona kamrater, men de insåg nu att Johanna var mentalt retarderad. Hon hade en hjärnskada och en lätt diplegi.

Johanna var en liten älsklig flicka, mycket omtyckt av daghemspersonalen. I kamratkontakten gav hon ett mycket svagt gensvar. Hon flöt omkring på avdelningen i ultrarapid. Endast i matsituationen utvecklade hon energi, för hon var enormt förtjust i mat. Jag observerade att hon hade en helt klar situationförståelse. Hennes tal inskränkte sig till: "Dä".

Mamma Kerstin var en utåtriktad och pratsam person, utrustad med en god portion humor. Hon var nu gravid med sitt tredje barn. I familjen fanns även en storsyster, Maria, som jag träffade vid mitt första hembesök. Maria var en pigg och glad 9-åring, som stormade in i huset tillsammans med ett par kamrater.

Far i huset, Bengt, var oftast den som lämnade Johanna till "dagis" på morgnarna. Han var en vänlig, något allvarlig och en

smula tystlåten man. Han hade ett mycket mjukt och fint sätt med Johanna.

Johanna var ganska infektionskänslig och fick stanna hemma titt som tätt av den anledningen. Man oroade sig också för kramper i samband med stegrad feber. Vid dessa tillfällen besökte jag Johanna i hemmet, och Kerstin och jag lärde så småningom känna varandra ganska väl.

Jag hade också en känsla av att Kerstin tyckte det var trevligt att ha någon att prata med, eftersom hon nog kände sig ganska isolerad i sin förortsvilla. Kerstin berättade gärna om sig själv och det framgick att hon varit yrkesverksam fram till dess Johanna föddes. Sedan dess hade Kerstin känt att hon behövdes hemma för Johannas skull.

Innan Johanna föddes hade Kerstin haft ett missfall, och nu glädde hon sig mycket över att åter vara gravid. Hon sade dock att hon kände en malande oro över att "allt kanske inte skulle gå väl".

Men det gick väl! Kerstin födde en liten fin och välskapad pojke, lille Carl. Månaderna gick och Carl utvecklades väl, han log, grep efter föremål och jollrade.

Då Carl var omkring 10 månader gammal ringde Kerstin mig en kväll. Hon grät och var fullständigt uppriven. Carl hade insjuk-

nat i feber och i samband med detta fått krampanfall. Han var nu inlagd på sjukhus, och Kerstin och Bengt turades om att sitta hos honom. Carl fick stanna på sjukhuset under någon veckas tid och jag stod i daglig telefonkontakt med Kerstin. Hennes förtvivlan var nattsvart. Rapporterna var skakande. Krampanfallen var långvariga och svårlösta. Läkarna satte in mediciner och anfallen avtog, men Carl var trött och svårt medtagen. Så småningom kom Carl hem igen, och jag träffade honom hemma. Han log som vanligt men verkade utmattad.

Nu önskade Kerstin och Bengt besked om sjukdomen. Kunde Carl ha en hjärnskada? Hur såg framtiden ut för Carls del? Fanns det risk att han skulle bli mentalt retarderad som sin syster? Så småningom vidtog stora undersökningar. Läkarna kom fram till att Johanna och Carl bar på en ärftligt betingad sjukdom och att båda föräldrarna var bärare av arvsanlaget. Man satte in en helt ny typ av medicin i förhoppning om att Carl skulle hållas krampfri och att han genom denna tidiga medicinering skulle klara sig utan att få lika stora men som sin syster.

Att sjukdomen var genetiskt betingad var ytterligare ett svårt slag för Kerstin och Bengt. De frågade sig hur livet kunde ha ordnat det så ofattbart grymt, att just de två var bärare av detta ovanliga arvsanlag, som gav barnen så svåra skador. Kerstin återkom ständigt till detta. Hon vändades och plågades något fruktansvärt.

Jag försökte en gång försiktigt säga till Kerstin att jag trodde att hon skulle ha hjälp av att få tala ut med någon, som har erfarenhet av så här svåra saker: omsorgerna har psykologer, som ställer upp för att hjälpa familjer, som befinner sig i särskilt svåra situationer. Kerstin svarade att ingen mer än hon och Bengt kunde förstå detta, och att de två tillsammans måste hjälpa varandra att orka igenom.

#### Upplevelserna under denna tid rörde upp mängder av känslor hos mig själv.

Jag engagerade mig alldeles för djupt och levde mig in i Kerstins situation i alltför hög grad. Det medförde att jag under lång tid bar Kerstins svårigheter som en tyngd inom mig själv.

Jag hade faktiskt skuldkänslor för att allting i alla tider gått mig själv så väl i händer och greps av förtvivlan över att en del människor drabbas så orimligt hårt.

En känsla av otillräcklighet grep mig. Jag lyssnade ju på Kerstin hemma hos henne och i telefon när hon än tog kontakt, men jag tyckte inte att det räckte. Jag hade velat ingripa mer konkret, men jag visste inte hur.

Överhuvudtaget hade jag svårt att reda ut alla känslor, som strömmade över mig.

#### Några tankar efteråt

Vi, som är förskollärare och får kontakt med småbarnsföräldrar, upprättar ofta ett förtroendefullt förhållande till dem, något vi

ju också eftersträvar. Svårigheten blir då att dra de rätta gränserna mellan vänskapsrelation och yrkesrelation. Gränserna blir lätt uttraderade. Råkar man dessutom - som jag skildrat ovan - in i en situation där man i alltför hög grad identifierar sig med en förälder, då är frågan om man inte riskerar att stjälpas sig själv. Var går gränsen för yrkesrollen? Hur skall man undvika att identifiera sig alltför starkt?

Då detta inträffade befann jag mig själv i en lugn och harmonisk period, men hur gör man om man har fullt upp med bekymmer? Kan man sätta gränser för hur mycket man kan ställa upp? Har man rätt att sätta gränser för en medmänniska, som befinner sig i kris?

Jag hade ju en intensiv kontakt med Kerstin, som kunde formulera sina tankar och känslor, men jag undrade ofta över hur Bengt hade det. Han sade inte så mycket, men han såg oerhört trött och sliten ut. Barnläkaren var ett stort stöd för dem, och det är möjligt att den kontakten var tillräcklig för Bengts del.

Maria hade naturligtvis också en mycket svår tid i all denna upprivenhet, och hon hade med all säkerhet behövt hjälp att bearbeta sina reaktioner.

Jag har alltså den uppfattningen, att en familj i kris som helhet behöver mycket hjälp och stöd. Frågan är bara hur det bäst skall ske.

Kerstin uttalade klart att hon inte önskade få hjälp utifrån. Hennes spontana agerande, då hon ständigt vände sig till mig och till några andra närstående personer, bevisade dock motsatsen.

Hon upplevde tydligen också att varken Bengt eller Maria behövde mera stöd än det de kunde ge varandra inbördes.

Hur kan man övertyga människor om att de behöver en hjälp, som de inte efterfrågar? Hade de för övrigt öppnat sig för ett "kris-team", om detta kopplats in?

För min egen del skulle jag behöva lära mig hur man bäst förhåller sig i situationer som den jag här beskrivit. De flesta av mina kolleger har säkert haft liknande upplevelser och då känt sig lika otillräckliga och maktlösa som jag.

Vi behöver en grundkurs i psykoterapi!

"Hanna"

Sjukgymnasten (forts från s 29)

Kursen är inte ämnad enbart för sjukgymnaster, men det är den enda kurs som även riktar sig till sjukgymnaster (det finns 24 platser/kurs).

Alla vi som arbetar inom habilitering borde rimligtvis ha åtminstone grundkunskaper i terapeutiskt bemötande. Då skulle vi kunna delta i behandlingen av barnet och dess familj på ett sätt, som vore tillfredställande både för föräldrarna och oss själva.

Margareta Sandberg.



# Det där med kriser...

Frågan gör mig minst sagt osäker och sådana formuleringar som "Ska vi ta oss an kriser", "Är vi utbildade för att arbeta med kriser", "Vilken vidareutbildning ska vi kräva" m fl har tvingat mig till eftertanke och utlöst misstankar om att jag antingen är naiv, styv i korken eller helt enkelt okunnig.

Vi delar upp oss i barn-, ungdoms- och vuxenpsykologer, även i chef-, legitimerade, vanliga och PTP-psykologer för att inte säga i individ-, grupp- och familjeterapeuter. Ska vi nu också dela in oss i specialister för lätta, medelsvåra respektive svåra problem?

Är inte krisen ena änden av en upplevelsekontinuitet, där "peak-experience" är den andra? Och kanske lika vanligt förekommande?

Statistiskt sett är "kriser" mycket vardagliga och normala inslag i det mänskliga livet. De ingår i livsvillkoren för "homo sapiens" och oftast bara i dennes - de är priset.

Håller vi på att hysa överdriven respekt för något, som mycket väl kan vara ett av våra egna "mode-ord"?

Om vi skulle se "kriser" som ett vanligt inslag i människans liv, borde vi då inte ha lärt oss att handskas med dem? Eller, annorlunda uttryckt, då har vi väl lärt oss det?

Vi kan inte ta oss an alla människor eller alla typer av problem vid alla tidpunkter av vårt liv. Jag är fortfarande djupt tacksam för att min enda insats, under några veckor, kunde inskränka sig till en gemensam blomsterkvast när en närstående kollegas nyfödda barn dog och min egen son bara var fjorton dagar gammal.

Men att principiellt avstå från att hjälpa andra människor när de har det som värst? Med bibehållen trovärdighet som yrkesman?

Och om vi går en kurs i kristerapi, ingår då som delmoment behandling av "glädjefnatt"? Eller är det nästa steg i vidareutbildningen?

Where shall it ever end?

Heinz Mauermann

# Omsorgspsykologi och psykoterapi

*De förståndshandikappades "psy-  
kiska kris" är i första hand  
ett gemensamt problem av att  
inte få vara med i samhällsge-  
menskapen, hävdar här Rolf  
Berglin och Staffan Stålfors,  
omsorgspsykologer i AB-län.*

Psykologens arbetsuppgifter inom omsorgsverksamheten har länge diskuterats och frågan är om man inte kunde vänta sig en klar arbetsbeskrivning vid det här laget. Tyvärr är så inte alltid fallet!

I samband med POMS' upprop inför ett temanummer om kristerapi vill vi redovisa vår syn på de psykoterapeutiska arbetsuppgifternas plats i omsorgsarbetet.

Vår utgångspunkt är att psykologen måste se skillnaden mellan dels att arbeta med psykologi med dess speciella metodik och dels att arbeta som omsorgspsykolog, vilket innebär att bevaka psykologiska aspekter i en lång rad sammanhang, där målet för arbetet är att normalisera livsvillkoren för de förståndshandikappade.

Arbetsinsatserna för psykoterapeuten är i viss mån mer överskådliga än de är för omsorgspsykologen. Är det kanske  *dessa omständigheter* som lockar omsorgspsykologer att arbeta som psykoterapeuter? Det vore ju i så fall ett enkelt sätt få klarhet i vilka omsorgspsykologens arbetsuppgifter är!

Men så lätt löser vi inte problemet. Arbetet för psykologerna inom omsorgerna måste med all nödvändighet ha ett mångsidigt innehåll. Litet tillspetsat vill vi hävda, att omsorgen

inte har behov av psykoterapeuter, då deras arbetsinsatser  *primärt* inte svarar mot intentionen att normalisera de förståndshandikappades livsvillkor. Även förståndshandikappade måste för att kunna leva först ha en vettig bostad och en meningsfull daglig sysselsättning.

## Det här ska omsorgspsykologen göra

Den övergripande målsättningen för omsorgspsykologens arbete är att med utgångspunkt från psykologiska kunskaper normalisera de förståndshandikappades livsvillkor. Vår kunskap omfattar dels allmän psykologisk kunskap om individer, grupper och relationer mellan människor, dels speciella kunskaper om förståndshandikappets innebörd och konsekvenser.

I detta ligger kunskaper om hur miljön (såväl den fysiska som den sociala) bör utformas för att de förståndshandikappades levnadsbetingelser ska normaliseras. Exempelvis hur boendemiljön bör utformas, hur människor reagerar inför avvikande och hur man kan förbättra relationerna mellan förståndshandikappade och icke handikappade.

Omsorgspsykologernas arbetsområde blir med denna utgångspunkt ett av de mest mångsidiga psykologarbeten man kan finna. Fler-

talet av oss arbetar med förståndshandikappade människor i alla åldrar, vi arbetar med familjer och en mängd olika personalgrupper. Vi deltar i utvecklandet av olika organisationer som barnstugor, skolor, dagcentrer, inackorderingshem, elevhem, vårdhem etc. Vi har diagnostiska arbetsuppgifter t ex inför skolstarten. Vi arbetar som konsulter till skilda personalkategorier. Vi deltar i utbildning av t ex PBU-personal kring förståndshandikappet. Vi har stödsamtal med förståndshandikappade och deras anhöriga samt hänvisar dem som är i behov av mera kvalificerad psykoterapi till befintliga resurser. Etc, etc.

Det är klart att med en sådan spännvidd i arbetet kan man ha svårt att utveckla och vidmakthålla ett kvalificerat yrkeskunnande inom alla områden. Vår uppgift måste vara att för andra tala om vad vi kan uträtta på ett kompetent sätt och vilka arbetsuppgifter omsorgspsykologen inte kan åta sig. Kvalificerad psykoterapi med förståndshandikappade och deras anhöriga är sådana arbetsuppgifter som vi måste tala om att vi inte kan bedriva parallellt med annat omsorgsarbete.

#### Psykoterapeutiskt arbete inom omsorgsverksamheten?

Sett i perspektiv mot omsorgens mångsidiga psykologinsatser är psykoterapin väldigt överskådlig. Det handlar om en överenskommelse med klienten om att samtala under strukturerade förhållanden under en viss tidsperiod. Om omsorgspsykologen väljer att arbeta som psykoterapeut måste han rimligtvis ha tillräckliga kunskaper och erfarenheter av sådant arbete. I detta sammanhang kan det vara värt att påminna om att psykologutbildningen idag inte ger oss kompetens att självständigt bedriva terapi.

Den förståndshandikappade måste ha rätt att välja om han eller hon vill ha psykoterapi. Den rättigheten har vi andra. Är man förstånds-

handikappad och inskriven i omsorgsnämnden ska man inte behöva riskera att få en kvalitativt sämre psykoterapi därför att en psykolog, som ej har terapeututbildning, tycker det är roligt att bedriva terapi. Den psykolog, som vill ha en förståndshandikappad person i terapi, bör först ställa sig frågan om han skulle ta jobbet ifall klienten vore normalbegävad!

Terapisituationen innebär en förtroendefull situation, där all information kring klienten ska stanna mellan terapeut och terapand. Detta krav blir omöjligt att uppfylla för omsorgspsykologen som samtidigt är psykoterapeut: han arbetar i sammanhang där tystnadsplikten blir konfliktfylld och t o m orimlig. Ta som exempel psykologen som arbetar som handledare för personalgruppen på ett inackorderingshem och samtidigt bedriver psykoterapi med en boende.

Frågan om hur förståndshandikappade ska få tillgång till psykoterapi leder oss, som vi ser det, fram till tre möjliga svar:

- 1 Vi ska vara både omsorgspsykologer och psykoterapeuter
- 2 Vi ska ha speciella terapeuttjänster inom omsorgerna
- 3 Vi använder oss av det utbud av psykoterapi, som finns ute i samhället

För oss framstår som helt klart att påstående 1 måste besvaras med NEJ, av skäl som framgår av ovanstående redogörelse.

Påstående 2 kan besvaras med JA med motiveringen att nuvarande resurser för psykoterapi för förståndshandikappade är så dåliga. Alltför få psykoterapeuter i samhället känner sig kompetenta att ha terapi med förståndshandikappade.

Påstående 3 är med andra ord det önskvärda svaret.

Till sist! Så länge som omsorgspsykologerna mumlar om att också arbeta som psykoterapeuter har vi ingen chans att erhålla kvalificerad psykoterapi för de förståndshandikappade.

Täby den 26 november 1980

Rolf Berglin

Staffan Stålfors

## Några lästips:

- Stenstedt, Karin: "Krisbehandling i öppenvårdsteam - ett psykiatriskt vårdalternativ".  
Läkartidningen, 70:4154-4158, 1973
- Cullberg, Johan: "Det psykiska traumat"  
SFPH:s monografiserie nr 1, 1971
- " - : "Kris och utveckling"  
Natur och Kultur, 1975
- Ewing, Charles: "Krispsykoterapi"  
Natur och Kultur, 1980
- Alstrin-Sarracino, Nina: "Krishjälp - första hjälpen i ångest"  
Askild & Kärnekull, 1980
- Bellak, L & L Small: "Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy"
- Rapofort, L: "Crisis-oriented short-term casework"  
Social Service Review, 41:31-43, 1967
- Parad, Howard (ed): "Crisis Intervention. Selected readings"
- Rusk, T N: "Opportunity and Technique in Crisis Psychiatry"  
Compr Psychiatry 12:249-263, 1971
- Small, L: "The Briefer Psychotherapies"
- Hedberg, Jan-Alvar: "Att få ett utvecklingsstört barn - psykisk kris"  
Steg för Steg, 18, nr 2-3:43-46, 1973

Litteraturen börjar nu bli omfattande även på detta område, om de artiklar och böcker, som finns upptagna här ovan, får bara ses som ett kortfattat och litet subjektivt urval.

# SIVUS-DEBATTEN, ett genmäle

*De synpunkter på introducerandet av SIVUS-metoden, som Heinz Mauermann tog upp i nr 46 av POMSbladet kommenterades av upphovsmännen och dagcenterpersonal i nr 47. Här återkommer Heinz med ett genmäle.*

Det vore synd om SIVUS ifall reaktionerna på mitt något provocerande inlägg skulle spegla intresset för arbetssättet.

Äras den som äras bör - jag beklagar om jag kunde tolkas som om jag trodde att Socialstyrelsen hade kommit med något nytt. Det tror jag inte, även om jag har all respekt för styrelsen.

Jag anser att införandet av SIVUS sker på ett psykologiskt sätt och att det kan väcka en del känslor hos personalen, som kan bli hindrande. Det mest slående exemplet på det bidrar projektledarna själva med: citatet ur Pål Ture Pålssons förord ("när jag ser tillbaka skäms jag") är ett ovanligt tecken på moraliskt mod, inte många skulle kunna medge tjugo år av felinriktat arbete. De flesta av oss skulle nog hålla sådana skam- och skuldkänslor på avstånd med hjälp av kommentarer i stil med "så där har vi ju alltid gjort". Det vore helt enkelt för mycket att bokföra på 'minussidan' och jag förmodar att det inte är något fel på Påls självförtroende.

Även det som tas upp i "Socialstyrelsen redovisar 1979:12" (som varit min referenslitteratur om SIVUS) under SJÄLVFÖRTROENDE och som börjar med "att vara, att ha, att våga, att kunna" är väl snarare 'produkter' av ett gott självförtroende än 'grunden' till det. Jag måste ha mycket på 'plussidan' innan jag vågar titta på mina svagheter.

Personligen tycker jag att denna strävan att göra folk medvetna om sina handikapp har något perverst över sig. Först när de utvecklingsstörda har fattat att de är lika bra som vi kan vi begära insikt om att de är lika 'dåliga'. Annars får verksamheten ett inslag av sadism.

Det är ju så innerligt dumt att tala om för en människa med träben att det är därför hon inte kan kuta. Hon lever ju med det - hur ska hon kunna lyckas med att inte vara medveten om det.

Att tro att okunnighet eller dumhet ligger bakom förnekandet av handikappet är ett förbiseende av grundläggande mänskliga reaktioner, som om utvecklingsstörda inte skulle behöva några försvarsmekanismer.

Ingrids och Karins svar är förståeligt om de tycker att jag nedvärderar omsorgspersonalen. Det gör jag inte och jag undrar om jag ska ta denna förebråelse lika allvarligt som de femtio genomläsningarna av mitt inlägg.

Jag har ingen lust att diskutera SIVUS som metodik - SIVUS slår in öppna dörrar hos mig. Det är sättet att införa det jag ifrågasätter.

Heinz Mauermann

# POMS international



*Mona Trumstedt, idag socialarbetare i Stockholms socialförvaltning, arbetade under tiden september 1976 - mars 1980 som UBV-volontär (Utbildning för biståndsverksamhet) vid ett mentalsjukhus i Lima, Peru.*

*Mona berättar här några intryck från sin verksamhet, som bl a också omfattade utvecklingsstörda.*

Som socialarbetare var jag stationerad på sjukhusets barnklinik. Mina huvudsakliga arbetsuppgifter bestod i att skriva sociala utredningar angående patienterna på den öppna vården, göra hembesök hos familjerna samt skaffa donationer till de föräldralösa barn, som var patienter på kliniken.

Mentalsjukhuset är uppkallat efter godsägaren V Larco Herrera, som ömmade för de psykiskt sjuka och handikappade i landet. Eftersom han var enormt rik kunde han donera pengar till peruanska staten för inrättande av ett mentalsjukhus i Lima.

Mentalsjukhuset grundades år 1918 i stor skala med tjugo paviljonger. Det blev ett föregångssjukhus för den sydamerikanska kontinenten. Läkare från grannländer som Ecuador och Bolivia kom för att göra sin praktik där. Förhoppningarna var stora på att detta sjukhus skulle utveckla psykiatri i Sydamerika.

Tyvärr kunde sjukhuset inte upprätthålla den kvalitet, som man föresatt sig. En planeringsgrupp från Hälsovårdsministeriet, som hade gjort studiebesök i Europa, bestämde sig till slut att konstruera sjukhuset efter schwei-

zisk modell.

Barnpaviljongen, där jag arbetade, öppnades år 1938. Det är relativt tidigt, internationellt sett. Barnkliniken hade amerikansk förebild. Grundare var en peruansk barnläkare, som insett det stora behovet av en barnpsykiatrisk institution. Målsättningarna var höga, men den peruanska verkligheten visade sig tyvärr vara anorlunda. Perus ekonomi befann sig i konstant kris. Givetvis blev då anslagen till psykiatrisk vård lidande. Under min tid på sjukhuset (1976-80) sänkte militärjuntan anslagen till hälften, trots att behoven hela tiden ökade.

Med tiden blev mentalsjukhuset ett kronikersjukhus, en sopstation för handikappade människor utan ekonomiska tillgångar. Inte bara psykiskt sjuka människor lades in på sjukhuset, utan även andra handikappade som utvecklingsstörda, epileptiker, polioskadade, dövstumma m fl.

Perus ekonomiska problem förvärrades i och med militärjuntans tillträde 1968. Mentalsjukhuset V Larco Herrera förslummades alltmer, trots att behovet av sjukhuset ökade. Det var länge det enda mentalsjukhuset i Peru.

På sextiotalet uppfördes till sist ytterligare ett statligt sjukhus, också det i Lima. Det nya sjukhuset, som heter Hermilio Valdizán, har dock bara 250 platser. Det fungerar huvudsakligen som sjukhus för akut sjuka/öppen vård. V Larco Herrera med sina 1200 platser har däremot fått ta emot kroniskt sjuka patienter och har hela landet som upptagningsområde.

Eftersom jag arbetade hela tiden på barnkliniken vid mentalsjukhuset skall jag närmare beskriva barnens situation på det sjukhuset.

Barnkliniken består av en byggnad, uppdelad på två paviljonger: avd 14 och avd 15. Avd 14 kallas kronikeravdelningen. Där finns cirka 40 barn i åldrar mellan 5 och 18 år. Så gott som samtliga är föräldralösa eller övergivna av sina föräldrar. De blir övergivna därför att de har fysiska och/eller psykiska handikapp. De fattiga föräldrarna har inte råd att försörja handikappade barn, som inte kan bidra till familjens försörjning.

Samhället - d v s staten - hjälper inte heller till. Det finns inga bidrag att hämta eller stöd från några institutioner. Därför överges barnen. De plockas upp av polis från gatorna eller lämnas direkt till sjukhuset. Ibland hittar personalen barn på sjukhusområdet. Oftast kan de inte tala och de kan därför inte heller lämna några upplysningar om sitt ursprung.

På avd 15 finns endast cirka 10 barn inlagda. Det finns plats för trettio barn, men man kan inte utnyttja hela kapaciteten på grund av brist på personal och material. Barnen har remitterats från den öppna vården. Vanligtvis har de föräldrar.

Avd 15 kallas för akutavdelningen; avsikten är att endast akut psykiskt sjuka barn skulle läggas in där. Behandlingstiden skulle vara kort, för att undvika att barnen blev kroniker. Tyvärr har det visat sig, att föräldrarna tenderar att överge sina barn när dessa väl blivit inskrivna på avdelningen. Det rör sig om utvecklingsstörda eller psykotiska barn. Föräldrarna har insett att utsikterna är små att barnen skall tillfriskna. Därför försvinner de. När socialassistenten gör hembesök upptäcks antingen att föräldrarna lämnat falsk adress eller att de har flyttat till okänd adress. Barnen har då ingenstans att ta vägen när det är dags för utskrivning. De måste stanna kvar på sjukhuset. Följden blir att barnkliniken fungerar som ett uppsamlingsställe för föräldralösa barn med fysiskt eller psykiskt handikapp.

I praktiken blir det då enbart den öppna vården som kan fungera som psykiatrisk vård. Dit remitteras barn från skolor eller från andra sjukhus. Några föräldrar kommer självmant för att söka hjälp för sina barn.

Majoriteten av de barn, som kommer på nybesök, har inga egentliga psykiska störningar. De flesta har förståndshandikapp eller fysiska handikapp, t ex neurologiska skador och liknande. Tyvärr har psykiatrikerna inga resurser att behandla dem, utan föräldrarna får en kort information och en remiss till barnsjukhuset för pediatrik sjukvård.

De barn, som läkarpersonalen behandlar, är barn med psykiska störningar. Dem kan man ju förhoppningsvis rehabilitera. Symtomen

är oftast skolsvårigheter, skolk, sömnbrist eller beteendestörningar. Bakom dessa symtom gömmer sig sådana grundläggande orsaker som social misär, fattigdom och näringsbrist.

Den personal, som arbetar inom öppna vården, består av tre psykiatriker, tre psykologer, en socialassistent, två pedagoger och en talpedagog. De arbetar endast halvtid. Gruppen arbetar var och en inom sitt specialområde. Tyvärr är man inriktad på att enbart behandla psykiskt sjuka barn med mindre allvarliga symtom. De utvecklingsstörda och psykotiska barnen betraktar de som hopplösa fall.

Staten remitterar genom "Juez de Menores" (ung 'domare för barnavård') försorg alla föräldralösa, handikappade barn till mentalsjukhuset. Det statliga barnhemmet tar bara emot friska barn utan defekter. Mentalsjukhuset V Larco Herrera är ett vuxensjukhus, med andra ord inte anpassat för vård av handikappade barn. Lokalerna är bristfälliga och det finns inga anslag för inköp av kläder, leksaker, till skola etc. Barnen springer oftast omkring halvnakna i begagnade kläder, skänkta till sjukhuset av generösa barnfamiljer. Vålgörenhetsorganisationer som Rotary och Lion's Club anser det inte vara lönt att donera material till mentalsjukhusets barn, de skänker i stället sina gåvor till andra institutioner.

Det fåtal leksaker, som diverse privata företag skänkte till julen, fördelade personalen till patienterna inom den öppna vården, med den motiveringen att de inlagda barnen inte hade vett att sköta leksakerna utan genast tog sönder dem.

Barnen på avd 14 och 15 lever med andra ord en vegeterande tillvaro. Inte heller sjukvårdspersonalen ägnar dem någon större omsorg. Läkarna arbetar endast med de barn, som går i den öppna vården. De har inte tid med mer, eftersom alla arbetar deltid. Likadant gör psykologerna, socialarbetaren och pedagogerna. Det finns bland personalen heller inte något intresse för att arbeta med utvecklingsstörda, föräldralösa barn. Alla skyller på tidsbrist, och sjukvårdsministeriet har inte råd att anställa utbildad personal på heltid. Följden blir att de mest handikappade barnen blir lidande.

Den enda personal, som arbetar med dem, är vårdare utan utbildning samt en sjuksköterska. Hon fungerar också som chef för avdelningen. Tyvärr används sjuksköterskan som medhjälpare i öppna vården, så chefskapet för inläggningsavdelningarna sköts inte särskilt omsorgsfullt.

Det finns för få vårdare för varje barngrupp. Konsekvensen blir att tiden inte räcker till att sysselsätta sig med barnen - bara till städning.

Låt mig berätta om ett typiskt fall, en pojke som heter Lucho Díaz. Han var patient på avd 14, kronikeravdelningen.

Lucho är en pojke på sju år, tredje barnet i en syskonskara på fyra. Alla syskonen är mer eller mindre utvecklingsstörda. En av hans äldre bröder är också inlagd på kliniken sedan flera år tillbaka. Brodern är gravt utvecklingsstörd och föräldrarna har slutat



att besöka honom. En dag tog föräldrarna med sig Lucho till öppna vårderna. De klagade över hans beteende. Lucho var olydig. Han gick inte att uppfostra. Han kunde bara säga några ord och var väldigt orolig.

Läkaren såg genast att han var utvecklingsstörd och förmodligen hade en hjärnskada. Han beslöt att skriva in honom på avd 14 för observation. Föräldrarna var lättade över att bli av med en börda.

Tyvärn blev läkarens observation av Lucho inte särskilt grundlig. I praktiken hamnade Lucho på en asyl, vars syfte var förvaring. Föräldrarna slutade strax upp med att besöka honom, varför det blev dags för socialarbetaren att göra ett hembesök.

Det ovanliga med det här fallet var att adressen inte var falsk. Familjen bodde i en kåkstad i ett slumområde i hamnstaden Callao strax utanför Lima. Hyddan var gjord av kartonger och sävmattor. Socialarbetaren kom på en överraskningsvisit och fann modern utanför hyddan. Hon kokade soppa i en stor gryta på ett gaskök. Minsta barnet - en flicka på ungefär 5 år - satt smutsig i en baby-sitter. Barnet var utmärglat som ett skelett. Benen var förtvinnade och blicken irrade utan mål. Hon var tydligen mycket sjuk och mycket gravt utvecklingsstörd. Modern var analfabet och verkade också vara utvecklingsstörd. Hon förstod inte de enklaste resonemang och verkade inte hysa någon större moderskänsla för barnen.

Några större barn lekte run omkring - det var Luchos äldre bröder. De var illa klädda, smutsiga och stirrade på mig med hatiska blickar. Fadern kom ut ur hyddan. Han verkade normalbegåvad. Han förklarade att han var arbetslös och levde på att löda trasiga kastruller och andra hushållsredskap. Han gick runt i kvarteren med sina verktyg på ryggen och bjöd ut sina tjänster. Somliga dagar lyckades han inte förtjäna något, andra dagar fick han några soles (peruansk valuta) till mat för familjen. På min fråga hur han såg på att hans barn var utvecklingsstörda, suckade han och sade att han förmodade att det var Guds straff.

När jag gick därifrån närmade sig en granne och bad mig göra någonting. "Den här familjen svälter ihjäl och alla barnen är tokiga. Snälla Ni, Ni måste göra något!" Jag kunde inte göra mycket mer än beställa tid hos läkaren för det minsta barnet. Mamman kom också med flickan, men det var inget att göra, flickan var för sjuk. Hon skickades hem med medicin och näringspulver, som kliniken fått av någon välgörenhetsorganisation. (Annars får familjerna själva bekosta medicinerna, som är mycket dyra i Peru, de får bara receptet gratis).

Lucho fick alltså stanna på kliniken ytterligare en tid. Han blev efterhand lugnare och han kunde tränas att sköta dagliga sysslor som städning, diskning m m. Han skulle ha kunnat lära sig mycket mer, kanske till och med att tala. Men talpedagogen arbetar bara med normalbegåvade barn.

Då föräldrarna inte uppgivit falsk adress sändes Lucho så småningom hem - han hade ju förbättrats. Vi förlorade kontakten med honom men visste att han gick en osäker framtid till mötes. Vem bryr sig om ett utvecklingsstört barn i ett u-land?

Mona Trumstedt

INFÖR DET INTERNATIONELLA HANDIKAPPÅRET

POMS' arbetsgrupp har hjälpt till att få fram ett ljud- och bildband mångfaldigat - det handlar om en psykiskt utvecklingsstörd pojke i Lima, Peru.

Bilderna har tagits av Mona Trumstedt, som skrivit artikeln på föregående sidor.

- Inom ramen för ett samarbetsavtal med Vuxenskolan är RiksFUB också intresserat av att materialet sprids.

Vi som sett materialet är helt tagna av det. Bilderna är skakande och liksom texten starkt engagerande genom sin saklighet. Den verklighet som presenteras kan man inte glömma.

Man kan använda materialet till att väcka människor till insikt om att vi måste bry oss om hur psykiskt utvecklingsstörda i andra länder har det.

Vuxenskolan i Södertälje har beställt kopior från UBV, som har bildoriginalen. Man räknar med att bilderna med ljudbandet ska vara klara i slutet av januari eller början av februari. Priset är ännu inte fastställt.

Materialet kan rekvireras från Ulla Arnberg, Vuxenskolan, Box 255, 151 03 SÖDERTÄLJE.  
Tel: 0755-342 00.



Vi vill också fästa alla POMSmedlemmars uppmärksamhet på IM:s verksamhet för utvecklingsstörda i Jerusalem och i Amman. Särskilt fadderskapsverksamheten är väl något vi borde satsa på! För några tiotus i månaden kan vi hjälpa/rädda en psykiskt utvecklingsstörd och hans familj.

IM betyder Individuell Människohjälpp. Adressen i Sverige är Box 1562, 221 01 LUND.

I Amman finns ett vårdhem, en särskola och en yrkesskola för utvecklingsstörda. Det är också där som fadderskapsverksamheten finns. Adressen är Box 2378, AMMAN, Jordanien. Ledare är Gunhild Sehlin.

Också i Jerusalem finns vårdhem, särskola och yrkesskola för utvecklingsstörda barn. Adressen är Swedish Organization for Individual Relief, P.O. Box 19011, JERUSALEM.

Ledare är Åke Olausson.

o - o

Vuxna, lindrigt utvecklingsstörda kan behöva vår hjälp att få kontakt med utvecklingsstörda i andra länder. Kanske vi skulle kunna förmedla kontakter t ex genom IM:s verksamheter i Amman och Jerusalem. Det kan börja med vykort och kan kanske någon gång leda till deltagande i en internationell konferens med många psykiskt utvecklingsstörda från många länder!

Du vet väl att internationella föräldraligan har kongress i Kenya i november 1982. För första gången anordnas där samtidigt en kongress för utvecklingsstörda, där de ska ges tillfälle att föra fram sina uppfattningar.

Inga Sommarström



STENSLAND-JUNKER, KARIN:

DE ENSAMMA

Natur och Kultur 1980

"De ensamma" har kommit i nyutgåva. Det är en fängslande bok, en gripande bok, som man läser mer som en roman än som en fackbok.

Boken handlar om Karin Stensland-Junker och två av hennes barn - Boel och Anders - båda mentalt handikappade. Boel är autistisk, Anders har en hjärnskada.

Den här boken var en av de första som kom ut om just autistiska barn. Karin Stensland-Junker har till exempel myntat begreppet "Barnet i glaskulan".

Boken ger en klar bild av vad ett autistiskt barn är och hur det skiljer sig från de andra barnen. Även skillnaden mellan ett autistiskt och ett "vanligt hjärnskadat" barn kommer fram.

Kanske handlar boken mest om mamman till de ensamma barnen, hennes kamp för att få bekräftelse på sina onda aningar, hennes ångest, de otaliga läkarbesöken, hennes magiska föreställningar om vad som kan ha orsakat skadorna. Det är en beskrivning som antagligen ger mycket av allmän giltighet, om hur det känns att vara förälder till ett skadat barn.

(forts nästa sida)

## HURRA! Det lyckades!

I nr 45 av POMSbladet publicerade vi en skrivelse till Stockholms läns landsting med hemställan att man under 1981 - det internationella handikappåret - skulle inrätta stipendier för utländska omsorgsarbetare, som under några månader ville lära känna svenska förhållanden och arbetssätt litet närmare.

Häromdagen fick vi besked. Landstinget har medgivit att 55000 kronor får användas till sådana stipendier.

Kan landstinget i AB-län, så kan Ditt! Gör ett försök. Igen! Hänvisa gärna till ovannämnda beslut.

Boken ger också denna mammas ensamhet - det är hon som förtvivlar, hoppas, far runt med barnen. Var finns pappan, var finns syskonen? Hur reagerar de? Är det så här idag också eller är detta en bild av en familj på 40- och 50-talen?

När det gäller bilden av de utvecklingsstörda barnen och hur de fungerar, så finns det idag en rad böcker som berättar om liknande barn på ett mycket bättre sätt. Denna bok ger bara glimtar av hur barnen är, inte alls någon helhetsbild.

Boken är livskraftig än idag, just för den bild den ger av föräldrasidan och för det engagemang den är skriven med och verkligen förmår förmedla.

Birgitta Zenker

o + o + o + o

CORCH, PELLE:

HÖR MIN RÖST

Textab förlag 1979

I ett brev till förläggaren har författaren skrivit: "I denna lilla diktbok kommer ett utvecklingsstört barn till tals. Här är säkert ordet tolkning på sin plats, försök till gestaltning av den språklösa människans avskärmning."

Pelle Corchs bok är en samling korta koncentrerade dikter där han speglar sin sons upplevelser av omvärlden. Sonen är autistisk och dikterna är en slags "så-skulle-han-han-skrivit-om-han-kunnat". Men många av orden, uttrycken och dikterna är tydligen skrivna på det sätt han kunde: genom en tolkande vuxens penna.

Samspelet mellan far och son är intimt i boken. Gränserna blir ibland suddiga och ibland vet man inte hur mycket sonen själv har uttryckt och hur mycket fadern, författaren, har givit sin tolkning. Mycket av dikternas spänning ligger just i detta. Barnets avvisande hållning till omvärlden, dess balans mellan att aktivt ta del och aktivt avvisa, ställer stora krav på inlevelse och förståelse för att nå fram.

Jag tror att Pelle Corch har nått fram i dessa dikter. Många känns så genuina, enkla och konkreta att jag får en stilla upplevelse av att ungefär så här måste det vara.

"Ska vi gå ut och säga  
ord

Ska vi gå ut i det höga gräset  
och se på vinden och  
säga ord"

Ja visst kan man se på vinden på barnets sätt, barnet som fortfarande tror att det är träden som gör vinden när de ruskar sig. Visst har jag sett autistiska barn stå i timmar och se på vinden. Vem sa att dom lyssnade? Men orden kan man lyssna till. Och säga. Lyssna och säga till varandra som om de vore tennisbollar man slår fram och åter utan att forma, vilja förstå eller ta till sig och behålla. Orden blir till prydnadsföremål utan djup eller innebörd.

Men i att säga ord till varandra ligger ändå en längtan efter närhet som är ursprungligare än den symboler kan ge:

"Bara du får tala med  
våra ord  
Säg dem ofta åt mig  
Bara du får känna på våra  
kroppar  
Rör vid mig ofta"

Orden, som hör ihop med fadern, hör också ihop med kroppen och med att vara tillsammans. Dikten uttrycker en längtan som fadern har tolkat som sonens, men som nog också är faderns längtan efter att möta sin ordlösa son.

"Jag har varit hos dig  
en gång  
för längesen  
Nånstans långt borta  
Jag har varit hos dig en gång  
för längesen  
Får jag komma tillbaka  
den gången"

Den tidlösa och därför så svåra längtan efter närhet är försiktig och ibland instängd. Men i dikten svindlar ett ögonblick förbi, som ger hopp och näring att hålla glöden vid liv.

Jag har hittills uppehållit mig vid de känslostarka inslagen i boken, men alla dikter förmedlar inte i första hand spänningen i kontakten. I många av dikterna förmedlar Pelle Corch snarare en inlevelse i hur det känns att leva ensam, utan språk och utan tid:

"I rummet  
Måste jag säga mycket för mig  
själv  
Som inte har ord i mörker"

Diktsamlingen består av fem delar. De fyra första består av korta dikter med ett enkelt komprimerat språk. De heter: Språket, Rummet, Vita Bergen och Gräddö. De avslutande sidorna i boken är brev från Pelle Corch till förläggaren.

Där berättar författaren på prosa om sig själv och sin son och om hur deras kontakt utvecklades positivt tills sonen omkom i en bilolycka. Författaren skriver också att syftet med att ge ut boken är att vädja om förståelse för de utvecklingsstörda, att understödja närstående och inge tillförsikt. Och visst gör den det! Den visar på att det möjliga finns i det som kan kännas omöjligt.

Bengt Abrahamsson

# Kliniska psykologers studiedagar

När Sveriges kliniska psykologers förening i slutet av oktober 1980 anordnade två studiedagar i Sundsvall deltog Christina Goetzinger-Falk och Curt Westin var sin dag.

Här följer deras referat.

Anne Bederoff-Pettersson hälsade deltagarna välkomna. Därefter tog Sven Hessle - sedan sju år verksam vid barnbyn Skå - vid och gav en engagerad redogörelse för utvecklingen av psykosocialt arbetsfält. Han blickade historiskt tillbaka och berättade hur termen så småningom fått sin nuvarande definition - där man teoretiskt lutar sig mot systemteori och kommunikation - och klargjorde därefter ingående avgränsningarna mellan detta arbetssätt och psykoterapi. Det åskådliggjordes i nedanstående uppställning och skiss:

## PSYKOSOCIALT ARBETE

- klargjorda begränsade målsättningar (tidsestimering)
- livssituationen i fokus
- arbeta med sammanhang (som man själv och klienten befinner sig i)
- flexibilitet i metodval och teori (man arbetar med bästa möjliga teori)
- strävan mot öppenhet
- man försöker lösa problemet så nära dess existens som möjligt

## PSYKOTERAPI

- global målsättning (förändras under processen)
- livshistorien i fokus
- fasta former, klara regler, få metoder; flexibilitet inom metod och teori
- anonymitet, konfidentialitet
- man förskjuter lösningarna från händelsernas centrum till terapeutens arbetsrum

Psykoterapi är, menar Sven, en del av det psykosociala arbetsfältet, men basen i människovårdande arbete bör ligga i det stora fältet och med proportioner som ungefär motsvaras av skissen nedan.

Han varnade också för faran att man blandar samman psykoterapi och psykosocialt arbete. Han exeplifierade här med den överambitiöse "hemma-hos-aren", som går hem och "snackar" i stället för att handgripligt visa hur man klarar vardagens problem! Psykosocialt arbete är lika kvalificerat och det gäller att veta vad man sysslar med tyckte Sven!

I psykosocialt arbete har man gjort klienten till medmänniska i stället för objekt, och man strävar efter att förändra miljön efter människors behov i stället för tvärtom.

Teoretiskt hade Imre samma utgångspunkt som Margareta Carlberg. Han påtalade en skillnad mellan konsultation och handledning, nämligen ansvarsfrågan. I handledningen bär handledaren det avgörande ansvaret medan det är konsultens ansvar att komma med egna synpunkter till konsultanden så att denne får ökad kunskap och själv kan handskas med patienten.

Konsultanden har ans varet för patienten. Eftersom konsultanden ofta befinner sig i kris (behöver hjälp) är det viktigt med empati. Konsultanden måste få hjälp med kommunikationen mellan honom och patienten.

Problem när det gäller konsultandcentrerad konsultation:

- 1 brist på kunskaper
- 2 brist på färdigheter
- 3 brist på självkänsla
- 4 brist på "objektivitet"
- 5 oprofessionellt personligt engagemang i klienten
- 6 för stark identifikation med klienten
- 7 karakterologiska egenheter, t ex rädsla för aggressivitet, nyfikenhet

De begränsningar i kontakten som härigenom uppkommer är bestående i motsats till

- 8 överföringsreaktioner mot klienten, vilka är av tillfällig art. Dessa är omedvetna och innebär ofta en infantil hållning.

Organisationen har stor betydelse för konsultationen. En organisation har ett gemensamt mål. De olika rollerna i denna organisation är relaterade till huvudmålet för denna. För detta krävs också ett gemensamt accepterande av det gemensamma målet.

Vad gäller konsultation kan vi avslutningsvis peka på fyra viktiga faktorer:

- att vara medveten om målet med arbetet
- att avgränsa sitt arbete från andra
- klarifiering av roller
- arbetets innehåll

Vi måste titta och ställa krav på den teoretiska bakgrunden och vi måste även granska dem ur etisk synvinkel. Vilken psykolog skriver en artikel i Psykolognytt och ifrågasätter dessa metoder?

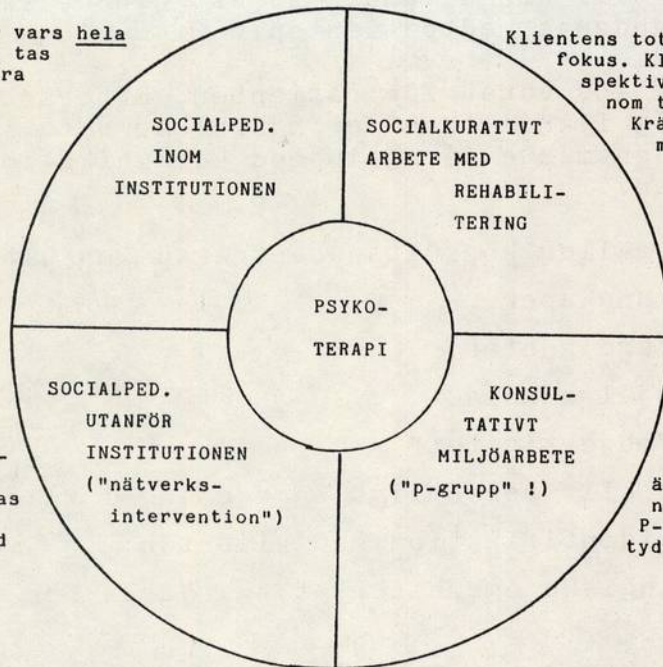
Efter lunch talade Inga Sylvander om ansvarsfrågan. En fråga som ständigt är aktuell.

Vi skiljer på olika typer av ansvar:

- 1 administrativt ledningsansvar gäller för verksamheten: planering, resursfördelning, personalbemanning m m

## Psykosocialt arbete

Arbete med klienter vars hela livssituation måste tas itu med (dvs på flera fronter).  
"miljöterapi"



Klientens totala livssituation i fokus. Klienter, vars livs- perspektiv förändras, exvis genom trafikskada el dyl. Kräver att tillvaron måste omorganiseras. Sys-slar med effekter av organiska förändringar.

Arbete med familje- principen. Helhets- syn. Arbeta där pro- blemen finns, meto- derna måste uppfinnas efterhand. Arbete på fältet med en hel familjs pro- blematik.

Här rör det sig om en sektor av situa- tionen. Ex.vis för- äldragrupper. Perso- nalarbete på olika sätt. P-grupp. Förändra atti- tyder osv hos personalen.

Stefan Jern, Christina Hillgren och Christina Strömer-Wilson in- ledde därefter gruppdiskussioner kring temat "Internutbildning". De delgav oss erfarenheter från verksamhet på klinik-, landstings- resp sjukhusnivå. De poängterade särskilt psykologernas speciella lämplighet inom detta område och manade kåren till större engage- mang och självförtroende vad gäller ekonomi och resursfrågor.

Vad man också pekade på var att handledning/supervision ej får betraktas som internutbildning utan skall ingå i driftskostna- derna. Internutbildning kan däremot vara en nödvändig grund att lägga handledningen på! Att ökad kunskap och förståelse hos per- sonal kan leda till svårigheter i och med att arbetat upplevs som mer komplext är en konsekvens man måste ta.

Första dagen avslutades med att Margareta Carlberg, anställd vid ett till PBU knutet förskolteam, föreläste om konsultation i för- skolan. Hon angav tre nödvändiga ingredienser i den kunskap som krävs, nämligen:

- 1 baskunskap (inklusive barnterapeutiskt kunnande)
- 2 kulturkompetens (kunskap om verksamhetens värderingar, mål osv)
- 3 konsultmetodik

Margareta utgick från Gerhard Caplans definition av konsultation:

"En interaktionsprocess mellan två professionella yrkesutövare: konsulten, som är specialist, och konsultanden, som ber om kon- sultens hjälp angående ett aktuellt yrkesproblem, med vilket konsultanden har vissa svårigheter, vilka han utgår ifrån lig- ger inom konsultens kompetensområde."



Vidare enligt Caplan angav Margareta två mål att arbeta mot, nämligen:

- att undanröja det aktuella problemet,                        samt
- att öka konsultandens förmåga att klara liknande situationer i framtiden.

Med en fyrfältstabelle visade hon på fyra olika typer av konsultation:

1 Klientcentrerad fallkonsultation	2 Konsultandcentrerad konsultation
3 Programcentrerad administrativ konsultation	4 Konsultandcentrerad administrativ konsultation (p-grupper med väl fokuserad målsättning)

Därefter gav Margareta - utifrån en utvärdering av verksamheten vid förskoleteamet - en livfull skildring av alla de fallor man som konsult så lätt faller i. Hon påpekade exempelvis

- att det är ett misstag att arbeta på många nivåer samtidigt (skall man förmedla kunskap får den, som skall ta emot den, inte vara i en alltför svår situation!)
- faran med att konsulten som "spindeln i nätet" tar över kontakter mellan olika instanser och därmed stör personalens relationer utåt
- att konsulten stöder och uppmuntrar för mycket, vilket innebär en klar risk för att personalen regredierar i onödan (överföring får inte förekomma vid konsultation)
- att konsulten tar på sig en administrativ roll: fixar med extrapersonal, blir osams med överordnade, osv
- risk att konsulten reagerar åt personalen, stör ledarfunktionen, osv.

Margareta påpekade, att när man kommer in som konsult blir man en auktoritet, vare sig man vill eller inte, och det är viktigt att förstå att vi som konsulter endast är "gäster" i ett etablerat system. Det gäller vid konsultationen att utröna vad som gör att personalen inte kan klara av problemen på egen hand. Uppdraget måste komma från personalen och det är väsentligt att hela ansvaret för den pedagogiska verksamheten ligger kvar hos personalen (dvs använd psykologisk kunskap och inte pedagogisk!)

Slutligen gav Margareta en rad goda råd för praktiken och visade också på en teoretisk modell för hur svårigheterna mellan ett barn, identifierat som "problem", och personal kan se ut.

C G-F

Imre Szecsödy började den andra dagen med att tala mer om konsultation, men han utgick från sin verksamhet som vuxenpsykiater.

- 2 medicinskt ledningsansvar omfattar diagnos, behandling, in- och utskrivning m m. "Medicinskt" innefattar även hälsovård. Psykologiskt ansvar borde vara lika mycket värt.
- 3 yrkesansvar, har en lägre dignitet. Var och en ansvarar för sin arbetsinsats. Om man får "uppenbart" felaktig order skall man vägra. Var och en "hängs" för sina misstag.

Ett yrkesmässigt ledningsansvar antyds i HSU (hälso- och sjukvårdsutredningen), men finns ej i verkligheten. Med det menas delegering av arbetsuppgifter, samråd, MBL m m.

Vi psykologer bör ha ett yrkesansvar med högre dignitet. Det innebär ett vidgat yrkesansvar, där det "medicinska" ledningsansvaret är mera psykologiskt än vad nu är fallet. Vi tar ansvar där vi är specialisten.

Problem för oss när det gäller ett ökat yrkesansvar:

"mjukdata vetenskap"

- avstånd mellan forskning och tillämpning, måste minskas. Ett sätt vore att högskolan använde yrkesarbetande psykologer som lärare
- ideologiskt ifrågasättande (psykologyrket har genomgått en utvecklingsprocess när det gäller diagnosticering, behandling mm)
- brister i utbildningen (när det gäller t ex metodik, "ansvarsträning", psykologens osäkerhet kontra hans omnipotens)
- antiauktoritär inställning (Inga undrade om vi kanske gapar efter för mycket när vi dels vill sitta i en "chefs"-ansvarställning och samtidigt vara anti-auktoritära?)
- oklara motiv

Särskild tid ägnades på slutet åt att diskutera hur vi skall ställa oss till många av de "flum-metoder", som då och då dyker upp här i Sverige, för det mesta från USA. Dessa metoder bygger ofta på gamla teorier, skillnaden gäller mera tekniken. Det är svårt att definiera dem, eftersom gränserna ofta är flytande.

Det allvarliga med dessa metoder är att de blandas ihop med psykologisk verksamhet. Det måste ligga på vårt ansvar att reagera och ifrågasätta dessa teorier, när man stöter på dem.

Ett förslag till åtgärd från de lyssnandes skara var att helt enkelt "klä av" de enskilda fallen man stöter på. Dra fram dem i offentlighet genom massmedia. I anslutning till detta bör man samtidigt göra en presentation av vad seriöst psykologiskt arbete innebär.

Två intressanta dagar, tyckte vi. Kanske dock att de innebar mer av nya angreppssätt för kliniska psykologer än för oss omsorgspsykologer!

Christina Goetzinger-Falk  
(dag 1)

Curt Westin  
(dag 2)

# Styrelsens sida

## Angående SFPU

Efter överläggningar mellan representanter för POMS' och SFPU's styrelser i november 1980 har Brita Lindroth i brev delgivit SFPU att POMS för närvarande inte har några planer på att utträda ur SFPU. Med hänsyn till de svårigheter förbundet har i sin nuvarande organisationsform vill POMS' styrelse uttala sitt stöd för de planer på organisationsförändring, som framlagts.

## Remissvar

I svar på remissen SOU 1980:34 "Handikappad, Integrerad, Normaliserad, Utvärderad" har Märten Söder och Brita Lindroth framlagt styrelsens syn på Integrationsutredningens inställning till specialdestinerade statsbidrag till handikappade i skolan. I korthet innebär den av Integrationsutredningen föreslagna inriktningen att särskolans merresurser ej kan garanteras via statliga specialresurser eller direktiv vid ett förändrat huvudmannaskap för särskolan. Den "garanti" utredningen förlitar sig på är ökade kunskaper.

## Angående prenatal diagnostik

Arbetsgrupperna kring frågorna om prenatal diagnostik är upplösta. För att i enlighet med årsmötets beslut sprida POMS' uttalande har styrelsen sänt detta till TT, dagstidningar och facktidsskrifter.

Kontakt har också tagits med Socialstyrelsens arbetsgrupp kring prenatal diagnostik. Denna ägnar sig för närvarande åt en kartläggning av metodikfrågorna.

## Beträffande konferenser

Från och med sommarkonferensen 1980 kommer numrering av konferenserna att upphöra. I stället kommer den stora, årliga konferensen att betecknas med året, medan arbetskonferenserna under året kommer att beskrivas av sitt tema.

Å styrelsens vägnar

Ann-Christin Sundin

## Nya medlemmar

Bengt Enetoft, Bomansvägen 13, 685 00 TORSBY

Wanda Waclaw, Stiglötsgatan 42, 582 39 LINKÖPING

# VÅRENS KONFERENSER 1981 - EN PRESENTATION

Under våren 1981 anordnar POMS två arbetskonferenser. Båda är arrangerade i samråd med Socialstyrelsen och finns upptagna i Landstingens katalog över externa kursgivare.

## 1 KRISBEMÖTANDE INOM OMSORGERNA

Som omsorgspsykologer möter vi ofta människor i kris. En del kriser kan vi vara förberedda på, t ex sådana som ofta kommer vid skolstarten eller vid inskrivning i omsorgerna. Andra, som uppkommer i samband med sådana händelser som t ex olycksfall och dödsfall, är oförutsebara och kan även drabba oss själva. I bägge fallen behöver vi ha bearbetat olika krissituationer för egen del om vi ska kunna vara ett stöd för föräldrar, andra anhöriga och vårdpersonal.

Konferensens första dag kommer att ledas av psykolog Eva Jonsson, som tidigare arbetat inom vuxenpsykiatri med människor i kris i samband med dödsfall. Dagen kommer att ägnas åt kristeori och grupparbete.

Den andra dagen medverkar en mamma, som även är föräldrarådgivare, samt en sjukhuspräst med lång erfarenhet av människor i kris. Arbetet planeras huvudsakligen ske i smågrupper, där vi får tillfälle att bearbeta egna känslor och reaktioner i kriser. Det förväntas att deltagarna kan delge andra några egna erfarenheter.

Det är önskvärt att deltagarna kan föra vidare de erfarenheter de gjort och de kunskaper de fått under konferensdagarna, eventuellt genom en uppföljningskonferens i det egna distriktet tillsammans med andra yrkesgrupper, t ex kuratorer, sjukgymnaster och sjuksköterskor.

I händelse av alltför många anmälningar kommer viss kvotering att ske för att sprida deltagarna över olika regioner.

Kursen äger rum på Fagerudd, 2 km utanför Enköping, 26-27 mars. Anmälan skall vara inne senast den 1 mars. Anmälningsblankett medföljer detta nr av POMSbladet.

Deltagarantalet är begränsat till 30 personer, men kursgården har möjlighet att ta emot ytterligare några deltagare om dessa ej bor där över natten.

Ytterligare information om konferensen lämnas av

Brita Lindroth/Barbro Lundahl/Lena McElwee	018/46 01 00
Kersti Åresund	018/33 73 28

## 2 INVANDRARFAMILJER MED UTVECKLINGSSTÖRDA MEDLEMMAR

I och med den ökade invandringen till Sverige under senare år har vi som omsorgspsykologer stött på allt fler familjer med utvecklingsstörda medlemmar. Inför dessa familjer blir vi ofta rådlösa och osäkra. Vi kan ha svårt att ge familjerna det sociala, praktiska och känslomässiga stöd de skulle behöva, eftersom vi ej känner olika invandrarfamiljers bakgrundskulturer eller hur olika familjer tidigare blivit bemötta, hur attityder till utvecklingsstörning är i andra länder, deras omsorgsorganisationer etc.

Syftet med denna konferens är att öka vår kunskap om olika invandrargruppers kulturella bakgrund, om attityder till utvecklingsstörda i skilda länder och hur det är att vara invandrare i Sverige.

I stora drag ser programmet ut så här:

Första dagen inleds med allmän information om invandrarfamiljer med utvecklingsstörda medlemmar i Sverige.

Under eftermiddagen kommer invandrarbyrån i Norrköping att berätta om hur de brukar gå ut med information om situationen för invandrare i t ex skolor, på fritidsgårdar m m.

Under kvällen och följande dag ges upplysningar om förhållanden i några länder och tillfälle till diskussion. De länder som kommer att presenteras är Grekland, Finland, Polen och något sydamerikanskt land. Dessutom kommer situationen för någon assyrisk grupp att belysas.

Konferensen kommer att äga rum på Vårdnäs Stiftsgård i Rimforsa, 3 mil söder om Linköping, den 27 - 28 april.

Ytterligare information lämnas av

Iambe Liffner	013/14 68 30
Margareta Lalander	011/10 87 70
Karin Nordin	011/10 87 70

Sista anmälningssdag är den 27 mars. Anmälningssblankett medföljer detta nummer av POMSbladet.

Du, som har erfarenhet av utvecklingsstörda invandrare, och tycker Dig ha mött problem, skriv gärna kort om problematiken Du mött och skicka till

Margareta Lalander  
Omsorgsstyrelsens distriktsexpedition  
Hospitalsgatan 30  
602 27 NORRKÖPING

# Lösning på julkrysset i nr 47

	1 L	2 C	3 M	4 M	5 B	6 G	7 O	8 E	9 A	10 D	11 F	12 E	13 L	
	O	M	S	O	R	G	S	K	O	M	M	I	T	
14 D	15 L	16 H	17 B		18 I	19 F	20 D	21 N	22 A	23 B	24 O	25 O	26 F	
T	E	N	S		S	L	U	T	B	E	T	Ä	N	
27 L	28 D	29 E	30 I	31 E			32 G	33 B	34 L	35 M	36 E	37 M		
K	A	N	D	E			V	Ä	N	T	A	S		
38 O	39 A	40 D	41 C	42 F		43 C	44 B		45 H	46 E	47 D	48 F	49 N	
K	O	M	M	A		U	T		S	T	R	A	X	
50 A	51 B	52 F	53 O		54 F	55 M	56 M	57 F				58 F	59 A	60 O
F	Ö	R	E		P	Å	S	K				O	C	H
61 F	62 D	63 A		64 I	65 H		66 G	67 D	68 I	69 H		70 C	71 L	
D	E	T		Ä	R		I	N	T	E		N	Å	
72 B	73 H	74 O		75 N	76 F	77 L	78 C	79 B	80 L	81 A	82 G	83 D	84 H	!
G	O	T		A	P	R	I	L	S	K	Ä	M	T	

A Dolt (?) djävulskap

B Bas

C Okänslig

D Är vissa POMSblad

E Gav den utdelning?

F Ej insektsförsäljning,  
trots namnet

G Vill vasalöparen komma

H Äldst

I Efter all julmat?

L Den längtar vegetarianen  
efter

M Béchamel med parmesan

N Grythund

O Ilsket

B	o	c	k	f	o	t												
22	29	59	81	50	9	63												
R	ö	s	t	l	ä	g	e											
2	91	17	44	79	33	72	23											
I	m	m	u	n														
78	2	41	43	70														
T	e	m	a	n	u	m	m	e	r									
14	53	10	28	67	20	40	83	62	47									
A	k	t	i	e	n													
36	8	46	12	31	29													
L	o	p	m	a	r	k	n	a	d									
19	58	76	54	11	48	52	57	26	42	61								
I	v	ä	g															
66	32	82	6															
N	e	s	t															
16	69	45	84	73	65													
D	ä	s	t															
30	64	18	68															
R	ä	k	o	s	t	e	n											
77	71	27	1	80	13	15	34											
O	s	t	s	å	s													
4	56	35	3	55	37													
T	a	x																
21	75	49																
H	ä	t	s	k	t													
60	25	74	7	38	24													

Det för alla våra läsare kända för- och efternamn, som nyckelordens initialer bildade, blev alltså: BRITA LINDROTH!

Hoppas att Du, som försökte Dig på att lösa krysset, tyckte att det gav Dig litet lagom småknepigt huvudbry?

Alla Ni, som hade rätta lösningar, får härmed Ert förstapris: Ditt nästa bidrag publicerat i POMSbladet. Vässa pennan!

# POMS bladet

---

Organ för föreningen

Psykologer inom omsorgsverksamheten

I detta nummer bl a

- om särskilt stödkrävande utvecklingsstörda
- om Vallentuna behandlingshem
- POMS inter: ILSMH i Nairobi 1982
- bokrecensioner
- remissvar till Integrationsutredningen
- rapport klar från POMS' och SSF:s konferens om gränsfallselever

m m

Nr 49

April 1981

# Kära läsare!

Vi hade litet otur med framställningen av vårt förra POMS-blad! Råkade Du också ut för malören att få en eller två blanka sidor? Det berodde på ett litet missförstånd på yrkessärskolan, som trycker åt oss. Ibland kan även den bästa fallera. Ring eller sänd oss en rad om vilken sida Du saknar, så sänder vi Dig den.

Tycker Du å andra sidan att det här numret verkar litet darrigt i utformingen så är felet undertecknads: jag sitter här vrickad och tämligen insnöad. Det är alltså foten som är vrickad och gipsad, och snöovädret försvårar vettig kommunikation med omvärlden. Men det är väl inte den "yttre formen" som är det viktigaste med POMSbladet, utan det läsvärda innehållet, hoppas jag.

Numret är kanske litet annorlunda denna gång: färre bidrag och flera av dem ganska långa.

Leif Mårtensson och Bertil Wik aktualiserar problematiken kring lindrigt utvecklingsstörda med behov av särskilda stödinsatser och i ett eftertryck av en artikel i AB-läns personaltidning OM återger vi en beskrivning av Vallentuna behandlingshem - ett försök att möta denna problematik.

Med anledning av POMS' kommande konferens kring utvecklingsstörda invandrare har Ulrika Thor redovisat några funderingar i ämnet. Om Du vill delge oss Dina erfarenheter eller synpunkter tar vi gärna in dem!

Vårdagjämningen ska markera ljusets seger över mörkret. Kommer samma karakteristik att kunna gälla Omsorgskommitténs slutbetänkande, som ska komma nu i april? Redan i nästa nummer hoppas vi kunna ge några preliminära intryck.

Om Du har något på hjärtat till vårens sista nummer, skriv till Lars Molander eller Kristina Norén, Omsorgskontoret, Box 20033, 104 60 STOCKHOLM.

Jasse



# Särskilt stödkrävande us

## Lindrigt utvecklingsstörda och deras stödbehov

Vid de flesta POMS-konferenser har alltid några psykologer funnit det angeläget att diskutera de lindrigt utvecklingsstörda och deras speciella behov. Redan i november 1974 ägnade vi större delen av en konferens åt denna fråga. Ett PM med förslag till tänkbara åtgärder blev ett resultat. Problemet ansåg vi vara hur vi, som psykologer, kunde agera för att få till stånd alternativ till placering på specialsjukhus, i synnerhet Salbergas klinik 1.

FUB:s intresse för denna grupp ökade under en period och olika försök gjordes att även engagera landstingen. Nils Hallerby i Stockholm tog upp frågan för sitt eget landstings del och resultatet blev så småningom Vallentuna behandlingshem, med plats för 19 personer. Men ett 70-tal finns ännu idag kvar på Salberga och i varje landsting har man människor med liknande problematik.

På senaste vårdchefkonferensen i december fick vi höra att 11 personer blivit inskrivna under 1980 på specialsjukhus enligt OL § 37. Siffran är högre än på många år, med konsekvens att Salberga eventuellt inte räcker till! Alltså, problemet finns kvar och måste tas upp till ytan igen.

Bertil Wik och Leif Mårtensson frågar i följande artikel bl a om det finns ett behov av att inventera denna "skarvgrupp", som de kallar dem. De går sedan vidare och diskuterar frågan om metodutveckling, dvs hur man skall arbeta såväl i förebyggande som behandlande syfte. Det är bra att dessa frågor ställs och att gruppens problematik får vår uppmärksamhet. Jag undrar ändå om inte en annan fråga måste besvaras först: Är omsorgerna beredda att överhuvudtaget jobba med dessa människor, dvs satsa resurser på deras behov?

Om svaret blir Ja, då är de övriga frågorna mycket lättare att svara på. Vi vet redan vilka dessa personer är och var de finns, vi vet vilka behov de har och hur man kan ge dem stöd och behandling. Men problemet är att det anses vara varken glamoröst eller tacksamt att jobba med socialt utslagna människor, som dessutom ofta kämpar emot våra insatser. Som jag hört en kurator uttrycka det: "Det känns fel att jobba som socialassistent, nu när jag är kurator inom omsorgerna!"

Förhoppningsvis kommer Wiks och Mårtenssons artikel att väcka oss till diskussion eller, ännu bättre till ställningstagande och handling.

Vi som nu har arbetat 3 år i Vallentuna-projektet anser att man kan utveckla en omsorgsform, som är adekvat för denna grupp. Men man ska vara beredd på att det är en stödform som behövs under lång tid - kanske livet ut. Eventuella drömmar om behandlingsformer som ger snabba resultat får man överge.

Jag anser att omsorgerna inte behöver vara så "vilsna och villrådiga" som författarna påstår kring hur man ska göra - frågan är om man vill göra det!

Vem ska då ta ställning? Omsorgskommittén? Enskilda landsting? Enskilda tjänstemän? Benämningen "skarvgruppen" säger allt.

Alla vill skjuta ifrån sig problemet, prioritera bort det, inbilla sig att andra kan det bättre. Det är bra om Wiks och Mårtenssons förslag om ett särskilt projekt leder till att man inom omsorgerna prioriterar och satsar resurser på denna grupp.

Mycket "know-how" har vi redan - låt oss tillämpa det!

Patricia Ericsson

Inom omsorgsverksamheten har man på skilda håll i landet börjat få ett alltmera bestämt intryck av att vissa utvecklingsstörda tenderar att hamna i skarvarna mellan olika delar av samhällets vårdapparat och att omsorgerna i sin nuvarande utformning står vilsna och villrådiga inför denna grupps problematik.

### Beskrivning av gruppen

Den grupp av utvecklingsstörda vi syftar på är lindrigt förståndshandikappade, ibland s k "gränsfall" med symtombeteende och/eller s k sociala beteendevikelser. Problemet kan litet förenklat sägas bestå i att denna grupp är förståndshandikappad, men inte mer förståndshandikappad än att man är smärtsamt medveten om att denna identitet är socialt lågt rankad. Som en konsekvens av detta avvisar man därför identiteten förståndshandikappad och blir utan identitet.

Identitetslöshet är emellertid ett psykologiskt vacuum, som ingen kan leva i. Man söker därför någon annan identitet. Och för de lindrigt förståndshandikappade är det inte många som står till buds.

Oftast händer det att man väljer identiteten som sjuk, missbrukare, "asocial", "kriminell" eller motsvarande.

Gruppen företer visserligen en komplex och mångfacetterad problematik, men uppvisar ändå många gemensamma drag. Gruppens medlemmar har sålunda i sin sociala historik påtagliga likheter. De har ofta varit föremål för omfattande utrednings- och behandlingsförfarande hos en mängd olika samhällsorgan, myndigheter och vårdinrättningar.

Det förefaller uppenbart att ingen instans för sig ensamt haft de adekvata resurserna. Detta innebär att gruppen tenderar att "bollas" mellan olika sektorer av samhällets vårdapparat. Kanske är det så att varje sektor för sig har vissa av de resurser som gruppens medlemmar behöver, men att ingen sektor har alla? I så fall kanske gruppens resursbehov närmast är ett samordningsproblem.

#### Definition av gruppen

Utifrån denna mera allmänna beskrivning av gruppen känns det angeläget att mera precis försöka avgränsa gruppen och vi har därför gjort följande försök till definition.

- A Bristande begåvning (vi har tills vidare avsiktligt avstått från mera exakta avgränsningar här)
- B Speciella insatser från skolan med anledning av
- 1 skolk
  - 2 aggressivitet
  - 3 vagabonderande
  - 4 missbruk
  - 5 psykosomatiska klagomål av mera långdragen natur
  - 6 "kriminalitet"
  - 7 för tidigt skolslut
- C Insatser (utredning och/eller behandling) av
- 1 barnpsyk
  - 2 vuxenpsyk
  - 3 socialvård
  - 4 polis/kriminalvård/skyddskonsulent
- D Vara identifierade av omsorgsverksamheten som utvecklingsstörda med "socialt problembeteende".

Tillhörighet till gruppen förutsätter att kriterium A alltid är uppfyllt samt minst ett av B, C eller D.

I diskussioner kring den aktuella gruppen (av skäl, som angivits i inledningen, provisoriskt döpt till "skarvgruppen") deltog på initiativ av omsorgsverksamheten i Västerbottens läns landsting representanter för socialvård, grundskola, särskola, polis/kriminalvård, barnpsykiatri, vuxenpsykiatri och omsorgsverksamhet samt representanter för sociologiska institutionen vid Umeå universitet. Det framkom vid dessa diskussioner bl a att en eventuell in-

ventering av gruppen skulle stöta på avsevärda integritetsproblem samt att t ex insatser från barnpsyk, vuxenpsyk och polis behövde vara mer preciserade för att ge korrekt underlag. Om det exempelvis gällde polismyndighet borde det t ex röra sig om upprepade förseelser och förseelser av inte alltför lindrig art (ej typ felparkering).

I övrigt rädde stor enighet om att "skarvgruppen" faktiskt existerar och idag far ganska illa, möjligen beroende på bristande samordning av olika resurser och bristande kännedom om varandras resurser.

### Inventering

En stor del av "skarvgruppen" utgörs av personer, som redan är kända inom omsorgsverksamheten. Från omsorgskommittén har emellertid under hand talats om "utvidgning av personkretsen", vilket kanske innebär att flera "gränsfall" i framtiden kommer att beredas omsorger i någon form.

Under sådana omständigheter kan det bli nödvändigt med en mera omfattande inventering. Denna skulle kunna gå till så att man inom omsorgsverksamheten mera systematiskt gick igenom vårdtagarna för att få ett mera exakt grepp om hur många och vilka som uppfyller ovan angivna kriterier.

Vidare att man utom omsorgerna hos olika samhällsorgan såsom socialbyråer, barnpsyk, vuxenpsyk, skolförvaltningar, polis/kriminalvård etc på något sätt (enkätform?) förfrågade sig om vilka personer respektive "instans" anser uppfylla kriterierna. Detta kan dock som ovan påpekats leda till sekretess- och integritetsproblem.

Vid en eventuell inventering bör man av såväl praktiska "behandlingsskäl" som av mera vetenskapliga "utvärderingsskäl" beskriva de aktuella personerna med avseende på olika variabler, såsom ålder, kön, social ursprungsmiljö, skolform, aktuella sociala förhållanden, debut av "störning", "störningens" förlopp och natur, vidtagna åtgärder (kategoriserade på något sätt), aktuell problematik etc.

### Försök till kartläggning av icke tillgodosedda behov

Den eventuella inventeringen bör också åtföljas av att man ber varje samhällsorgan precisera de insatser de anser vara angelägna, eventuellt avgörande, samt vad som föranlett att de ej kunnat genomföras. Alltså precisera behoven för varje enskild "skarvgruppsmedlem" samt ange vilken instans man anser borde "rycka in".

Självklart måste sådana omdömen från "myndigheter" kompletteras med någon form av intervju med de aktuella "skarvgruppsmedlemmarna", vilka naturligtvis har synpunkter som kan vara både informativa och relevanta.

### Om analys av "materialet"

Det på t ex ovan angivna sätt inskaffade "materialet" måste sedan, återigen av såväl praktiska som mera vetenskapliga skäl, på något sätt analyseras.

Det är sannolikt att de under rubriken "Inventering" nämnda variablerna samt uppgifterna om icke-tillgodosedda behov kan och bör systematiseras och att detta kan ge information om sociala, psykologiska, medicinska eller andra data som haft betydelse för de aktuella personernas personliga och sociala misslyckanden. På så sätt kan man få en grund för metodutveckling i såväl förebyggande som "behandlande" syfte.

En ytterligare möjlighet att få en bättre grund att stå på vore kanske att göra jämförelser med ett "parallellmaterial" retrospektivt. Ett sådant "parallellmaterial" skulle alltså bestå av "statistiska tvillingar", vilka har vissa variabler gemensamt med "skarvgruppen" (såsom ålder, kön, skolform, utvecklingsstörningens grad etc), men som inte uppvisat beteendensom "meriterar" för grupptillhörighet. Dessa metoder tillsammans med att man penetrerade de enskilda "skarvgruppsmedlemmarnas" anamnes med hänsyn till misstänkta "kritiska" händelser borde ge upplysningar av värde för det arbete som fordras för att kunna utveckla adekvata omsorgsformer.

### Metodutveckling

I december 1976 skrev Lars Kebbon, psykolog och ledamot av socialstyrelsens vetenskapliga råd en PM om "Behandling och vård av utvecklingsstörda med svåra beteendestörningar". I januari 1977 sände byrå LA 2 ut denna PM till samtliga omsorgsstyrelser.

Skriften tar kanske sikte på en delvis annan målgrupp än den vi i denna artikel för fram synpunkter på. Kebbon diskuterar mest utvecklingsstörda på vårdhem, medan vi vill diskutera lindrigt utvecklingsstörda.

Men Kebbons PM kan ändå vara värdefull i detta sammanhang och det av åtminstone två skäl.

För det första är det vår erfarenhet att idag ett icke ringa antal lindrigt utvecklingsstörda med s k beteendestörningar faktiskt bor på vårdhem. Det är i dessa fall inte - som rimligt vore - utvecklingsstörningens grad utan "beteendestörningen" som medfört vårdhemsplaceringen. (I själva verket är detta förhållande ett utmärkt exempel på omsorgernas inkompetens och understryker vikten av utvecklandet av någon slags "skarvgruppsmetodik".)

För det andra för Lars Kebbon ett resonemang om orsakshypoteser som rimligen är tillämpligt även för skarvgruppen. Kebbon framhåller de fyra gängse hypoteserna om orsaker till "beteendestörningar" och påpekar enligt vårt förmenande helt korrekt att de är varandra icke-uteslutande. De fyra hypoteserna är den biologiska, den psykodynamiska, den inlärningspsykologiska samt den socialpsykologiska.

I vård- och behandlingsarbete är det givetvis av avgörande betydelse vilken hypotes man själv har om orsakerna. Man kan inta antingen en ensidig (s k monoskolastisk) inställning eller en "plocka-russinen-ur-kakan-attityd", ett s k eklektiskt förhållningssätt. Uppenbart är dock att vi för närvarande, vilken inställning vi än har, vet för litet om uppkomstmekanismerna och därför också för litet om åtgärder och "behandling".

Det är vår förhoppning att inventering, analys, kartläggning mm skulle kunna ge oss ett större vetande än vad vi har idag.

För att eventuellt få nya impulser var vi sökt kontakt med inrättningar, som på ett tydligen både framgångsrikt och okonventionellt sätt arbetar med och för "svåra avvikargrupper". I detta syfte gjorde vi i februari 1980 ett tvådagars studiebesök vid Hasselakollektivet. På Hassela arbetar man med socialt utslagna, svårt drogmissbrukande ungdomar i ett kollektiv, som har sitt ursprung i storfosterfamilj-idén. Debatten kring Hassela har på ett - enligt vårt sätt att se - olyckligt sätt kommit att fokuseras kring tvånget. Ungdomarna, som kommer via Mariapolikliniken i Stockholm, är omhändertagna enligt barnavårdslagens § 25. Vi tror kanske att tvånget kan vara nödvändigt, men uppfattar inte det som det centrala i Hasselas speciella profil. Om tvång i sig skulle vara det avgörande, så skulle ju varenda "tork" i det här landet vara bra, och det vet vi att så inte är fallet.

Vårt gemensamma intryck är istället att de två hörnstenarna i Hasselapedagogiken och därmed de viktigaste orsakerna till behandlingsframgångarna är medlevarskapet och det positiva grupptrycket.

Medlevarskapet innebär att personalen bor och lever på kollektivet och i princip delar ungdomarnas livsvillkor. Detta förutsätter engagemang och en gemensam "vårdideologi".

Grupptrycket utvecklas och användes så, att den från början ganska auktoritära hållningen från personalens sida successivt kan tonas ned. Ungdomarna lever och arbetar under ett år på Hassela och slussas sedan vidare till Forsa folkhögskola i olika, målinriktade utbildningar. Hassela har bedrivit sin verksamhet sedan 1969 och har påfallande goda behandlingsresultat, trots att klientelet utgörs av de svåraste missbrukarna.

Vad har nu Hasselapedagogiken för tillämplighet för den s k "skarvgruppen"?

Om - vilket är tveksamt - man skall sammanföra "skarvgruppen" landstingsvis i någon sorts behandlingskollektiv, kan man kanske dra vissa lärdomar av Hassela.

För det första, trots stor oenighet och vilshenhet inför "behandlingen" av denna grupp, är de flesta av oss troligen eniga om att få, fasta och kontinuerliga personkontakter är ett oavvisligt krav för ett lyckat resultat. Inom konventionell omsorgsvård brukar homogena grupper (t ex "beteendestörda") betyda stor personalomsättning. Hasselas medlevarskap har löst det problemet. (Självklart är vi medvetna om att det kan bli fackliga problem.)

För det andra innebär den diskontinuerliga "intagningen" (en "kull" i taget) att man inom omsorgerna skulle minska riskerna för att sänka toleranströsklarna på vanliga inackorderingshem etc, dvs minska risken att en omsorgsinrättning enligt Hasselamodell blev en "avstjälningsplats" för obekväma personer.

För det tredje har omsorgerna i stort en tämligen dåligt målpreciserad träning, dvs träning som siktar direkt på en viss anställning. Det borde vara möjligt att i samarbete med lämpliga arbetsmarknadsorgan och t ex en folkhögskola driva en målinriktad utbildning. Vi återkommer senare till arbetsmarknaden, men vill redan nu peka på att "skarvgruppen" torde vara den grupp omsorgstagare vars resurser gör att de ligger närmast arbetsmarknaden.

Trots det närmast ovan anförda har det tvivelsutan sina betänkligheter att på en särskild inrättning sammanföra den sk "skarvgruppen". Risken kan vara stor att man segregerar och åstadkommer förvaring och stagnation. Risken för "avstjälningsplats" kan heller inte förbises. Ett annat sätt att angripa problemet vore att försöka skapa en "flytande resurs", bestående kanske av psykolog, socialarbetare, läkare eller andra. Resursen skulle då alltså sättas in på platsen: vårdhemmet, inackorderingshemmet etc. Till denna slutsats kom man vid ett av NFPU anordnat symposium om "Lindrigt utvecklingshämmande med svåra sociala anpassningsproblem" i Holmsund 5-7 september 1979.

I sammanfattningen i symposierapporten säger man som första punkt: "Särskilda behandlingshem bör undvikas". Och som andra punkt: "Resurser och stöd ska sättas in där den utvecklingshämmande finns". Men man tillägger att "i vissa fall måste dessa resurser bli permanenta,.

Detta finner vi självmotsägande, ty blir resurserna permanenta, så har man ju ändå skapat någon form av behandlingshem.

I de följande delrapporterna från symposiedeltagarnas grupparbeten betonades - liksom vi gjort ovan - vikten av smidiga kontakter med andra samhällsorgan, men också den ödesdigra identitetslöshet, som följer av ett bristfälligt eller obefintligt handikappmedvetande.

### Om arbetsmarknaden

Närhelst man diskuterar en förtryckt grupps problem och svårigheter, så diskuteras alla aspekter på gruppens situation. Förr eller senare hamnar emellertid diskussionen i problematikens nav. Nämligen: vilken roll tilldelas gruppen på arbetsmarknaden?

När det gäller förståndshandikappade kan man konstatera att antalet utvecklingsstörda på arbetsmarknaden är försvinnande lågt. Och det är synnerligen relevant att diskutera detta när det gäller "skarvgruppen", som ju består av lindrigt förståndshandikappade, som borde ligga arbetsmarknaden nära.

Den senaste statistik vi har över dessa förhållanden finns publicerade i en uppsats från Socialhögskolan i Umeå, maj 1979, av

Lena Svedberg: "Förståndshandikappade och arbetsmarknaden". Av denna, som omfattar länets alla förståndshandikappade mellan 21 och 65 år (863 personer) framgår det att 60 % går på dagcenter - en ambitiös, men helt segregerad verksamhet. 7 % har helt eller halvskyddad sysselsättning. Lika många, dvs 7 %, arbetar på den s k "öppna marknaden". Av dessa har endast 2 % avtalsenlig lön, med andra ord det vi andra skulle kalla för "ett vanligt jobb". Resterande 26 % finns överhuvudtaget inte registrerade i någon verksamhetsform. Alltså, av alla förståndshandikappade i arbetsför ålder står 86 % helt utanför arbetsmarknaden och 2 % har "vanliga jobb".

Vi vet också att antalet utvecklingsstörda på skyddade verkstäder legat praktiskt taget stilla de senaste 10 åren, men att antalet ökat dramatiskt på de föreliggande dagcentren. Det är stor risk att man på dessa till och med får dem som skulle kunna arbeta i öppna marknaden.

Dagcenterverksamheten måste utvecklas till operationsbas för integrering, i enlighet med vad Kent Ericsson skriver i Omsorgskommitténs första delrapport.

Man kan i detta sammanhang också ifrågasätta varför generellt så litet gjorts för att inventera arbetstillfällena för framför allt lindrigt förståndshandikappade inom den kommunala och landstingskommunala sektorn. Landstingen är ju alltid stora, ofta dominerande arbetsgivare och har dessutom enligt gällande lagstiftning ansvaret för de förståndshandikappade. Det borde därför ligga i landstingens välförstådda intresse att undersöka möjligheterna att i landstingsverksamheten anställa förståndshandikappade.

Vi har tidigare diskuterat den identitetslöshet som vi tror är en grundläggande orsak till "skarvgruppens" sociala och personliga problematik. Vi vill nu gärna påpeka, att de flesta av oss människor bygger vår känsla av identitet på vår roll i arbetslivet, på uppskattning och social gemenskap. Det innebär att ett avgörande led i "behandlingen" av den s k "skarvgruppen" måste vara att ge den en sådan identitet och självkänsla, som ett meningsfullt arbete medför.

Vi har sedan 1974 en lag, en av de s k Aman-lagarna, som kallas "främjandelagen". Den har aldrig använts fullt ut (Leif Drambo: "Arbetsmarknadsrevolutionen, som kom av sig"). Riksdagen har alltså för sex år sedan i stor enighet skapat ett instrument för samhället, länsarbetsnämnderna, att bereda handikappade arbete.

Om lagen är bra eller dålig må vara osagt, eftersom den inte är prövad.

Under alla omständigheter förefaller det uppenbart att meningsfyllda insatser för "skarvgruppen" måste innefatta bland annat en ny och förbättrad kontakt med arbetsvärden, liksom en målpreciserad träning. Dessa synpunkter torde vara giltiga helt oavsett om man väljer "Hasselamodellen" eller det vi kallat "flytande resurs".

Leif Mårtensson

Bertil Wik



I oktobernumret 1980 av OM, personaltidning för de anställda i omsorgsverksamheten i AB-län, presenterade red Britt-Marie Lindquist Vallentuna behandlingshem. Artikeln återges här som en uppföljning av Wiks och Mårtenssons inlägg och som exempel på vad som kan göras, om man får resurser till förfogande.

## Vallentuna behandlingshem - unikt försök som lyckats

Vallentuna behandlingshem är Stockholms läns landstings svar på den kritik mot och debatt kring specialsjukhusen, som startade under 70-talet. Omsorgsnämnden i Stockholms län är unik i landet i det avseendet att man här konkret gått in för att hitta ett direkt alternativ till vård vid specialsjukhus och möjligheter att ta hem de utvecklingsstörda, som vårdas utanför länet.

Behandlingshemmet i Vallentuna består av tre radhus med vardera tre platser i ett vanligt radhusområde och några km bort tre villor, två med vardera fem boende och en för dagcenter och administration. Totalt finns 19 platser på behandlingshemmet.

Enligt lagen är radhusdelen att betrakta som inackorderingshem med förstärkta behandlingsresurser och villorna som specialvårdhem. Det senare innebär att man där också kan ta emot personer intagna mot sin vilja enligt OL § 35. "Idag har vi inga inlåsta" säger Patricia Ericsson, föreståndare på behandlingshemmet, "men möjligheterna finns om det behövs. Något som är en nödvändig förutsättning för att man ska kunna undvika specialsjukhus och låta personer, som periodvis är aggressiva och störande, leva ett mer normalt liv bland oss andra i samhället."

Personalen består av en heltidsanställd föreståndare, en internatföreståndare, arbetsledare, kurator och psykolog samt 40 tjänster för övrig vårdpersonal. Dessutom finns vissa service- och konsulttjänster.

Behandlingshemmet kom till 1975 och har tagit emot "dem som ingen annan inom omsorgerna velat ha". Och resultatet har varit över förväntan. Ett exempel på att det går att ersätta specialsjukhusen med en mera tidsenlig vårdform. En vågad satsning, som lyckats!

Vilka bor på Vallentuna?

Av de 9 personer, som 1977 flyttade in på behandlingshemmet, kom de flesta från Salberga specialsjukhus. Det var en grupp sins-

emellan väldigt olika människor. Det enda de egentligen hade gemensamt var att de skickats till specialsjukhus för att resurserna inom Stockholms län varit otillräckliga. De var lindrigt utvecklingsstörda men hade genom dåliga uppväxtförhållanden och en mängd andra negativa livserfarenheter - barnhemsplacering, störda familjerelationer, ständiga byten av vårdform etc - fått störningar av psykisk och social karaktär, vilket försvårat deras utvecklingsmöjligheter. En del hade tidigare haft kontakt med andra vårdformer som nykterhetsvård eller mentalvård och flertalet var omhändertagna mot sin vilja enligt OL § 35.

### Bråkig början

När Vallentuna planerades höjdes många kritiska röster mot att behandlingshemmet skulle placeras i ett så extremt integrerat område som ett radhusområde. Det kunde bara sluta illa, menade man, att placera ensamstående, medelålders, avvikande personer med svåra psykiska och sociala problem i ett radhusområde med huvudsakligen barnfamiljer.

Och visst hade man problem i början, något som också uppmärksammades i pressen. "En fördel var att området var nytt och att inflyttningen till behandlingshemmet skedde samtidigt som grannarna flyttade till området", säger Patricia, som varit med från början. "Men visst fanns det familjer som drog sig ur, även om de inte var många."

### Satsade på information

Vallentunapersonalen har lagt ned mycket tid och möda på att informera om verksamheten. Eftersom personalen anställdes innan de utvecklingsstörda flyttade in hade man också tid att ordentligt planera vilka informationsåtgärder, som behövdes. När behandlingshemmet sedan öppnades ägnades mycket tid åt att informera grannarna, både individuellt och vid grannträffar som man ordnade.

"Information till dem som bor allra närmast är förstås speciellt viktig", säger Patricia. "Och vi har försökt vara lyhörda för vad grannarna har tyckt. Vi har också varit runt till skolor och daghem i närheten och berättat vilka vi är, hur vi jobbar och vad det är för personer som bor här. Det har säkert betytt väldigt mycket."

Man hör ibland att det klagas från en del inackorderingshem på att ingen har informerat grannarna om att en grupp utvecklingsstörda ska flytta in någonstans och att det därför blivit problem. Men det är ju inackets egen sak och något man måste ta itu med själv", menar Patricia.

Informationssatsningarna har också gett resultat. Idag fungerar relationerna med omgivningen förvånansvärt bra. Grannarna har accepterat de utvecklingsstörda och deras periodvis avvikande beteende. Behandlingshemmet har också hunnit etablera relationer med andra vårdinstanser, t ex psykiatriska och sociala myndigheter, läkarstationer osv. En förutsättning för att de utvecklingsstörda verkligen ska kunna få det stöd de behöver.

### Slipper flytta vidare

Från början var det meningen att de personer, som placerades i

Vallentuna successivt skulle flytta vidare till annan boendeform, t ex inackorderingshem. Denna tanke har man numera övergivit.

"Det skulle ta för lång tid och för mycket arbete att på nytt bygga upp sådana arbetsformer och en sådan tolerans från omgivningen i en ny miljö för att det skulle lyckas", säger Patricia. "Att det lyckats så bra att öka den sociala anpassningen för dessa personer som det gjort beror i stor utsträckning på att vi kunnat erbjuda en trygghet som de tidigare saknat. En trygghet att under två års tid få bo på samma plats, en trygghet i etablerade vardagsrutiner och grannkontakter och en trygghet i ett konsekvent bemötande från personalen till deras problem. Det finns därför ingen garanti för att den positiva förändringen av beteendet skulle kvarstå om personerna flyttade vidare."

Vid omsorgsnämndens sammanträde i juni 1980 beslöts därför att platserna vid radhusdelen i Vallentuna ska göras om till vanliga inackorderingshemsplatser och att de som bor där nu ska få bo kvar.

Vårt jobb är att lära dem använda samhällets resurser

Målet med verksamheten på behandlingshemmet är, liksom för omsorgerna i stort, att försöka hitta så normala livsvillkor och miljöer som möjligt för de enskilda personerna, anpassade efter vars och ens förmåga.

Vistelsen på behandlingshemmet ska innebära att individen får tillgång till en materiell och känslomässig trygghet. De kriser och konflikter som uppstår ska kunna bearbetas inom behandlingshemmet.

Grunden för behandlingsarbetet är den regelbundna vardagskontakten och man försöker därför använda hela omgivningen för vars och ens individuella utveckling. Det stora problemet är institutionsskadorna. Åtskilliga års institutionsvistelse sätter djupa spår. Behandlingen innebär därför att man t ex får börja ta ansvar för sin egen situation, sköta kläder, gå till jobbet, diska etc.

Arbetet inriktas på individens hela situation, både hans person och hans miljö. En genomgående princip är att bedriva vårdarbetet i nära kontakt med samhället i övrigt.

Man försöker utveckla ett arbetssätt som går under benämningen ansvarspedagogik. Det är en teoretisk och praktisk inriktning som i huvudsak annars tillämpas på daghem och i skolor. Den närmaste parallellen på vuxensidan är det arbetssätt man har på Hasselakollektivet. Flertalet av Vallentunapersonalen har också varit på Hassela i fortbildningssyfte. "Självfallet kan man inte överföra något direkt, men där finns mycket att hämta", menar Patricia.

För höga mål i början

Något man successivt upptäckt är att man i början kanske var litet väl optimistisk. "Vi hade väldigt böga mål", säger man. "Så höga att det inte alls gick att få ihop med verkligheten. Vi blundade t ex för att det trots allt fanns en utvecklingsstörning i botten och inriktade oss alltför mycket på de psykiska eller sociala pro-

blemen. Ett ganska tydligt exempel på det är t ex att vi drev en pojke till tårar när vi krävde att han skulle diska. Vi utgick ifrån att alla visste hur man gjorde en sådan sak. Men den här pojken hade bott på institution och aldrig diskat i hela sitt liv. Så vi fick tänka om, och numera diskas vi tillsammans i-stället.

Idag har vi fortfarande högt ställda mål, men vi har börjat jobba på ett litet annorlunda sätt och försöker anpassa oss mer till verkligheten."

Hur ser en arbetsdag ut?

Vi frågade Anna-Lena Blomqvist, som jobbar på radhusdelen, hur en vanlig arbetsdag ser ut för henne. Så här berättar hon:

"Vi jobbar på rullande schema. Idag börjar jag halv åtta och jobbar till halv sex. Om allt har gått bra är alla förhoppningsvis på väg till sina dagcenter när man kommer. Men nästan alla morgnar är det bråk. För det stora problemet är att motivera dem att gå till sina jobb. Hur motiverar man en människa att gå till jobbet när hon tjänar 14 kronor per dag? Då håller det liksom inte att säga att man ska gå till jobbet för att tjäna pengar.

Jag har försökt följa med de flesta till jobbet för att se hur de har det och för att försöka få igång ett samarbete med dagcenterpersonalen vid de externa dagcentren. Tyvärr har det ännu inte funnits utrymme för att få en riktigt bra kontakt. Där liksom så ofta i kontakterna med samhället har vi mött mycket av 60-talets flummighet, dvs att låta människor göra vad de vill utan att ställa krav. Det är svårt när dagcentren inte följer upp de riktlinjer och behandlingsplaner som finns för en person - då hamnar vi i en beroendesituation och tappar kontrollen över utvecklingen.

Under resten av dagen är det en hel del praktiska saker som ska göras. Man ska beställa tider hos tandläkare och läkare - glasmästaren kommer idag och ska sätta in ett nytt fönster och måste passas. Någon av dem som bor här är också ofta hemma. På ett sådant här ställe är det ju alltid någon som "krisar" och då måste det finnas personal till hands. Det går inte att lita till att man kan få tag på extrapersonal just då.

Sedan gör jag kanske inköpen till middagen. Vi vill inte kräva av dem som bor här att de ska handla med sig hem i veckorna eftersom de har så lång resväg. Deras dagcenter ligger inne i Stockholm. Vi brukar istället göra så att vi gemensamt går igenom prislistorna från affären, för att försöka få in ett prismedvetande hos dem, och tillsammans gör vi då en matlista. Men sedan handlar någon av personalen under dagen. På helgerna däremot får de handla själva.

Ännu så länge är det också personalen som lagar middagen. Men det börjar bli dags att ändra på det nu. Vi började med att lära dem diska och efter två år kan de det. Därför har vi köpt diskmaskin. Nästa steg blir att lära dem laga mat. Men det här är erfarenheter från ett hus och det kan variera mycket mellan husen.

På kvällarna ordnar vi sällan något speciellt utan det blir som det faller sig. Vi har ingen egen fritidsverksamhet utan försöker istället hålla oss informerade om vad Vallentuna kommun har att erbjuda.

Men vi har haft en egen danskurs som inneburit att de flesta av våra boende nu kan gå ut och dansa. De kurser vi anordnat har alltid haft ett syfte och lett fram till något.

#### Utökning 1978

Till radhusdelen på Vallentuna tillkom 1978 tre villor. Två villor med fem boende i vardera samt en villa för administration. Husen är litet speciella - särskilda lås, särskilda dörrar, särskilda fönster - men ger inte intryck av att vara någon bunker av Kumla-karaktär, som några befarade, utan ser ut som vanliga, trevliga villor.

Målsättning och arbetssätt är här desamma som i radhusdelen, men grupperna är större och arbetet tyngre.

Om utvecklingen för dem som bor i villorna är det ännu för tidigt att dra några slutsatser. Det enda man ännu vill säga är att det verkar vara en adekvat vårdform för de flesta.

"Många av dem som idag bor på stora institutioner som t ex Carlslund bör bo i den här typen av institutioner i framtiden", säger Patricia. "Och jag tycker ett bra alternativ skulle vara enheter typ Vallentuna. Ändå kostar det förhållandevis litet. Jämför man med vårddagkostnaden på t ex Salberga kostar behandlingshemmet inte mycket mer. Och då är det ändå ett helt annat innehåll i vården."

"Visst kan man fortfarande bli rädd"

"Vi har lärt oss väldigt mycket under den här tiden", säger man på Vallentuna. "Förr skulle man t ex ombesörjt snabb transport tillbaka till Salberga om någon var alltför bråkig och började slå sönder inredningen.

Numera konstaterar vi mera lugnt att personen ifråga mår dåligt och försöker vara särskilt observanta. Men visst kan man fortfarande bli rädd, fast kanske inte på samma sätt som förr. Numera diskuterar vi också mera ingående vad man kan göra och hur vi ska handskas med situationen.

Vi försöker driva på och ta fram de delar som är de verkliga problemen. Det finns t ex de som periodvis är aggressiva - gapar och skriker. Vi försöker att inte medicinera bort aggressiviteten utan ta oss tid och diskutera istället. Det är viktigt att komma till roten med deras problem och bryta ned deras vanföreställningar om hur man ska vara. Det är också viktigt att inse att de inte alltid upplever saker på samma sätt som vi. Man tar ofta alltför mycket för givet.

Vi har larmdosor som vi bär på oss och med detta bärbara larm-

system kan man alltid kalla på hjälp om något skulle hända, det känns skönt när man går ensam på natten. Larmdosorna är kopplade mellan husen så det tar inte lång tid innan någon kommer. Det kan låta skrämmande, men det är den vardag vi lever med."

#### Svårt att få personal

Ett stort problem på behandlingshemmet har varit att få personal. "En av anledningarna kan vara det geografiska läget, en annan och mera trolig är lönen", säger Patricia.

Eftersom det är meriterande att ha jobbat på behandlingshemmet har man också en hög personalomsättning. Vallentunapersonalen kommer ofta in på utbildningar av olika slag, t ex mentalvårdsutbildningar, och får också lätt andra tjänster inom t ex socialvård eller nykterhetsvård. Och inom det sociala området betalar man flera lönegrader mer! Något som speglar den inställning som finns till utvecklingsstörda. Det är inte lika mycket värt att jobba med utvecklingsstörda som med andra.

#### "Vi behöver ständigt fortbilda oss"

Hälften av personalen på behandlingshemmet saknar formell utbildning för sina jobb. Trots detta klarar man av och vill jobba med den här gruppen utvecklingsstörda, som ingen annan inom omsorgerna vill ha. Och har fått resultat som vida överträffat alla förväntningar!

Den höga personalomsättningen försöker man motarbeta genom fortbildningsinsatser och ökade former för demokrati och ansvar.

"Eftersom vi är pionjärer har vi ingen modell att gå efter när vi jobbar", säger Patricia. "Vi måste ständigt söka nya vägar. Allt eftersom de utvecklingsstörda utvecklas måste vi förändra vårt arbetssätt. Det saknas kunskaper på det här området och ingen annan kan tala om för oss vad vi ska göra. Folk kommer i stället från hela landet för att se hur vi jobbar.

Vi har haft fortbildning som vi ordnat som studiecirkel på arbetstid. Huvudsakligen om ansvarspedagogik, men även om läkemedel. Vi ordnar också studiedagar tillsammans. Genom kontakt med elever på APY-utbildningen har vi fått hjälp av dem och de har kommit hit och jobbat en vecka så att vi har kunnat åka bort några dagar. Detta utbyte har vi värderat högt.

#### Delegerat ansvar

Det finns visserligen en föreståndare, som har det formella ansvaret för verksamheten, men all personal är direkt underställd föreståndaren. Eftersom inget mellanting finns (t ex 1:e vårda-re) är hierarkin något tillplattad. Det har gjort det lättare att delegera arbetet. Något som man tyckt varit på både gott och ont. Man får ju inte något extra betalt för ansvaret, men samtidigt ger ansvaret en större frihet. Föreståndaren har också en mera omfattande delegation än vid t ex ett vanligt inackorderingshem, bl a ett delegerat budgetansvar.

En halv dag i veckan samlas allihop till konferens för att diskutera gemensamma erfarenheter och planera arbetet. Olika arbetsgrupper, med representanter från varje hus, finns som diskuterar gemensamma frågor, t ex fortbildning, fritid, budget etc.

Svårt med integrering även inom omsorgsvården

"Inom omsorgerna kämpar man för en integrering av de utvecklingsstörda i samhället", säger Patricia. "Men att få de personer vi har här integrerade inom omsorgerna är inte heller lätt. För att bli accepterad inom omsorgerna skall man helst vara snäll och glad, inte ställa några krav, vara lindrigt utvecklingsstörd eller på sin höjd ha Down's syndrom. Är man bråkig och skrikig är det ingen som 'vill ha en'. Här ifrågasätter de utvecklingsstörda om vi överhuvudtaget har rätt att jobba med dem! Så frigjordhet är inte så vanlig annars inom omsorgerna."

"Men han är ju inskriven ...,"

Kontakterna med andra myndigheter har också tidvis varit besvärliga. Särskilt svårt har det varit med gränsdragningen till mentalvården. Av dem som bor på behandlingshemmet är flera påtagligt psykiskt störda, vilket förutsätter ett intimt samarbete med mentalvården, något som man stött på stora problem med.

"Vi möts ofta av 'men han är ju inskriven i omsorgerna' när vi pratar med dem och man får läsa högt ur omsorgslagen för läkarna för att förklara att de här personerna likväl har rätt till mentalvård", säger Patricia. Att kontakten med mentalvården är så dålig tror hon beror på att man inom mentalvården ofta är av den uppfattningen att specialsjukhusen ska finnas kvar. De här personerna kan därför lätt gå miste om samhällets resuser, t ex socialvård, alkoholvård eller mentalvård på grund av att de genom en lindrig utvecklingsstörning är inskrivna i omsorgerna.

"Någon behöver t ex komma på en tork", säger Patricia, "men då vill man inte inom nykterhetsvården ta emot honom. Detta ska enligt lagen inte kunna förnekas dem, men det sker oupphörligen i praktiken. Likadant är det inom sjukvården. En kille här hade sår på fötterna och då försökte en distriktssköterska neka att ta emot honom och hänvisade till att vi på behandlingshemmet hade särskild personal för sånt här."

Behandlingshemmet i Vallentuna är alltså en ny typ av institution. En institution som är integrerad. Man köper service utifrån och använder samhällets egen service. Men av de erfarenheter man haft på Vallentuna är det nästan lika svårt att åstadkomma en integrering inom landstinget och med samhällets egna vårdresurser som med samhället i övrigt. Något som tål att begrundas.

Dagcenter finns också ...

"Vår dagcenterverksamhet får inte heller glömmas bort", säger Patricia, "även om den för närvarande är semesterstängd. Platser finns för 10 personer - dvs för de personer, för vilka det inte finns adekvata verksamhetsformer utanför behandlingshemmet. Målsättningen är att alla som bor på behandlingshemmet ska ha sin dagliga verksamhet förlagd i integrerad form men tyvärr är det

inte så idag.

Vi har haft svårigheter att hitta ett meningsfullt innehåll för människor med så väldigt olika beteenden och förutsättningar och att utveckla ett arbetssätt som tillvaratar hela gruppens intresse. Genom en tillämpning av SIVUS-metoden är vi nu på väg och aktiviteter som simning, matlagning, skapande dramatik etc ingår tillsammans med det övriga arbetet, som i huvudsak bygger på en träverkstad."

Vad händer nu?

Försöken med hemtagningarna från specialsjukhus har alltså gått bra. Och nu ska man gå vidare. Kvar på Salberga finns fortfarande ca 70 personer, som är inskrivna i omsorgerna i Stockholms län. "Men för många av dem som ännu är kvar på Salberga är våra hus för nära andra", säger Patricia. "Inte för att vi på något sätt vill ta avstånd från integrationstanken, långt därifrån. Men i deras fall kan steget från Salberga till behandlingshemmet i Vallentuna vara alltför stort. Här är man nästan inne i grannens trädgård, där mammorna sitter med sina små barn i sandlådan så fort man går ut och därför kan det för den gruppen behövas något annat."

Omsorgsförvaltningen har därför inlett förhandlingar med Sollentuna kommun om att hyra Viby Gärd, som kan beskrivas som en mindre herrgård. Det är fortfarande ett integrerat boende, men herrgården har en stor tomt, så det är nästan 800 meter till närmaste granne. Det är också en förhoppning att hitta möjligheter till meningsfull sysselsättning på platsen. Viby Gärd ska ha 5-7 platser och bli ett alternativ till Vallentunas radhusdel så att de som nu bor i radhusdelen får bo kvar. Men framför allt blir det ett alternativ till vård på specialsjukhus. Redan under nästa år (1981) hoppas man kunna påbörja inflyttningen.

Utveckling hela tiden

"Det har varit en utveckling hela tiden", säger Patricia. "Det går inte att se statistiskt på den här verksamheten och säga så här är ett behandlingshem. Det är i stället fråga om en levande process där resurser anpassas till människors behov och inte tvärtom.

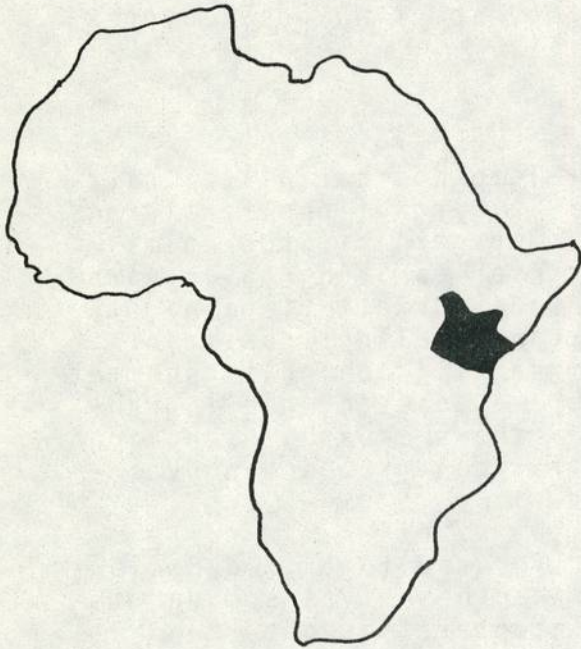
Förvaltningen har denna gång varit mycket flexibel och lyhörd, lyssnat till oss och tagit hänsyn till våra synpunkter. Något som gjort att vi kunnat utvecklas som vi gjort.

Något som tål att tänka på när det gäller andra områden också. Det går inte att bara sortera in utvecklingsstörda i fyrkanter, som heter bostadsgrupper. Det måste vara fråga om flexibilitet i utvecklingen."

Britt-Marie Lindquist



# POMS international



## ILSMH:s VIII:e världskongress 1982

Från RFUB har vi fått en första information om den kommande världskongress, som det vi brukar kalla "internationella föräldraligan" anordnar 19 - 27 augusti 1982 i Nairobi i Kenya.

Temat denna gång blir "PARTNERSHIP" och för för de fem plenarmötena är rubriken

- Society and the person with mental handicap
- Society and the families
- The families
- The person with mental handicap and Society
- The voluntary organizations and the International League.

Ordförande i kongressens programkommitté är Victor Wahlström, RFUB, och han skriver i meddelandet:

"The Main purpose of the Congress will be the recognition of the person with mental handicap as a full person and the role and importance of the parents' voice in the team working for better services - a team made up of parents, professionals, governmental representatives, volunteers and persons with mental handicap themselves.

The members of the team are the people we want to take part in the Congress. Moreover we think it's time to start listening - or listen more carefully - to the people with mental handicap themselves. They will have a parallel programme and they will present their opinions at the plenary session, Day 4.

The Speakers at the Congress are, of course, of utmost importance. We trust you to help us to find the best ones.

We are looking forward very much to meeting you in November 1982. We can promise you a good Congress in a beautiful country!"

Sekretariatet i Bryssel önskar få förslag på talare senast den 1 maj 1981, med motivering, ämnesområde, erfarenhet från fältet och namn och adress till talaren. Skriv till International League of Societies for the Mentally Handicapped, Rue Forestière, 13, B-1050 Brussels, Belgien. Jo, visst får Du föreslå Dig själv!

Närmare upplysningar kan Du få genom detta sekretariat eller från RFUB, Box 5410, 114 84 STOCKHOLM. Tel: 08 - 24 62 10.

# Funderingar om invandrare

*Med anledning av att nästa POMS-konferens berör invandrarproblematik har vi vänt oss till Ulrika Thor, mångåring medarbetare inom omsorgerna i AB-län, att delge oss några funderingar kring invandrarfrågor, ett av de områden som särskilt intresserat henne.*

Efter många års arbete inom omsorgerna är det först på senare år som jag blivit medveten om att vi fått många invandrare i alla åldrar, som har vistats olika länge i Sverige och därmed har olika grader av språksvårigheter och kulturkonflikter. Förr då en enskilda utvecklingsstörd invandrare blev förtecknad tänkte man inte på att barnets familj hade en social historia från sitt hemland. Man lade upp sitt arbete på samma sätt som om det varit en svensk familj.

Med den invandrarsyn som nu gäller ser vi inte längre invandrarna som "en homogen massa" utan som människor, som alla har sina motiv för invandring. Invandrare, som kommer från samma land, behöver ju inte ens tala samma språk eller ha samma politiska bakgrund. Jag tänker på Jugoslavien, där det finns 16 olika språk, varav 3 är officiella.

Invandrarna har olika kulturella bakgrunder och beroende på sin aktuella livssituation i Sverige har de olika möjligheter att bibehålla och utveckla sitt modersmål. Vi bör visa respekt för deras olika livsmönster och olika behov av information och service.

Vad finns invandrarna och var kommer de ifrån?

Stockholms, Södermanlands och Västmanlands län har haft den största invandringen i förhållande till sin folkmängd. Det är i dessa områden man haft stort behov av arbetskraft. Därefter finns de flesta invandrarna i Göteborgs- och Malmöregionerna, som har många industrier.

Antalet utländska medborgare överstiger idag gott och väl 400.000. Dessutom finns det drygt 350.000 naturaliserade svenskar. Om man till invandrarna även räknar barn till invandrare är var fjärde svensk "invandrare".

Närmare 60 % av invandrarna kommer från de nordiska grannländerna - den största gruppen från Finland. I övrigt har efter andra världskriget invandrare främst kommit från följande länder (ordnat efter antal invandrare): Jugoslavien, Grekland, Turkiet, Västtyskland och Polen, för att nämna de som har gett oss mer än 10.000 invandrare per land.

De olika invandrarna företräder 130 olika språk.

### Inventering inom AB-län av invandrare i särskolan

Den avsevärda ökningen av framför allt förtecknade invandrare i barn- och ungdomsåren föranledde en inventering år 1979 i AB-län av invandrarelever i särskolan (Inger Björkegren: "Inventering av invandrarbarn och ungdomar, förtecknade i Stockholms läns landstings särskolor").

Syftet var även att ta reda på hur många barn som hade annat hemspråk än svenska.

Inventeringen visade att 17 % av de 2.300 förtecknade i särskolåldrar var invandrare eller hade föräldrar, där den ene eller bägge var invandrare.

### Hur skall invandrarbarn definieras?

Är det ett barn vars båda föräldrar talar annat språk hemma än svenska? Vilken etnisk tillhörighet får ett i Sverige bosatt barn, vars moder är finska och fader indier? Vilket är det barnets hemspråk?

Är det bara första generationen invandrare som räknas? Ska en utländsk medborgare, väl integrerad i det svenska samhället och med goda kunskaper i svenska språket, räknas som invandrare om han av personliga skäl bibehållit sitt utländska medborgarskap? Hur ser man på en invandrarfamilj, som fått svenskt medborgarskap men som inte alls talar svenska och inte tar del i den svenska gemenskapen utan lever isolerat och bara har kontakt med sina landsmän?

Kombinationen invandrarbarn - handikapp uppfattas olika av olika myndigheter, beroende på om de utvecklingsstörda barnen främst betraktas som handikappade eller som invandrare. Vem avgör vilken uppfattning som väger tyngst?

Att diagnosticera ett förståndshandikapp hos ett invandrarbarn är ofta mycket svårt. Som bekant har vi inga mätinstrument och många gånger är det olämpligt att arbeta genom tolk. Rör det sig om en utvecklingsstörning eller är invandrarbarnets beteende ett uttryck för en kulturchock? Hur lätt blir det inte så att barnen får sitta emellan och får psykiska problem då föräldrarna vid ankomsten upplever skilda svårigheter!

Som läsaren känner väl till är ju språkutvecklingen en viktig del av identiteten. Hur ska vi inom omsorgerna få fram resurser - inte bara ekonomiska utan också praktiska, dvs personal, hemspråkslärare, tolkar - så att invandrarbarnen på särskolnivå ej blir halvspråkiga?

För de dubbelhandikappade invandrarbarnen med olika slags talsvårigheter och -problem måste vi hitta en metodik för att förstå och förmedla kroppsspråk och signaler. Kanske Bliss går att anpassa för invandrarbarn? Eller varför kan vi inte i större utsträckning använda oss av "Amerind" med dessa barn? Detta grovmotoriska icke-verbala signal-symbolspråk har i århundranden använts bland USA:s indianer med lyckat resultat, oavsett om man haft ett gemensamt språk eller kultur.

Hur många invandrare har vi i Sverige inom omsorgerna?

Hur många finns det totalt inom landet. Tyvärr finns det ingen riksstatistik idag över antalet handikappade invandrabarn.

Utifrån kända invandrarsiffror inom normalpopulationen i vårt landsting kan man göra följande spekulationer över antalet utvecklingsstörda invandrare.

Antalet förtecknade 79-01-01 inom landets omsorgsstyrelser var enligt socialstyrelsen statistik 0,43 % av befolkningen. Storstäderna hade dock lägre frekvenstal.

Inom AB-län fanns vid årsskiftet 1979/80 ca 140.000 invandrare, varav ca 1/3 var under 21 år.

Frekvenstalet utvecklingsstörda var 1979 för AB-län 0,32 %. Om samma siffra skulle gälla för invandrare - vilket jag antar att det gör - skulle vi inom vårt landsting ha  $(0,32 \times 140.000 =)$  448 utvecklingsstörda i alla åldrar.

Vi skulle alltså rent statistiskt bara ha 150 barn/ungdomar, men inventeringen visade ju på 403 invandrare!

Att skillnaden är så stor får bl a förklaras med att "invandrare" i vår inventering definierats utifrån det vidgade invandrarbegreppet. Den största gruppen där är ju nordiska invandrare, en grupp som man inte i första hand tänker på som invandrare. Dessutom vet vi ju att frekvenstalet för skolåldrarna är högre, ofta 0,7 %.

#### Invandrapolitikens tre huvudmål

Den svenska invandrapolitiken har tre huvudmål: jämlikhet, valfrihet och samverkan. I valfrihetsbegreppet ingår att vi ska respektera invandrarnas kultur och barnuppfostringsmönster. Hur går det ihop om en invandrarfamilj har värderingar som kolliderar med grundläggande svenska värderingar? Vem ska t ex bestämma om en utvecklingsstörd grekisk tonårsflicka ska fortsätta skolan eller stanna hemma och passa sina småsyskon? Ett annat skäl att sluta skolan kan för en 15-årig lindrigt utvecklingsstörd flicka från Marocko vara att hon ska sändas till Marocko för att giftas bort. Vem sanktionerar detta?

#### Vilka frågor känns viktiga i invandrararbetet?

I mitt förra arbete som samordnare för bl a dagcenterverksamheten inom AB-län märkte jag vid våra placeringsdiskussioner att efterfrågan på dagcenterplats för invandrare i olika åldrar ökade allt mer. Många av följande frågeställningar aktualiserades då:

- Vilken kulturell bakgrund har den utvecklingsstördes familj?
- Vilket familjesystem finns i hemmet? Patriarkaliskt eller matriarkaliskt?
- Vårt samarbete med en invandrarfamilj innebär i vissa fall inte bara relationer med en kärnfamilj. Familjebegreppet är vidgat, eftersom många lever i tregenerationsfamiljer, ofta med morbrö-

der, kusiner etc, och det är många personer som ska säga sin mening innan omsorgsinsatser kan sättas in. Det fordras därför tid och åter tid om man ska känna att man har ett bra samarbete med en invandrarfamilj.

Hur ofta har man inte dåligt samvete för att man lägger ner tre gånger så lång tid för att informera om det statliga vårdbidraget när man samtidigt märker att man inte hinner med att ha kontakt med många svenska familjer. När man försöker räcka till för alla får man också dåligt samvete, då man ser att man inte har tid att verkligen sätta sig in i invandrarfamiljens situation.

Om den utvecklingsstörde invandraren har dietföreskrifter av religiösa skäl, hur kan det på ett smidigt sätt respekteras på våra institutioner?

Hur ser familjens kunskaper i svenska språket ut? Kan de prata mer än "vardagssvenska"? Om familjen inte talar svenska, hur ska jag veta att vi får tag på en tolk som accepteras av familjen? Ta t ex Turkiet, där det finns stora motsättningar på grund av språk, religion och politisk bakgrund. Språkspridningen är stor bland de turkiska invandrarna. Man talar turkiska, kurdiska, suryoyo (assyriska), arabiska och en del andra språk.

#### "Invandrarproblem"

Tyvärre har vi lätt att problematisera invandrarsituationen och vi talar om invandrarproblem. Pekar vi inte alltför ofta på klyftan mellan "dom" och "vi" och ser inte invandraren som en resurs i det svenska samhället? "Invandrarproblem" är inte något uttryck för en situation som hänger ihop med en invandrades göranden och låtanden utan lika mycket "problem" i den mötespunkt, som invandraren befinner sig i i det svenska samhället.

Ofta händer det att invandraren ställs inför situationer där han inte förstår omsorgspersonalens arbetssätt. Missförstånd i interaktionen uppstår på grund av såväl emotionella som språkliga grunder. Hur ofta sorterar vi inte in invandrare i ett fack? Vi talar t ex om den finska mamman i stället för att tala om fru Nurminen och se henne som en individ med egen identitet.

Hur ofta använder vi inte kanslissvenska? De orden finns där omedvetet och skapar barriärer! Vi måste lära oss att uttrycka oss enkelt! Vi bör följa upp att innehållet i den givna informationen gått fram. Vi måste också emellanåt tänka på att det inte är självklart att en invandrarfamilj har samma begreppsvärld som vi (t ex feber, omsorger).

Hur kan samarbete i invandrarfrågor ske?

I vissa sammanhang upplevs omsorgslagen som en belastning, det tycker jag gäller många gånger i samarbete med invandrare. Man fokuserar sig på utvecklingsstörningen och av olika skäl sätter man sig inte in i invandrarens kultur. Vi svenskar har väldigt lätt för att ge bruksanvisningar på hur olika frågor ska lösas för invandrare utan att de själva får komma med förslag till lösningar.

I vår strävan att klara allt inom omsorgernas ram bryr vi oss kanske inte om att gå utanför omsorgskretsen och hitta samarbetspartners bland invandrarmyndigheter, invandrarorganisationer etc. Jag undrar också var någonstans FUB:s ansvar kommer in för att hjälpa invandrarföräldrar? Eftersom flertalet invandrarfamiljer är förvärvsarbetande inom lågstatusyrken med skiftarbetstider är de svåra att nå.

Vilket intresse känner invandrarorganisationerna för att hjälpa sina landsmän, som har utvecklingsstörda anförvanter? Även invandrarorganisationerna måste få kännedom om att det finns utvecklingsstörda landsmän och att omsorgerna finns. Varför kan inte ett distriktskontor och en lokal FUB-förening gemensamt bjuda in företrädare för invandrarföreningar? Ett sådant möte skulle kunna tjäna två syften: dels sprida information om omsorgsverksamheten, dels ge unika tillfällen att tillgodogöra sig invandrargruppers förutsättningar och möjligheter att behålla sin kultur och kräva att behandlas likvärdigt. Sådant invandrarkunskap, som så att säga erhålles på köpet, innebär att vi svenskar får en inblick i sambandet mellan invandrarens sociala historia och hennes/hans nutid här i Sverige.

Dags för samarbete mellan landstingen!

Av mina funderingar framgår, att invandrarna är en heterogen grupp och som gemensam nämnare bara har att de har kommit till Sverige. Det känns omöjligt att tillägna sig förståelse och kunskap om alla de olika länder de kommer ifrån.

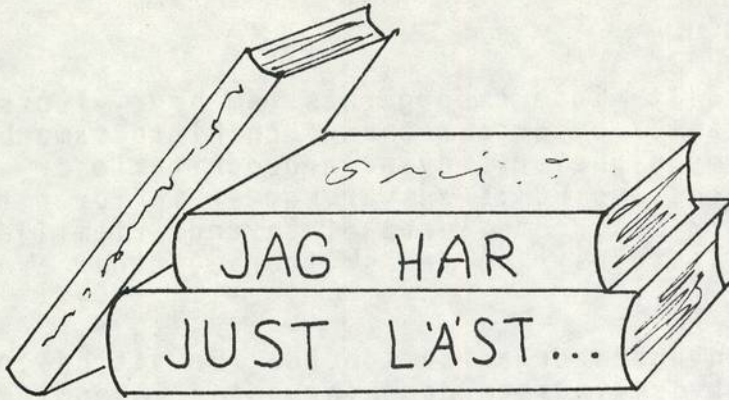
Det är dåligt med samhällsinformation till invandrarna. Inom AB-län har vi dock översatt en informationsbroschyr till några vanliga invandrarpråk. Dessutom har vi börjat utarbeta informationsmaterial på "lättläst svenska". Vi har också haft föräldrautbildning för finska resp grekiska föräldrar till utvecklingsstörda.

Liknande insatser är kanske på gång i andra delar av landet, varför det vore dags att börja föra en dialog över länsgränserna om vunna erfarenheter. Självt hoppas jag mycket av den samordningsgrupp inom omsorgerna, som ska tillsättas hos oss våren 1981. Gruppen med företrädare för framför allt fältpersonal ska på ett övergripande plan ta fatt i arbetsuppgifter som rör invandrarfrågor. Eftersom jag ska ingå i denna grupp hoppas jag få kontakt med "folk utifrån landet", som kan dela med sig av sina erfarenheter.

Ulrika Thor

ÄR DU INTRESSERAD AV DEN NÄMNDAS INVENTERINGEN?

Du kan rekvirera den genom att ta kontakt med Ulrika Thor per telefon 08/743 03 00/266 eller per brev under adress Omsorgskontoret, Box 20033, 104 60 STOCKHOLM.



RYDEFALK, INGRID & MAX FRISK:  
 MBD-BARN I PRAKTIK OCH TEORI  
 Esselte Studium, 1980

Många årtionden har ägnats åt diskussion om MBD-begreppets vara eller inte vara och om definition av begreppet MBD eller något av dess cirka 30 synonymer. Många menar att det

gått troll i begreppet, andra att man bara klär kejsaren i nya, kejsarliga kläder.

När Ingrid Rydefalk och Max Frisk ger sig i kast med att skriva en bok om MBD-barn är de väl medvetna om denna diskussion. De är också väl medvetna om att de finns - MBD-barnen, alltså. Högst påtagligt, i gestalt av Roger, fosterbarn till IR och patient till MF.

Utifrån denna medvetenhet bygger de upp sin bok, där teoretiska och praktiska avsnitt varvas. De praktiska avsnitten utgör utan tvekan den största behållningen och tonvikten har också lagts här. IR:s beskrivning av pojken Roger präglas av humor, värme och inte minst positivism och optimism. Hon försöker hela tiden se och förstå barnet och sätta det i relation till dess omgivning och bakgrund.

Barnpsykiatern MF anger i sitt medicinska kapitel som orsak till MBD antingen en lesionell störning eller en familjärt-genetiskt betingad störning. Orsakerna är ju inte sällan multifaktoriella, ex. en kombination av genetiska och lesionella faktorer.

Han spaltar också upp MBD-begreppet i primära och sekundära symtom. Detta är utmärkt med tanke på hur viktigt det är att vara observant på de sekundära symtomen. Däremot håller jag inte helt med om den faktiska uppspaltning han gjort. Han hänför t ex hyperaktivitet och dålig uppmärksamhet till de sekundära symtomen, vilket varken IR eller jag gör. "Den störda motoriken" kunde ha fått större utrymme. Beskrivningen av hur MBD-symtomen varierar i olika åldrar är bra.

Behövs då diagnosen MBD? Båda författarna svarar obetingat ja på den frågan. Att ha en utredning/diagnos som grund att utgå från för fortsatt behandling är A och O enligt dem. Vinsterna därav är stora. Följande citat får tjäna som exempel på sådana vinster.

"Dåligt samvete hos föräldrar kan skapa svårare störningar än vad MBD ger upphov till." "Vad har vi gjort för fel, för att han har blivit sådan?" är en vanlig fråga. Välmenande råd och försiktiga

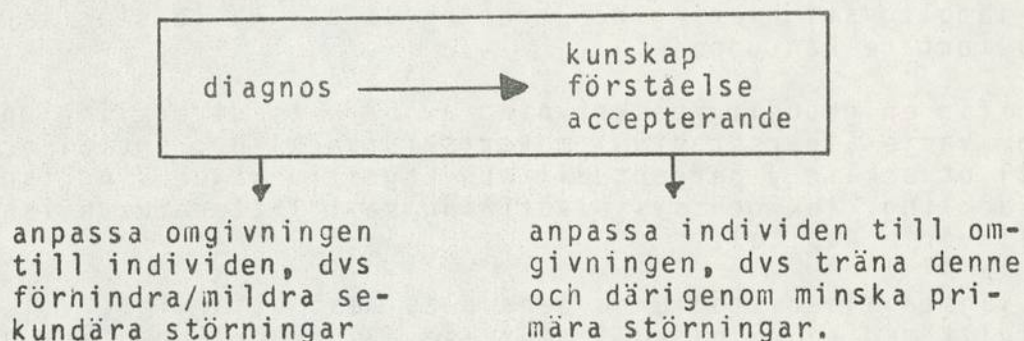
förebråelser från omgivningen underlättar inte skuld känslorna. Att söka orsaken till barnets beteende hos sig själv anstränger ytterligare en redan ansträngd föräldrar-barn-relation. Att få denna sten bortlyft upplevs oftast mycket befriande.

"Omgivningens okunnighet är MBD-barnens största handikapp." Information om diagnos med betoning på barnets specifika svårigheter snarare än på etiologi är nödvändigt för att föräldrarna ska kunna förstå sitt barn. Då sker en förskjutning från "varför-frågor", dvs från the Minimal Brain Dysfunction, mot "hur-frågor", eller som IR uttyder det "hur man Mildrar Barnens Dilemma".

"En skadad självkänsla är det största handikapp, som kan drabba ett barn." Kunskap om diagnos och symtom är även en nödvändig förutsättning för att förebygga sekundära symtom, onda cirklar, neurotiska pålagringar, som uppstår när ett barn inte känner sig accepterat som det är, känner sig misslyckat och otillräckligt m m.

IR bemödar sig om att få oss att förstå hur viktigt det är att man i behandlingen av MBD-barn och MBD-familjer satsar mycket tid på förståelse för och acceptering av barnets svårigheter. Först därefter går hon in på direkt behandling av barnet i form av konkreta träningsprogram av motorisk och perceptuell art.

Följande bild är ett försök att sammanfatta grundideologin i boken:



Båda dessa "anpassningsstrategier" behövs, men tyngdpunkten kan förskjutas mellan de två, beroende på vilka krav vi ställer på barnet respektive på omgivningen och beroende på hur skolan sätter gränser för vad som är "normalt". IR har klart tagit ställning: hon står på barnets sida.

Eva Arvidsson  
psykolog vid habiliteringscentralen i Jönköping

Ett MBD-barn är enligt definitionen ett barn med i botten tämligen normal begåvningsnivå men med specifika svårigheter, främst inom motorik och perception. Deras ofta stora läs-och-skriv-svårigheter och oförmåga att arbeta och koncentrera sig i stor grupp gör att de ofta misslyckas i skolan. Skolan känner att de ej har resurser att ta hand om dessa barn och vill ibland föra över dem till särskola. Säkerligen skulle också en del barn må bra av de omsorger, som särskolan kan erbjuda, även om de inte



kan bedömas vara utvecklingsstörda.

IR tar inte upp detta resonemang, men jag tycker att det vore intressant att höra hur ni POMS-are ser på detta. Skriv gärna en rad till POMSbladet!

Eva

o - o - o - o - o - o - o - o - o - o - o - o - o - o -

ALIN-ÅKERMAN, BRITTA:

BARNETS UTVECKLING 0-7 ÅR

Inst f ped, Högskolan för  
lärarutbildning, Sthlm

B A-A har gjort ett kompendium över litteratur inom barnpsykologins område och redovisar olika undersökningar som har gjorts på barn i åldrarna 0-7 år. I förordet beskriver författaren kompendiet som en

fortsättning och fördjupning av de grundkunskaper som ges i Ulla-Britta Bruuns "Förskoleålderns psykologi".

B A-A säger vidare att uppläggningsen valts med tanke på att den "ska kunna stimulera läsaren till att knyta an de teoretiska resonemangen till ett praktiskt tänkande: Hur ska jag kunna omsätta dessa resultat till olika handikappade barns situation? Kunskap om var ett barn står utvecklingsmässigt gör det lättare att sätta in lämplig stimulering och träning så att nästa steg i utvecklingen fortare kan uppnås."

Man får en grundlig beskrivning av barnets utveckling uppdelat på (för varje åldersstadium) motorisk utveckling, social och emotionell utveckling, perceptuell och kognitiv utveckling, språklig utveckling, lek och sysselsättning samt litteraturanvisningar till varje kapitel.

De lägsta åldersstadierna behandlas mest utförligt, vilket är värdefullt med tanke på en jämförelse av utvecklingen hos de svårt utvecklingsstörda barnen.

Kompendiet är (som författaren själv skriver) tungläst, beroende på den uppspaltade beskrivningen av barnet i varje ålder och beroende på uppräknningen av olika undersökningar och de ibland tunga och med olika stil citerade undersökningarna.

För oss som arbetar med handikappade barn är kompendiet värdefullt och kan fungera som en uppslagsbok. Den förutsätter goda förkunskaper i utvecklingspsykologi.

På alla åldersstadierna finns 'profeterna' Gesell, Piaget, E H Eriksson med.

Exempel ur kompendiet s 34 Social emotionell utveckling. När barnets stimulusbarriär sänks vid 3-4 veckors ålder... "Barnets avskärmning börjar spricka och det tar emot intryck utifrån mer aktivt. Om barnet t ex är irriterat kan det bli lugnare om det får tillfälle att fästa sin blick vid något stort och inte allt-

för grällt mönster". Jag kommer att tänka på ett mycket avskärmat barn i 3-4-årsåldern med en utvecklingsålder under ett år. Barnets assistent berättade för mig vid ett tillfälle att barnet visat och uttryckt stark irritation och inte lugnats förrän assistenten av en slump lade fram ett stort gulmönstrat pappersark framför barnet.

Ett annat exempel s 48. "Gråt med tårar förekommer inte förrän i andra månaden, medan däremot gnäll och skrik är mycket vanliga under den första levnads månaden." En del av våra mest störda avskärmade barn har inte hunnit längre i sin emotionella utveckling. Man får många funderingar, aha-upplevelser och igenkännande-upplevelser då man läser detta gedigna arbete.

Jag rekommenderar de omsorgspsykologer som arbetar med barn och även de som arbetar med svårare störda vuxna att rekvirera kompendiet.

Margareta Lalander

o - o - o - o - o - o - o - o - o - o - o - o - o -

<p>TENNIUS, ULLA OCH RUNE: TILLSAMMANS I SKOLAN - om samverkan mellan grundskola och särskola Fortbildningsavdelningen, Göteborg 1980</p>	<p>Ett fortbildningsmaterial för studiedag vid grundskola med integrerad särskola. Materialet har på uppdrag av Fortbildningsavdelningen i Göteborg utarbetats av Ulla och Rune Tennius, som båda är rektorer inom särskolan.</p>
---	---

Särskolan är en gammal företeelse i vårt land och den har under det senaste decenniet integrerats i mycket stor omfattning i framför allt grundskolan men även i förskolan och gymnasieskolan. Särskoleleverna och övriga psykiskt utvecklingsstörda utgör även den absolut största handikappgruppen i skolan. Trots detta är kunskapen om särskolan som skolform ofta dålig, för att inte säga mycket dålig hos både lärare, skoladministratörer och elevvårdspersonal utanför omsorgsverksamheten.

Hur många känner t ex till att särskolan genom ett frikostigt resurssystem ger en särskolelev 6-7 ggr så stor lärarresurs som grundskolan i regel kan ge? Att undervisningen för särskolelever till största delen är integrerad i vanliga skolor? Eller att särskolan är en mycket flexibel skolform, där det är en realitet att var och en kan få efter behov och att på var och en ställs krav efter förmåga?

Ulla och Rune Tennius har i "Tillsammans i skolan" på ett åskådligt sätt sammanställt fakta om särskolan och reder ut begreppen ur ett historiskt perspektiv. Samtidigt innehåller boken rykande dagsaktuellt material om t ex forskningen om integreringens betydelse. Exempel på praktisk samverkan mellan särskola och grundskola från olika håll i landet visar på ett utmärkt sätt hur mycket man med ganska små medel kan göra för att förbättra situationen för annorlunda barn genom avdramatiserad samvaro med andra.

(forts s 29)

# Svar till integrationsutredningen

POMS har genom Märten Söder och Brita Lindroth svarat på remissen SOU 1980: 34 "Handikappad, integrerad, normaliserad, utvärderad".

Betänkanudet är en del av Integrationsutredningen och tar sig an uppgiften att analysera och klargöra innebörden av de olika honnorsord, som kommit att präglade handikappverksamheten.

POMS välkomnar i sitt remissvar det lovvärda i att försöka klargöra innebörden i dessa begrepp. "På en punkt finner vi dock invändningar mot vad som sägs i betänkanudet. Det gäller inställningen till specialdestinerade statsbidrag för handikappade i skolan.

Utredningen skiljer mellan två sätt att tilldela extra resurser som hänger samman med två olika sätt att definiera handikappbegreppet.

Det första sättet utgår från en grupp människor som avgränsas som handikappade genom att man anger deras funktionsnedsättning. En sådan definition är nödvändig om man centralt vill rikta vissa åtgärder till just dessa grupper. Enligt utredningen är denna typ av åtgärder endast motiverad när det gäller "tekniska" åtgärder, som bara kan utnyttjas av gruppen i fråga (t ex döva som behöver tolkhjälp, rörelsehindrade som behöver rullstol, blinda som behöver punktskrift).

Den andra typen av åtgärder är sådana som kan utnyttjas av alla. Det gäller t ex mindre undervisningsgrupper, speciallärarhjälp, olika elevvårdsinsatser. Här menar man att man bör följa den trend som bl a SIA initierade och som innebar att den är handikappad, som för tillfället har behov av sådana åtgärder. Det blir då också nödvändigt att låta behovet av sådana åtgärder bestämmas lokalt, ute i kommunerna.

I sin ambition att motverka en återgång till specialdestinerade statsbidrag går utredningen långt.

"Vi anser att det även i fortsättningen skall vara kommunerna, som utan särskilda statliga direktiv skall sörja för alla grundskolelever, dvs för att olika elevers olika behov tillgodoses. Även om vi i våra utvärderingar kommer att finna, att förhållanden för många elever med funktionsnedsättningar är otillfredställande, kommer vi att hålla fast vid denna åsikt." (s 78)

I stället för att åtgärda missförhållanden genom centrala åtgärder vill man att

"förutsättningarna skall komma inifrån." (s 78)

Detta menar man sig kunna uppnå genom att sprida kunskap till kommunerna (ett i och för sig paradoxalt argument i sammanhanget, då ett av de viktigaste skälen för en decentraliserad resursfördelning är att man lokalt har den bästa kännedomen och kunskapen om förhållandena).

Därefter påpekar vi i vårt svar att den grupp POMS' medlemmar arbetar med inte ingår i Integrationsutredningens uppdrag. Deras förhållanden utreds i stället av Omsorgskommittén på Socialdepartementet.

Vi säger vidare att Omsorgskommittén kommer att föreslå ändrat huvudmannaskap för särskolan, men att man hittills inte tagit ställning till hur de mer-resurser, som man idag har i särskolan, ska garanteras under ett primärkommunalt huvudmannaskap.

"Det finns anledning till oro på denna punkt. Om man i den allmänna trenden mot decentraliserad resursfördelning, som nu Integrationsutredningen ställer sig bakom, inte kan specialstyra resurser till särskolan, kommer denna med stor sannolikhet att drabbas av en allvarlig resursförsämring vid ett ändrat huvudmannaskap."

Därefter följer en diskussion om vilken typ av specialdestinerade resurser utredningen kan tänka sig för vilken typ av problem, samt vad detta skulle få för konsekvenser för utvecklingsstörda vid ett förändrat huvudmannaskap för särskolan.

"Skall särskolan få primärkommunen som huvudman finner vi det därför vara ett absolut krav att deras resurser garanteras med sådana centrala medel, som Integrationsutredningen så bestämt avvisar."

Avslutningsvis säger vi i remissvaret: "De utvecklingsstörda ingår som sagt inte i Integrationsutredningens uppdrag. Däremot sägs i direktiven att

'ett nära samråd bör etableras mellan omsorgskommittén och den här föreslagna kommittén i frågor rörande huvudmannaskap, lagstiftning och resurser för samtliga de elevgrupper, som har annan huvudman än primärkommun.'

Det hade mot denna bakgrund varit på sin plats att man åtminstone påpekat om sådana kontakter tagits och visat medvetenhet om den speciella problematik, som de utvecklingsstörda i detta sammanhang ger upphov till."

(ref Karin Kahlin)

- o  
(forts från s 27)

"Tillsammans i skolan" fyller ett länge känt behov av ett genomtänkt och heltäckande informationsmaterial om särskolan. Det kommer att vara till god hjälp för oss som arbetar inom omsorgsverksamheten i vår informationsverksamhet. Framför allt är det lämpligt som underlag för studiedagar för olika personalkategorier framför allt i grundskolan.

Lars Ekblad  
skolledare i AB-län

# Prenatal diagnostik - håll debatten vid liv!

På årsmötet i Växjö 1980 antog POMS ett uttalande angående prenatal diagnostik. Styrelsen fick i uppdrag av årsmötet att verka för en spridning av uttalandet.

Efter konferensen skrev en ingress och uttalandet skickades till TT samt till en lång rad tidskrifter: FUB-kontakt, Läkartidningen, Socialmedicinsk tidskrift, Psykisk hälsa, Landstingens tidskrift, Socionomen, Jordmodern, Socialnytt samt till ett antal dagstidningar.

I bl a Läkartidningen nr 7/1981 finns uttalandet publicerat.

Uttalandet har med följbrev även skickats till hälso- och sjukvårdsministern.

Dessutom har kontakt tagits med den arbetsgrupp på socialstyrelsen som har i uppdrag att se över metoderna för prenatal diagnostik i de olika landstingen. Arbetsgruppen räknar med att under våren ha samlat in material, för att sedan kunna ställa till om och hur arbetet ska fortsätta. Ordförande i denna arbetsgrupp är K G Nygren. Kontaktman för POMS' styrelse är Maj Thunman.

Vi tror dock att mycket betydelsefullt arbete i denna fråga bör ske på lokal nivå. Det är ju de lokala landstingspolitikerna som till syvende och sist beslutar om föreskrifter, metoder och spridning av prenatal diagnostik i de olika landstingen. Det är på de lokala mödravårdscentralerna som effekten av politikernas beslut tar form.

Landstingspolitiker är alltså viktiga personer. Men viktiga debattforum kan t ex lokaltidningar, länshandikappråd och lokala FUB-föreningar vara. Viktiga arbetsplatser som berörs är mödravårdscentralerna med de relevanta yrkesgrupperna gynekologöverläkarna och barnmorskorna.

Det är viktigt att debatten om prenatal diagnostik hålls vid liv och att den förs på olika sätt och på skilda nivåer. Vi tror att vi alla måste hjälpas åt med detta.

Som inspiration skickar vi med några rader från Boel Lindholm i Karlshamn, som passade på att sprida vårt uttalande i samband med en debatt på länshandikapprådet i Blekinge.

Vi vill också upplysa om att Kersti Åresund samlar på material som rör denna fråga. Om Du ser någon artikel eller stöter på något med anknytning till prenatal diagnostik, skicka gärna detta till Kersti, som försöker få en samlad dokumentation av debatten.

Vi bifogar en kopia av uttalandet, som Du kan använda!

Styrelsen

## DEBATT OM FOSTERDIAGNOSTIK ENIG MOT EN GENERALISERING

(I en särskild ruta redovisades POMS' uttalande under rubriken "POMS frågar: Vilka skall få födas? Hur skall ett barn vara?")

Med anledning av Handikappåret 1981 har läns-handikapprådet i Blekinge beslutat anordna ett antal paneldiskussioner kring angelägna ämnen. Sista lördagen i januari började man med att ta upp prenatal diagnostik. Jag passade då på att dela ut vårt uttalande till närvarande politiker, "viktiga" personer och press. I ett naturligt sammanhang kunde då pressen sprida information både om vår förening och våra synpunkter kring prenatal diagnostik.

Kanske ordnas liknande arrangemang i andra landsting? Passa då på att få lokalpressen intresserad - bästa spridningen av vårt uttalande blir det om vi alla i föreningen hjälps åt. Du får med en kopia i POMSbladet, som Du kan använda (och kopiera).

Lycka till!

Boel Lindholm

### ASARUM

**Någon generalisering av fosterdiagnostiken får inte förekomma.**

Av den åsikten var i varje fall i stort samtliga de som deltog i den panel som förekom vid en debattdag i ämnet vid Östralycke ålderdomshem i Asarum på lördagen.

En debattdag som arrangerades av Blekinge läns handikappråd, som ett led i det ramprogram för internationella handikappåret som man antagit.

Tema-dagen hade samlat ett stort antal intresserade, bl a medlemmar inom handikappråden och politiker samt personal från sjukhus och institutioner.

Överläkaren vid kvinnokliniken på Karlskrona lasarett Kjell Barlov var debattledare och i panelen förekom också prästen Birgitta Friberg från Ronneby, underläkaren vid barnkliniken i Karlskrona Jarl Tevebring, överläkaren inom omsorgsstyrelsen Bertil Wik samt Ingrid Hempel och Bengt Olsson som föräldrar och representanter för Föreningen utvecklingsstörda barn.

Debattdagen inleddes med att de i panelen medverkande höll var sitt kort inledningsanförande varefter ett par timmar var viktiga för diskussion i ämnet.

Efter presentation inledde överläkare Kjell Barlov med en presentation också över fosterdiagnostiken och utvecklingen inom denna där han me-

nade att möjligheten till undersökning med ultraljud varit det som revolutionerat undersökningsmetoderna och som gjort fosterdiagnostiken till ett omdebatterat ämne.

En mycket svår fråga att ta ställning till när det gäller livets uppkomst, menade han och betonade att fosterdiagnostiken har som mål att man i tid skall kunna konstatera och motverka skador, missbildningar och sjukdomar. Genom möjligheten till att avbryta en graviditet har ämnet blivit kontroversiellt.

Han framhöll också samtidigt att metoden med fostervattensprov inte garanterar något. Det är endast ett fåtal sjukdomar som upptäcks genom metoden, poängterade han vidare och framhöll att risken för modern

är praktiskt taget obefintlig. Man kan dock inte utesluta att det finns en sådan och bl a kan en provtagning förorsaka en infektion, men detta är sällsynt. Risken för ett missfall efter ett fostervattenprov är däremot något större och kan räknas i mellan 0,5 och 1,5 procent.

Överläkare Barlov påvisade också en synnerligen intressant sak som man konstaterat genom metoden, nämligen att fostret har en helt egen unik kromosom och således inte tillhör moderns kropp.

I Blekinge tog man under 1979 29 sådana prover på 26 patienter och 1980 21 prover på 19 patienter. Hög ålder hos den blivande modern har varit den främsta orsaken till att proven blivit tagna och av tre inträffa-

de missfall hos de berörda patienterna sätter man 2 i direkt samband med fostervattensprovtagningen.

Birgitta Friberg var inte generellt emot fosterdiagnostiken men deklarerade samtidigt att hon själv inte skulle kunna tänka sig att avbryta en graviditet efter de indikationer som ett prov givit.

- Ett liv är alltid ett liv, och vi kan inte avgöra och sätta oss till domare deklarerade hon och betonade, att ett handikapp är inget man direkt föds med - det är något som förstärks i en situation.

Hon menade samtidigt att hon dock hyser den största respekt för ett avgörande i de fall där det finns en sjukdom som inte medför ett mänskligt liv.

En annan i panelen, fru Ingrid Hempel menade att ämnet blir mer och mer komplicerat ju mera man sätter sig in i det och frågade sig varför fosterdiagnostiken utförs. Är det för barnets, föräldrarnas eller samhällets bästa?

En annan förälder, Bengt Olsson, sade sig ha en positiv inställning till fosterdiagnostiken som sådan, dock inte odelat positiv i en förlängd mening där den kan komma till användning på ett sätt som inte är önskvärd och underläkaren vid barnkliniken i Karlskrona, Jarl Tevebring poängterade, att man även med en fosterdiagnostik inte kommer att få så mycket färre svårt skadade barn.

Den bästa insatsen som kan göras, det är den samhället kan göra för att underlätta deras situation, poängterade han och just den inställningen var man i panelen helt överens om.

Överläkaren i omsorgsstyrelsen Bertil Wik tog upp argumenten om varför fosterdiagnostik utförs, d v s samma frågeställning som fru Hempel och menade att om den görs för samhällets bästa så är det helt ett enbart ekonomiskt argument som förutsätter också att något av de två andra argumenten, ett minskat lidande för barnet eller föräldrarna skall gälla.

- Vi kan inte mäta lidandet, det är den som är utsatt för detta som faller avgörandet och i andra hand är det de som står den eventuellt lidande närmast, poängterade Bertil Wik.

# Konferensrapport nu klar

Rapporten från konferensen om "Samarbete grundskola och särskola" är nu klar och har sänts ut till konferensdeltagarna. Om Du ej var med på konferensen men är intresserad av rapporten, tag kontakt med någon kollega som var med. Tyvärr finns det enbart ett fåtal överexemplar av rapporten.

Konferensen syftade till att belysa följande frågeställningar:

- placeras fler elever i särskolan sedan grundskolans specialklasser upphört?
- i vilken skolform ska de svårbedömda eleverna bäst få sin undervisning?
- vad har särskolan att erbjuda?
- vilka resurser har grundskolan att hjälpa dessa elever?
- hur kan vi samarbeta kring överflyttningar till och från särskolan?
- hur kan vi samarbeta kring integrering av särskolelever i grundskolan?

Konferensen hade samarrangerats med SSR (Sveriges skolpsykologers förening) med stöd av Skolöverstyrelsen på Sundbyholms kursgård i februari 1980.

Rapporten är sammanställd av Ann-Christin Sundin, Birgitta Nilsson, Ulla Hellmar och Maj Thunman. Den innehåller sammanfattningsvis följande.

Referat av inledningsanföranden:

- o SIA - idéer och utveckling (skolkonsulent Sven-Erik Ahlén)
- o Gränsfallselevernans situation i grundskolan idag. Integrering av f d specialklasselver i Västerås kommuns grundskolor (speciallärare Ulla Staaf)
- o Vad är särskolan? Innehåll och målsättning (psykolog Gunnilla Elinder)
- o Vad händer i särskolan idag? (sociolog Märten Söder)

Därefter följer en sammanfattning av första dagens gruppdiskussioner. Temat för dessa var "Hur löser man problemen på olika håll i landet? Beskriv och jämför! Bra och dåliga sätt? Trenden i hela Sverige?"

Andra dagens tema var "Hur påverkas gränsfallselever av att gå i särskola respektive grundskola - som barn och som vuxna - psykologiska, pedagogiska och sociala aspekter".

I rapporten refereras inledningsanföranden av psykolog Jan-Evert Magnusson, psykolog Bernt Petersson samt speciallärare Ulla Staaf från grundskolan.

Därefter kommer en sammanfattning av gruppdiskussioner med temat "Egna erfarenheter av bra och dåliga modeller för eleverna. Hur arbetar vi? Hur skulle vi vilja arbeta?"

Därefter refereras slutdiskussionen, vilken kom att präglas mycket av frågorna kring olika former av integrering.

Som avslutning på denna sägs:

"Grundskolan måste komma till rätta med sina egna problem innan särskolan generellt kan bli aktuell för integrering. Högstadiet passar t ex idag inte alls för individualintegrering av särskolelever.

Det är viktigt att bevaka orsakerna till särskolplaceringar. Grundskolan får inte slå ut elever och sedan vilja placera dem i särskolan. Gränsfallsproblematiken måste lösas först, innan integrering av särskolelever kan ske.

Grundskolan har problem med en annan elevgrupp: elever med känslomässiga och sociala störningar. Särskolan är ingen lösning för dessa barn.

Det är mycket viktigt att fortsätta diskussionerna kring de svagbegåvade eleverna och tillsammans föreslå lösningar. Det är dock ingen lösning att föra över fler grupper till särskolan.

Diskussion och planering måste ske såväl centralt som lokalt ute i varje kommun."

Den sista delen av rapporten innehåller "Reflektioner kring integrering av f d specialklass elever från årskurs 6 till högstadiet" av speciallärare Ulla Staaf, daterat 1978-12-15.

Reflektionerna grundar sig på det specialarbete Ulla Staaf gjorde 1978, då hon gick på speciallärarlinjen på lärarhögskolan.

## POMS' "sommarkonferens"

kommer i år, som vi förut meddelat, att äga rum i september och förläggas till Jämtland.

I nästa nummer av POMSbladet, som beräknas utkomma i maj månad, kommer vi med detaljer kring program, kursort mm, anmälningsblankett, kallelse till årsmöte m m.



## Nya medlemmar

Marja-Leena Turunen, Jungmansgatan 291, 621 52 VISBY  
Tel arb: 0498-126 30, ankn 292                      bost: 0498-488 97

Anna-Kristina Hansson, Råbystigen 50, 197 00 BRO  
Tel arb: 0760-881 20                                      bost: 0758-404 19

Eva Grinde, Nyvik, 840 64 KÄLARNE

Gunilla Rödén, Backstigen 5, 182 33 DANDERYD  
Tel arb: 08-743 03 00

## Rättelse

I förra numrets referat från Kliniska psykologers studiedagar i Sundsvall råkade ett stycke hamna fel.

Tredje stycket nerifrån på s 47, som börjar med "Vi måste titta och ställa krav på den teoretiska bakgrunden ..." gäller inte, som framgår av artikeln, Imre Szecsödy's tankar kring konsultation. I stället hör stycket ihop med det som relateras sist i artikeln om de olika flummetoder, som då och då dyker upp.

Författarna och redaktionen beklagar misstaget!

## Om prenumeration och medlemskap i POMS

Det är möjligt att uppmaningen att betala medlemsavgift resp prenumerationsavgift för 1981, som stod i julnumret, hade fått en olycklig utformning, för många medlemmar har trott att de måst betala bägge! Men, käre POMS-medlem, alltjämt ingår POMSbladet i medlemsavgiften - det är bara icke-medlemmar som behöver prenumerera.

Styrelsen har beslutat att fondera Din prenumerationsinbetalning som förskott på nästa årsavgift, såvida Du inte hör av Dig och meddelar att Du verkligen vill ha två ex av varje nummer, eller önskar pengarna tillbaka.

# POMS' laggrupp: Framtidens omsorg

"Den borgerliga regeringen hann knappt tillträda 1976 förrän den tillsatte en kommitté med uppgift att se över omsorgslagen." Citatet är hämtat från en intervju med Karl Grunewald i senaste numret av Pockettidningen R (Nr 1/1981: "Vi saknar ord - bilder från omsorgsvården").

I mars 1977 gick förslaget till omsorgskommitténs direktiv ut på remiss till bl a RFUB, omsorgsstyrelserna samt Landstings- och Kommunförbunden. Dess mest uppmärksammade passus var att "kommitténs överväganden bör göras mot bakgrund av det ansträngda samhällsfinansiella läget". Detta lyftes fram av kritiska röster men omsorgskommittén betonade: "Om förändringar ska ske när det gäller särbestämmelser respektive huvudmannaskap för omsorgsvården bör det medföra förbättrade insatser för de utvecklingsstörda". Kommittén menade att direktiven gav dem fria händer att lägga fram förslag med ett enda syfte: den enskilde handikappades bästa!

Direktiven kom i augusti 1977 och innehöll bl a en beskrivning av nackdelarna med särregler (= en speciell lag) för utvecklingsstörda. Man menade att dessa särregler hindrade de utvecklingsstördas integrering.

Den intima kopplingen mellan samhällsekonomi och vårdideologi har flera gånger påpekats av Märten Söder, bl a i ALA-rapporten "Anstalter för utvecklingsstörda" och i pockettidningen R (Nr 5/1980: "Det svänger i vårdsvängen").

Integrering - ett progressivt honnörsord från 60-talet - har börjat användas på ett nytt sätt på det sparsamma 80-talet. Eftersom de ansvariga aldrig definierat integrering kan man hävda att det avsedda målet är fysisk integrering, dvs att de utvecklingsstörda får sköta sig själva i egna lägenheter eller att särskolan får hyra de skollokaler, som ingen annan vill ha.

Men att de utvecklingsstörda skulle delta aktivt i skolans verksamhet, i samhällslivet och i arbetslivet - ja, det är en annan sak ... Det skulle kräva ytterligare resurser! Lätt inställer sig associationer till pockettidningen R:s nr om "Samhällsföretag" (Nr 4/1980).

Som omsorgspsykologer måste vi nu vara på alerten! Är vi inte vaksamma kan en vårdideologi med nya - eller gamla urholkade - honnörsord skyla över ekonomiska försämringar för de utvecklingsstörda, deras anhöriga och omsorgspersonalen. Påtagliga bevis finns redan i de flesta landsting, men även från vår hälso- och sjukvårdsminister Elisabeth Holm. På en handikappkonferens hösten 1980 sa hon bl a att utvecklingen inom omsorgsvården kommit så långt under de senaste åren att vi kan stanna upp och vara nöjda med de mål vi nått. Pengar borde nu satsas på andra handikappområden. Vilken cynism - de sämst lottade ska sinsemellan strida om allt knappare resurser!

För omsorgskommitténs del är läget (81-02-27) följande enligt sekreterare AnnCharlotte Carlberg.

Under våren (april?) kommer omsorgskommitténs slutbetänkande att överlämnas till Socialdepartementet. I samband med detta hålls en presskonferens. Inom departementet kommer bl a Elisabet Holm att bestämma om betänkandet ska ut på remiss och i så fall hur lång remisstiden blir. Slutbetänkandet kommer dels i traditionell form, dels i förkortade versioner för olika handikappgrupper (lättläst svenska, punktskrift och talband).

I POMS har vi sedan 1977 följt omsorgskommitténs arbete både på våra sommarkonferenser och mellan dem, i form av remissvar på delbetänkanden etc. Våra - och andras - insatser har påverkat kommittén i vissa avseenden, t ex att det faktiskt kommer att bli en bibehållen omsorgslag i någon form (även om det ännu är för tidigt att säga något om innehållet och slagkraften i denna). I den följande dagboken kan Du se POMS' bevakning.

Vi ligger nu i startgroparna för att fullfölja det omfattande inledande arbetet: att ge ett remissvar på slutbetänkandet. Betänkandet kommer att på ett avgörande sätt påverka framtiden inte bara för de utvecklingsstörda och deras anhöriga, utan även för all omsorgspersonal.

Det är nu som Du som POMS-medlem måste medverka!

I POMSbladet nr 46 (nov 1980) beskrev Maj Thunman laggruppens preliminära arbetsplan. På grund av osäkerheten kring datum för slutbetänkandet och remisstidens längd finns det fortfarande vissa frågetecken kring tidsplanen. Det är dock klart att så fort slutbetänkandet kommer ska laggruppen läsa det och göra en sammanfattning samt förslag till diskussionspunkter.

POMS' sommarkonferens (i sept 1981) kommer att under en dag behandla slutbetänkandet. I början av hösten ska laggruppens kontaktmän ordna lokala möten. De kan gärna ordnas tillsammans med kuratorerna, de kan ske länsvis eller kretsvis. Vilket sätt Ni går tillväga på spelar mindre roll, bara POMSmedlemmarnas synpunkter når laggruppen i slutet av oktober (?), så att vi kan sammanställa ett förslag till remissvar.

Detta förslag ska tillställas POMS' styrelse i slutet av november (?), som ska överlämna sitt svar till omsorgskommittén före remisstidens utgång i december 1981 (?).

POMS' laggrupp kommer också att ha kontakt med Psykologförbundet under remissarbetet.

Så - Du, omsorgspsykolog, i höst är det dags att vässa pennan inför remissomgången. Det är Du som vet hur omsorgerna fungerar eller inte fungerar i Ditt landsting. Det är den beskrivningen och de åsikterna som POMS vill föra fram till socialdepartementet.

Säg inte att Du inte fått någon chans att göra Din röst hörd - Du måste också ta chansen!

Cecilia Malmström

## D A G B O K

"OMSORGSKOMMITTÉNS HISTORIA" eller "Från total öppenhet till total slutenhet". Dagbok, redovisad vid POMS' konferens i juni 1980.

I mars 1977 går direktiven för omsorgskommittén ut på remiss - en ovanlig öppenhet.

I augusti 1977 är direktiven klara och kommittén tillsätts. Den består av fem politiker:

- Göthe Andersson (s) - repr Kommunförbundet
- Nils Hallerby (fp)
- Sven-Gösta Signell (s)
- Fredrik Swartling (m) - repr Landstingsförbundet
- Svea Wiklund (c)

tre sakkunliga: Karl Grunewald, Lars Grönwall, Lennart Wessman

fem experter: Gunilla Dahlin, Allan Everitt, Tore Karlsson, Bengt Linder och Bengt-Olof Mattsson

två utredningssekreterare

Ordförande blir riksdagsman K-O Andersson

I september 1977 bildas POMS' laggrupp i Jämshög efter att Gerhard Larsson betonat att kommittén vill arbeta mycket öppet med bl a referenskontakter.

I november 1977 kommer kommitténs första PM. Förutom en presentation av kommitténs sammansättning och av direktiven betonar man att man önskar kommunicera med berörda grupper: utvecklingsstörda, anhöriga, vårdchefer m fl

I januari 1978 utses Sylvia Milchert till POMS' referenskontakt med kommittén. Det lättlästa materialet "Vi talar om omsorgerna" ges ut. Tanken är att de utvecklingsstörda ska ge kommittén sina synpunkter, men POMS är tveksam om materialet är användbart för sådant ändamål.

I juni 1978 informerar K-O Andersson om kommitténs arbete på POMS-konferensen i Karlskoga. POMS antar en resolution för omsorgslagens bibehållande.

I juni 1978 kommer en kartlägningsrapport (Ds S 1978:9). I sitt remissvar framhåller POMS vikten av konkret och detaljerad lagstiftning ang öppna boendeformer, av stöd till familjerna och av rätt till arbete. Vi argumenterar mot att utvecklingsstörda förtidspensioneras vid 16 års ålder och för en bibehållen men förbättrad särslag.

FUB:s yttrande över rapporten publiceras i deras skriftserie (Nr 7: "Morgondagens omsorger").

I november 1978 går Gerhard Larsson in som ordförande i st f K-O A.

I april 1979 kommer en rapport om psykotiska barn. I sitt remissvar finner POMS att ambitionsnivån i rapporten är för låg. Behandlande/terapeutiska insatser efterlyses. Resurser bör även tillskapas för barndomspsykotiska vuxna.

I juni 1979 ägnas en dag av POMS-konferensen åt lagen - dagen präglas av en stämning av hopplöshet, mycket tyckande men inga konkreta förslag. Se vidare konferensrapporten.

I september 1979 kommer kommitténs PM "Undervisning av psykiskt utvecklingsstörda" (Ds S 1979:10). För första gången tar kommittén ställning i en sakfråga, dock utan att vara enig.

Huvudmannaskapet för särskolan föreslås övergå från landstingen till primärkommunerna. Mot förslaget står bl a kommunrepresentanterna - de vill inte ha ökade kostnader.

POMS är starkt kritiskt mot förslaget, som anses dåligt underbyggt. Målgruppen för särskolan är oklart definierad.

I januari 1980 en hearing med SFPU, där delbetänkandet om "Samordnad barnhabilitering" (Ds S 1979:12) presenteras. Denna gång är kommittén enig. Rapporten finns även i lättläst version.

I POMS' utförliga remissyttrande förordas att genomförandet startas som en försöksverksamhet med ett fåtal målgrupper innan en mer omfattande samordning sker. Delar av yttrandet refererades i POMSbladet nr 45/1980.

I januari 1980 fick kommittén tilläggsdirektiv angående "Utvecklingsstörda som föräldrar" - synpunkter kring detta kommer att tas med i slutbetänkandet.

Regeringen (Mundebo) gav också direktiv till samtliga kommittéer och utredare angående finansiering av reformer: Förslag måste genomföras inom ramen för befintliga resurser! Alltså befinner vi oss nu i den situation, som många befarade inför utredningsarbetet.

I juni 1980 har ett slutligt betänkande om de flerhandikappade (SOU 1980:16) utkommit.

POMS beslutar att inte avge något remissvar, eftersom målgruppen i betänkandet är oklart definierad och att åtgärder för flerhandikappade även kommer att redovisas i omsorgskommitténs slutbetänkande, "i det sammanhang där det hör hemma".

o - o - o - o - o - o - o - o - o - o - o - o - o - o - o  
(forts från följande sida)

Z Jan Lörelius	b 063-11 47 61	Harriet Svaleryd
AC Anita Wester	a 090-11 89 60 b 090-12 75 61	Martha Julku
BD Sture Gunnarstedt	a 0920-106 80 b 0911-116 43	Anneli Tapani

#### "Laggruppen" 1980-81

Lena McElwee	a 018-46 01 00	b 018-31 70 75
Ylva Hermansson	a 08-45 28 70	b 08-84 64 66
Gösta Lundgren	a 0500-830 66	b 0500-131 28
Cecilia Malmström	a 08-93 04 40	b 08-32 23 56
Sylvia Milchert	a 0155-171 60	b 0155-108 98
Mårten Söder	a 08-22 99 80	b 018-42 94 76
Maj Thunman (styr. repr.)	a 021-12 76 20	b 021-18 88 73

POMS` kontaktmän till "laggruppen"  
tel a = arbetet, b = bostaden

KOMS`kontaktmän, ej  
spec för oms.kom.

AB (vakant)			Susanna Antolainen
C Ann-Charlotte Nilsson	a 018-10 00 00		Gunnel Ekbäck
	b 018-12 75 35		
D Margareta Jeppson	a 016-10 34 36		Kenneth Sjö Dahl
	b 0152-162 51		
Eva Edin	a 0150-512 02		
	b 0150-157 85		
E Iambe Liffner	a 013-10 20 20		Berit Adamsson
	b 013-10 41 46		
F Kenneth Björnehäll	a 036-16 04 40		Barbro Einemo
	b 036-729 81		
G Gunnel Winlund	a 0470-250 00		Barbro Blomberg
	b 0476-136 10		
H Jan-Evert Magnusson	a 0490-166 00		Berit Olsson
	b 0490-401 79		
I (vakant)			Lisbeth Johansson
K André Halai	a 0455-194 00		Leif Möller
	b 0455-182 52		
L I Florén-Andersson	a 0431-173 64		Inga Tammelin
	b 0435-201 89		
M Marit Kihlman	a 042-10 39 56		Reneé Hartzell
	b 042-13 27 04		
Ma Monica Lannerud	a 040-14 19 13		Gunilla Imberg
	b 040-16 16 02		
N Kjell Fritze	a 035-10 00 60		Lena Nordström
	b 0430-505 01		
O Hans Wrenne	a 031-87 24 77		Elisabeth Stenlund
	b 031-76 29 25		
P Göran Hallin	a 033-11 77 00		Lena Hedberg
	b 033-418 80		
R Lena Tjeder	a 0500-867 15		Kristina Karlsson
	b 0500-370 27		
S Robert Binda	a 054-10 02 00		Monica Janzén
	b 0554-139 53		
T Methe Axén	a 015-136 40		(vakant)
	b 019-10 12 29		
U Lars Göran Jansson	b 016-199 07		Oije Umb-Karlsson
W Anders Bond	a 0225-121 20		Kerstin Gustavsson
	b 0225-134 35		
X Eva Pärsson	a 026-18 84 00		Ake Kärrman
	b 026-10 81 27		
Y Stina Hultin	a 0611-175 70		Ingrid Lander
	b 0612-420 77		

(forts s 38)

# GRIFFITHS' UTVECKLINGSSKALOR I OCH II

*Ursprung och historik:* De svenska skalorna I och II utgör översättningar och bearbetningar av skalor som utarbetats av den engelska psykologen Ruth Griffiths på grundval av hennes egna mångåriga och systematiska observationer. "Griffiths' mental development scale" för åldrarna från födelsen till omkring 2 år presenterades 1954 av Griffiths i boken *The abilities of babies*. "The Extension of the scale" för åldrarna 2—8 år presenterades 1970 i *The abilities of young children*.

Ragna Lindstam utgav 1968 *Griffiths' mental development scale. Svensk version 0—2 år*. Boken redovisar bakgrundsdata, övriga statistiska data samt normtabeller från den svenska standardiseringen (utförd 1963) av Griffiths' första skala. Fyra år senare utkom den första svenska handledningen till skala I, författad av Britta Alin-Åkerman, till största delen innehållande en översättning av de engelska anvisningarna för administrering och poängsättning med smärre justeringar i enlighet med Lindstams erfarenheter från standardiseringen.

En översättning av administreringsdelen till Griffiths' "Extension of the scale" publicerades i en handledning av Britta Alin-Åkerman 1975.

Datainsamlingen för den svenska standardiseringen av skala II genomfördes åren 1973—1976. Ett mål i standardiseringen var att i så stor utsträckning som möjligt använda skalan enligt de principer och normer för givning som Griffiths anger i sin bok från 1970. Projektet var knutet till den barnpsykologiska forskningsgruppen vid institutionen för pedagogik, Högskolan för lärarutbildning i Stockholm. Data från denna standardisering finns dels i samlingsmanualen (1980), dels i Nordberg, Tingvall & Alin-Åkerman (1980). Ytterligare en rapport med standardiseringsdata skall publiceras under 1981.

*Beskrivning av skalorna:* Skala I är avsedd för åldern 0—2:0 år. Den består av fem delskalor, var och en belysande en speciell aspekt av barnets utveckling: motorik (A-skalan), personligt och socialt beteende (B-skalan), hörsel och tal (C-skalan), samordning av öga och hand (D-skalan), performance (E-skalan).

Skala II är avsedd för åldern 2:0—8:0 år. Den består av sex delskalor. Fem av dessa gäller samma utvecklingsaspekter som

finns med i skala I och benämns på samma sätt. Den sjätte delskalan gäller praktiskt resonerande (F-skalan).

*Testmaterial:* Samlingsmanualen (1980) för skala I och II (se förteckningen nedan) innehåller allt som är nödvändigt för administrering och utvärdering av de båda skalorna, inkl. normtabeller. Skala I är översedd och språkligt reviderad i den nya manualen. Bakgrund-, fördelnings- och korrelationsdata från standardiseringen av skala I redovisas i Lindstams skrift. Bakgrundsdata från standardiseringen av skala II finns i skriften av Nordberg, Tingvall & Alin-Åkerman.

Protokollen är reviderade i samband med standardiseringen av skala II och utgivningen av samlingsmanualen.

Testmaterielen (leksaker m.m.) utgörs oförändrat av de engelska uppsättningarna. Materielen för skala I och skala II säljs i varsin väska; observera dock att flera av föremålen ur väskan till skala I skall användas vid testning med skala II.

Särskilda distributionsregler: För inköp av Griffiths' utvecklingsskala krävs särskild kurs i "Griffithstestning".

## Kurser

kring Griffiths' utvecklingsskala anordnas av **Dialog Studium ab**  
Strandvägen 41, 191 45 Sollentuna 08 - 96 54 49

- |            |  |         |
|------------|--|---------|
| 13- 35-001 | Manual för administrering och utvärdering (skala I och II) (1980)  | 235:—   |
| 13- 35-002 | Protokoll till skala I*  | 5:50    |
| 13- 35-005 | Protokoll till skala II*   | 7:—     |
| 33- 35-003 | Materiel till skala I (i väska)  | 945:—   |
| 33- 35-004 | Materiel till skala II (i väska)   | 1.030:— |
| 17-714-000 | Lindstam R: "Griffiths' Mental Development Scale. Svensk version 0—2 år" (1968)  | 73:—    |
| 27-715-000 | Nordberg L, Tingvall V & Alin-Åkerman B: "Standardisering av Griffiths' utvecklingsskala för åldrarna två till åtta år. Delrapport I: Sammanställning av bakgrundsdata" (1980) | 41:—    |

## PsykologiFörlaget ab

Box 461, 126 04 Hägersten

# POMS bladet

Organ för föreningen

Psykologer inom omsorgsverksamheten

## TEMANUMMIE

I detta jubileumsnummer bl a

- om omsorger i ett kärvare ekonomiskt klimat
- den nya socialstyrelsen och tillsynen
- om omsorgskommitténs slutarbete
- blir kommunerna bättre huvudmän för särskolan?
- konferensrapporter
- POMS international
- höstkonferensen och årsmötet

m m

Nr 50

Juni 1981



# Kära läsekrets!

Vi är nu framme vid POMSbladets femtionde nummer - ett litet jubileum i all anspråkslöshet, som vi tänkt försöka fira med ett extra omväxlande blad. Du behöver väl inte sträckläsa det - det skall räcka hela sommaren, så tag det i småportioner.

Några naturliga anknytningspunkter har förstås funnits till "sommarkonferensens" två huvudtemata: den ekonomiska åtstramningen och omsorgskommitténs slutbetänkande.

Konsekvenser av nedskärningarna har vi sökt få belysta från olika synvinklar: föräldrarnas tro om framtiden, hur den utvecklingsstörde drabbas, hur omsorgsideologin skall kunna förverkligas, två politikernas syn på utvecklingen och några rapporter från fältet.

Som laggruppen meddelar har slutbetänkandet nyligen kommit ut när Du läser detta. Kommitténs huvudsekreterare knyter några funderingar till slutarbetet och särskolinspektören redovisar sin starka kritik mot ställningstagande från ledamotsmajoritetens sida.

Hur dessa temata återkommer på konferensen kan Du läsa mera om på den sista sidan.

Du får också en redogörelse för hur den nya socialstyrelsen är organiserad i de delar som berör oss och vilka möjligheter att påverka omsorgerna som kommer att finnas därifrån.

Som vanligt finns också rapporter från bl a de två konferenser, som POMS anordnat under våren om krisbemötande respektive invandrarfrågor.

Både i tidningen och löst bifogat i kuvertet finner Du kallelse till och material inför årsmötet den 15 september 1981. Det är viktigt att Du utnyttjar Dina stadgeenliga rättigheter att väcka motioner, rösta - själv eller, om Du inte kan deltaga, genom det ombud Du befullmäktigar att rösta för Dig - och i diskussioner mm påverka föreningens målsättning och arbetsformer. Med en stor, passiv majoritet tynar lätt även den bästa förening bort. Var därför aktiv!

Så ber vi i redaktionen att få tacka Dig och alla andra läsare för det gångna året. Vi hoppas att Du haft glädje av det senaste halvdussinet nummer och önskar Dig välkommen åter som läsare i höst.

Till slut vill vi önska Dig en riktigt varm och skön sommar och semester!

Eva Hirsch      Karin Kahlin      Barbro Lundahl      Lars Molander

Kristina Norén      Britt-Mari O'Donnell      Bengt Åkerström

# POMS' ordförande har ordet:

När kretsombuden, laggruppen och styrelsen träffades i början av hösten 1980 för att dra upp riktlinjer inför det kommande verksamhetsåret, fann vi att den fråga som var mest överskuggande var det kärvare ekonomiska klimat vi står inför.

De ledstjärnor, som varit riktlinjer för omsorgsvården, har varit normalisering och integrering. För att dessa båda honnörsord ska få en verklig innebörd krävs resurser. Sådana viktiga resurser är bland annat ett kvalitetsmässigt gott stöd till föräldrarna, små klasser i särskolan, små grupper på vårdhem, tillgång till platser på inackorderingshem och dagcentrer.

Resurstillgången har sedan omsorgslagens tillkomst varit på fram-marsch. Vi har fått uppleva hur livskvaliteten för de utvecklingsstörda och deras anhöriga förändrats till det bättre.

Som omsorgspsykologer har vi arbetat i ett progressivt klimat. I vår uppgift att stödja utvecklingsstörda, anhöriga och personal har vi haft den vissheten med oss. Vi har upplevt en progressiv vårdideologi och vi har tagit detta som självklart, då vi ju vet att vi arbetar med en av de mest eftersatta grupperna i samhället.

Nu står vi inför en annorlunda situation.

Vi vet att det ekonomiska läget är kärvt, att nedskärningar och åtstramningar kommer att ske.

Vi vet också att utformningen av omsorgslagen kommer att förändras.

Vi har känt att dessa är de stora och mest genomgripande frågorna för POMS just nu.

Vi tror att det är viktigt att vi som POMSare funderar över och diskuterar den verklighet vi står inför. Det känns angeläget att diskutera vad den ekonomiska situationen kommer att innebära för innehållet och målsättningen i vården.

Det är också viktigt att vi frågar oss hur våra egna attityder och värderingar påverkas av det allt kärvare ekonomiska läget.

Kan vi som omsorgspsykologer arbeta med bibehållna värderingar och målsättningar?

För att söka svar på detta har vi valt "Omsorgspsykologiskt arbete i ett kärvare ekonomiskt klimat" som tema för årets stora konferens och också valt att göra detta nummer av POMSbladet till ett temanummer kring samma ämne.

Vi hoppas att konferensen ska kunna ge oss nya fotfästen samt att vi ska kunna ge varandra nya impulser, idéer och sätt att tänka.

Styrelsen

# Föräldrarörelsen ser på 80-talet

*Riks-FUB:s ordförande, Thorsten Nilsson, speglar här förbundets syn på den utveckling som kan ansas inom omsorgerna.*

Givetvis är vi - föräldrar, utvecklingsstörda och övriga medlemmar i Riksförbundet FUB (Föreningen för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna) - *mycket oroliga* inför framtiden. Historien talar sitt tydliga språk. Lågkonjukturer och kärva ekonomiska tider har alltid inneburit inskränkningar för de utvecklingsstörda. Tecken på en hårdare attityd har redan nu förmärkts.

*Mest flagrant* har bristen på förståelse för och solidaritet med de utvecklingsstörda demonstrerats av sjukvårdsministern Elisabeth Holm (m). Vid ett tal i Linköping i november 1980 påstod hon att standarden inom omsorgsverksamheten var för hög, att det gått "för långt" i omtanken om de utvecklingsstördas miljö och att det till och med kunde vara *till fördel* för de utvecklingsstörda om man sparar pengar inom omsorgerna??

Opinionen inom FUB blev oerhört kraftig. Länsförbund, lokalföreningar och enskilda medlemmar hörde av sig, reagerade med insändare eller på annat sätt.

Vid en uppvaktning som R-FUB gjorde menade fru Holm att hennes uttalande gällde institutionsstandarden som t ex samlings-salar och swimmingpooler - men hon hade uppenbara svårigheter att exemplifiera sitt påstående. Trots det ville hon inte modifiera sitt uttalande. På vårt krav att omsorgerna i likhet med äldreomsorg, långtids-

vård och barnomsorg borde utgöra ett prioriterat område, påstod hon att handikappfrågorna prioriteras i regeringens budgetproposition?

Visst är det naturligt om vi FUB-are känner oss oerhört besvikna och *svikna* när ansvarigt statsråd för omsorgerna demonstrerar en sådan brist på kunskaper om ett av sina ansvarsområden och en sådan negativ inställning till utvecklingsstörda.

När det gäller åtgärder som drabbar utvecklingsstörda har vi först och främst *generellan åtgärder* av typ sparplaner, begränsningskunskörelsen och andra ekonomiska restriktioner. Dessa drabbar alla men slår särskilt hårt mot utvecklingsstörda och andra svaga grupper. Jag tänker då närmast på konsekvenserna av den höga inflationen - de ofantliga pris-, ränte-, skatte- och hyreshöjningarna.

En generell åtgärd med speciell inriktning mot omsorgerna är *stat/kommungruppens kamp mot "onödiga" normer*. Med "onödiga" normer menar Elisabeth Palm (m), gruppens ordförande, bl a

"att bestämmelserna om att landstingens omsorgsplaner skall underställas socialstyrelsen för fastställelse liksom att godkännandet av olika inrättningar skall göras av SoS, måste slopas."

Tillsynen över omsorgerna bör överensstämma med vad som gäller för andra landstingens områden, menar hon.

Pricken över i-et är att gruppen i skrivelse till socialdepartementet föreslår att man utan att avvakta omsorgskommitténs betänkande skall besluta enligt gruppens förslag, dvs slopa detaljreglering och låta landstingen själva avgöra i dylika frågor. Är det ett beställningsarbete i besparingssyfte från något håll, frågar vi FUB-are oss oroligt? Varför annars så bråttom? Varför just omsorgerna? Var har den generösa inställning som andra lagutskottet, regering och riksdag visade 1967 tagit vägen (när man tog beslutet om nuvarande omsorgslag)?

R-FUB protesterar givetvis - av flera skäl. I en skrivelse till departementet erinrar vi om att i prop 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation, *vilken antagits av riksdagen*, sägs det "att med hänsyn till *de särskilda kraven på rättssäkerhet för utvecklingsstörda* kan tas för givet att socialstyrelsens befogenheter inom omsorgsområdet kommer att klart uttryckas i lag och förordningar".

Vi menar att det är helt nödvändigt att SoS fortfarande utövar ett inflytande över omsorgsverksamheten. Risker är annars mycket stor att den smala omsorgssektorn återigen blir "satt på undantag" i den hårda strid om de krympande 80-talsresurserna, som förestår.

Därtill kommer att det ju är frågan om *insamling och förmedling* av kunskaper och forskningsresultat, frågan om *överblick och påverkan* till någorlunda jämlikhet mellan olika län. Och framför allt - det är *inte* frågan om kategoriska diktat utan om *samråd och berikande diskussioner* mellan SoS' representanter och landstingen. Och därvidlag behöver vi alltför Karl Grunewald och hans duktiga medhjälpare.

Ser man till *speciella åtgärder* måste man först reagera mot *förändringen av basbeloppet*. Det finns inte mindre än cirka 40 författningar där basbeloppet har betydelse för förmåner (t ex handikappersättning, vårdbidrag, livräntor, sjukbidrag och förtidspensioner) till många människor - framför allt pensionärer och handikappade. Exempel: handikappersättningens nivåer (30, 45 och 60 % av basbeloppet) sjunker med en tredjedel (till 20, 30 och 40 %) under en 20-årsperiod, om de senaste årens utveckling fortsätter.

*Minskade statsbidrag* till kommuner och landsting innebär uppenbara risker för sämre omsorger. Jag tänker på färdtjänsten, tvåprocentiga minskningen av driftbidragen till skolan, hemtjänsten, hjälpmedelsförsörjningen m m.

Den obetydliga höjningen av organisationsstödet till handikapporganisationerna (3 %) är inte heller något gott tecken, så hög som inflationen är. Hur går det med omsorgskommitténs betänkande, med tanke på regeringens noll-direktiv? Man får ju bara föreslå nya verksamheter om man kan anvisa medel genom omprioriteringar inom samma verksamhetsområde.

För landstingen innebär den uppkomna situationen svåra problem inför budgetarbetet 1982-86. De centrala åtgärderna betyder att landstingen får minskade intäkter. För AC-län ger "sparplan två"

som kom för några månader sedan, ett inkomstbortfall på 36 miljarder. Nästa sparplan, som kommer i maj (?), slår än hårdare. 12 miljarder skall prutas, enligt massmedia. Givetvis kommer de utvecklingsstörda och omsorgerna att drabbas av de restriktioner det här är frågan om. Detta veror inte minst på att många politiker i beslutande ställning tycker att omsorgerna har fått väldigt mycket sedan 1968. Då tänker man inte på att utgångsläget var praktiskt taget noll och att den satsning, som är gjord, i huvudsak är en kvantitativ sådan.

Bristerna inom omsorgerna är fortfarande enormt stora. Vi är bara halvvägs när det gäller inriktningen mot öppna omsorger. Skall integreringssträvandena avstanna? Bör inte också de gravt utvecklingsstörda få chansen att komma ut till ett mer hem-liknande boende? Bör inte de 4-5000 utvecklingsstörda, som idag saknar *systsättning*, få plats på dagcenter? En meningsfull *fritid* för utvecklingsstörda är ett annat rimligt krav liksom möjligheter till *korttidsomsorg*. Mer pengar till *ut- och fortbildning för personal* inom omsorgerna är befogat om vi skall klara av en fortsatt integrering av gravt utvecklingsstörda och utvecklingsstörda med beteendestörningar.

Men det är inte lätt att komma tillrätta med den felaktiga uppfattningen att omsorgerna fått för mycket. *Kunskaper, erfarenheter och attityder* hos beslutsfattarna spelar stor roll och det är dessutom svårt att nå fram med argument på högsta nivå - där de reella besluten fattas.

En annan svårighet är den ganska allmänna uppfattningen att "ska man spara, då ska *alla* spara" - oavsett brister och behov. Det verkar vara enormt svårt att åstadkomma omprioriteringar.

Slutligen har vi människor olika värderingar. Det finns personer som menar att utvecklingsstörda har det bra, andra som känner mer för andra handikappgrupper och återigen andra som kan tänka sig ytterligare medel till de utvecklingsstörda. Och då beror det på vilka av dessa som har det avgörande inflytandet.

*Besvikelse* över stagnation och i vissa fall tillbakagång inom omsorgerna, *osäkerhet och resignation* över svårigheterna att kunna hävda omsorgernas intressen, *oro* över vad 80-talet kommer att föra med sig för de utvecklingsstörda samt slutligen *fruktan* för det ännu hårdare ekonomiska klimat, som väntar under 80-talet - det är de känslor, som många FUB-are har idag.

Vi vet ju att vårt land har svårigheter. Angreppen på den offentliga sektorn, där omsorgerna finns, är hårda och många. Vårt näringsliv har mycket svårt att hävda sig på den internationella marknaden. Vi har ett enormt budgetunderskott och dito statsskuld - som måste återbetalas.

Men vi i FUB ger inte upp.

Vi ska kämpa vidare - mot intolerans och fördomar, för FULL DEL-  
AKTIGHET OCH JÄMLIKHET!

Thorsten Nilsson  
Ordförande, R-FUB

# Hur drabbas utvecklingsstörda av ekonomisk åtstramning?

*"Den allvarligaste konsekvensen för den utvecklingsstörde som individ skulle enligt min uppfattning vara en ny perspektivförskjutning. I ett sådant perspektiv skulle handikappet/det avvikande få en ny dominans" skriver här Ingrid Liljeroth, Göteborg.*

Det är inte så lätt att säga något definitivt om ifall den utvecklingsstörde som individ kommer att drabbas hårt av den ekonomiska åtstramningen. Det som emellertid definitivt går att säga är att en åtstramning är på väg. Hur det ska drabba individen beror på var och hur åtstramningen sker. Sker det närmast individen kan det få ödesdigra konsekvenser, men sker det långt från individen är det inte lika säkert att det slår så hårt.

Vad finns det då för tendenser?  
Det jag har hört mest om är

- att klassernas storlek ska öka
- att assistans i klasserna minskar
- att antalet elever på elevhem ökar
- att dagcentrer kan läggas ner
- att personal på dagcentrer dras in
- att inackorderingshem får minskade resurser.

Jag har ännu inte hört att något omsorgskontor ska läggas ner eller att antalet administratörer och byråkrater reduceras - åtminstone inte jämförligt med reduceringarna nära den utvecklingsstörde.

Det finns också andra indragningar som den utvecklingsstörde får ta konsekvenserna av. Det

rör sig t ex om utbildning. Reduceringen av speciallärarutbildningen kommer på sikt att leda till markant sämre kunskap om handikappade inom grundskolan, samtidigt som integreringen ställer allt större krav på kunnande - ett kunnande som redan är för litet.

Om den ekonomiska åtstramningen - som det nu verkar - kommer att förändra den utvecklingsstördes livsmiljöer (hem och skola eller hem och arbete), då påverkas givetvis den utvecklingsstörde som individ. Om det vore så lyckligt att reduceringarna bleve marginala så kan det inte skulle vara så riskabelt. Men inte ens nu är resurserna alltid tillräckliga och även en mindre neddragning kan då göra att gränsen för det möjliga överskrides.

Om gränsen passeras, på vilket sätt skulle den utvecklingsstörde drabbas i sin personliga utveckling och i sitt personliga liv? För barn på elevhem eller i skolan är det troligt att miljöerna kommer att bli oroligare och att barnen inte får det individuella bemötande som är nödvändigt.

Ett barn behöver - särskilt om det är handikappat - att man hjälper det till erfarenheter både av sig själv och av sin omvärld. För att erfarenheter ska leda till en utveckling måste

den ges i ett samspel med människor som bryr sig om att lära känna dem. Det kräver lärare, vårdare, etc.

Ett generellt problem för utvecklingsstörda är deras upplevelse av att inte kunna något och inte betyda något. Det gäller för både barn och vuxna. Allmänt i samhället har vi mycket små förväntningar på de utvecklingsstörda. Föräldrar får ofta höra att de har för små krav eller att de överbeskyddas. Men hur är det egentligen allmänt i omsorgerna - redan nu? Med mindre resurser är det troligt att kraven minskas ytterligare.

Det finns väl dokumenterade kunskaper om att utvecklingsstörda kan otroligt mycket mer än vi tror. Vi bedömer dem efter vad de visar oss att de kan. Jag är övertygad om att det inte finns en enda träningsskolelev, som har de rätta kraven på sig. Alla har underkrav. De har tagit på sig rollen som "icke-kompetenta". Det fortsätter livet igenom att ha den rollen.

För att ge utvecklingsstörda - främst dem med gravare förståndshandikapp och psykiska särdrag - det stöd de behöver för en frigörelse av sin verkliga förmåga ställs krav som vi för närvarande inte kan uppfylla. Det krävs att vi åtminstone får behålla de människor som arbetar närmast den utvecklingsstörde. De resurser vi nu saknar för ett genomförande ligger på utbildnings- och organisationsplanen.

Under en period tycker jag att det har känts att vi varit på väg. Det har under de senaste 10 åren blivit en allmän perspektivändring. Det perspektiv som vuxit fram har på ett teoretiskt plan gällt en tro på att den utvecklingsstörde har samma behov som andra och kan utvecklas som andra. Men på det praktiska planet (i elevhem, skola, inackorderingshem, dagcenter etc och bland specialister) dominerar ändå "avvikarperspektivet", dvs förväntningar, förhållningssätt och bemötande genomsyras inte av likheterna mellan oss utan i stället av olikheterna.

För att få det teoretiska perspektivet att nå in i den utvecklingsstördes liv krävs att var och en arbetar med att förändra sig själv. Det kräver satsningar från var och en personligen. Men det kräver också att organisationen understödjer den utvecklingsstörde och människorna runt honom.

En reducering av resurser efter de tendenser jag har hört leder inte i den riktningen. Snarare förefaller byråkratien jämförelsevis att öka. Ju mer byråkrati vi får, desto mer blir den utvecklingsstörde ett objekt och desto mer utvecklingsstörd blir han.

Den allvarligaste konsekvensen för den utvecklingsstörde som individ skulle enligt min uppfattning vara en ny perspektivförskjutning. I ett sådant perspektiv skulle handikappet/det avvikande få ny dominans.

Tyvärr förefaller det inte orimligt. Jag har t ex hört administratörer och politiker ifrågasätta om *alla* ska ha undervisning. I stället anses det att vårdare på elevhem och vårdhem ska ta över det ansvaret. Det som då sägs är att man förnekar det normala behovet att barn behöver både hem- och skolmiljöer.

Jag har också hört diskussioner om inskränkningar på dagcenter, som ju med nuvarande omfattning inte räcker till. Om det skulle bli nedskärningar där kommer säkert snabbt frågan upp vem som har glädje av dagcenter. Har de gravt utvecklingsstörda det? Eller de som inte klarar av att anpassa sig socialt?

Resultatet skulle bli ett nytt urvalssystem. Vad ska de "bildbara" och "obildbara" heta på 80-talet? Var ska gränsen gå? Hur ska man förklara att alla inte längre har samma behov?

Eller kanske kommer man att säga att vi inte har råd att ge alla utvecklingsmöjligheter. Vi ger bara åt vissa.

Om vi inte ger tillräckligt med pengar skulle vi ändå hypotetiskt kunna klara att sprida och fördjupa det kunnande, som finns, men som inte spritts i de utvecklingsstördas värld? Fast jag tror inte det.

Det är klart att det - utan att åtstramning sker på utbildningssidan - går att få bättre kvalitet på vissa områden. Men jag tror också att det blir svårt, eftersom kunnande och perspektivförskjutning kommer på kollisionskurs. Det är sedan alltid perspektivet, som styr.

Det går inte att förutsäga framtiden. Men det går att ha hypoteser om problem, som kan uppkomma. De hypoteserna kan hjälpa till lyhördhet för vad som verkligen händer.

Jag upplever det som skrämmande att nya politiska/ekonomiska vindar så snabbt kan ändra perspektiven på individen och hindra kunnandet att spridas. De utvecklingsstörda kommer säkert att bekräfta perspektivet, för de tvingas in i den roll vi i samhället ger dem. Den självuppfyllande profetian verkar.

Så kan det bli möjligt att återgå till ett äldre system, där de som inte är så önskvärda "mår bäst" på institutioner.

De, som kan accepteras i ett integrerat system på ett normaliserat sätt blir "tillåtna" och får kanske till och med ta en begränsad del av en kvalitet vi nu inte har, men kan få.

Vad gör psykologerna? Gömmer de sig i teamen på omsorgskontor eller deltar de i de utvecklingsstördas vardag?

Vart är vi egentligen på väg?

Ingrid Liljeroth



# Kan normaliseringen förverkligas?

"Ungefär rubrikens fråga har redaktionen bett mig att begrunda till detta nummer av POMSbladet" skriver här Lars Kebbon. "Låt mig då få anföra följande:

Normaliseringsprincipen är en planeringsprincip, som anger riktningen för en fortgående process och kan ge vägledning, organisatoriskt såväl som individuellt. Ett av de viktigaste instrumenten i normaliseringsarbetet är de öppna omsorgerna. Tillsammans med flera medarbetare inom MR-gruppen har jag under ett antal år sysslat med att utvärdera dessa omsorgsformer. Det har vi bl a gjort genom att utarbeta vad vi kallat för normativa modeller och genom att söka identifiera kritiska faktorer för måluppfyllelse. Dessa finns sammanfattade i projektets slutrapport, som i dagarna utkommit av trycket ("Evaluering av öppna omsorgsformer", DSF 1981:2, Distribution Liber.)

Ett tentativt svar på rubricerade fråga kan ges med utgångspunkt från några av de kritiska faktorer vi funnit. De exemplifieras här under fyra rubriker:

- omsorgstagarna
- resurser och metodik
- personal
- föräldrar och samhällsmedlemmar

## Omsorgstagarna

All omsorg motiveras av omsorgstagarnas behov, framför allt *särskilda behov* av stöd och hjälp som deras förståndshandikapp ska-

par. Man har emellertid allt mer kommit till insikt om vikten av att - inom eller utom omsorgerna - dessa personers *allmänmänskliga behov* tillgodoses. Det finns hela tiden en risk att vårdåtgärder, vidtagna på grund av utvecklingsstördas särskilda behov, direkt motverkar tillgodoseendet av allmänmänskliga behov.

Detta är en bakgrund till att normaliseringsprincipen blivit övergripande planeringsfilosofi i omsorgerna. En första kritisk faktor är alltså avvägningen mellan normalisering och särskilt stöd. De öppna omsorgsformerna utgör härvidlag ett av de viktigaste instrumenten.

Utvecklingsstörda omsorgstagare är *individer* med individuella behov. Detta kräver individualisering också av omsorgerna med behovsanpassade serviceformer och stödåtgärder, vårdprogram och undervisning. Det förutsätter vidare att omsorgstagarna ges möjligheter (och får lära sig) att uttrycka sina behov och krav, att de ges *personlig frihet* att själva välja, påverka, delta och ta ansvar.

Beaktande av *personliga känslomässiga behov* är en grundläggande förutsättning i omsorgsarbetet och en viktig utvecklingsresurs. Primärt gäller detta behovet av identifikationsobjekt, som medger känslomässig kontakt och kontinuitet i medmänskliga

relationer. Den utvecklingsstördes *självkänsla*, trygghet och säkerhet utgör grunden för en optimal förmåga att klara sig själv. En kritisk faktor i detta sammanhang är *handikappmedvetandet*. Ett psykologiskt arbete med stöd och hjälp i personlighetsutvecklingen vid sidan om de materiella omsorgerna är viktig.

I linje med detta ligger ett socialt arbete på att med stödjande åtgärder, från träning i det dagliga livets aktiviteter till t ex information om studiemöjligheter och fritidsaktiviteter, utveckla *social förmåga* och skapa förutsättningar för *sociala kontakter*.

Utvecklingsstörda har liksom andra behov av *meningsfull aktivitet*, i vuxen ålder främst regelbundet förvärvsarbete och fritidsaktiviteter på eget initiativ. På grund av handikappet eller brist på arbetsmöjligheter kan det ibland endast bli frågan om sysselsättning. Kravet på meningsfullhet gäller dock alltid. *Undervisning, träning och yrkesutbildning* lägger givetvis grunden till att ge den utvecklingsstörde specifik förmåga och generell kompetens. Därefter blir andra faktorer kritiska, i första hand tillgång till arbete och fritidsaktiviteter. Det räcker dock inte alltid med att ge möjligheter. *Utnyttjandet av förutsättningarna* är beroende av t ex motivation och medvetenhet.

#### Resurser och metodik

En förutsättning är att det finns ett *differentierat utbud av serviceformer* för de öppna omsorgerna. Vi har särskilt uppmärksammat resurser för psykologiskt och socialt stöd åt omsorgstagarna.

*Ekonomiska resurser* är givetvis i sig en kritisk faktor. Utvecklingen av öppna omsorgsformer får inte ses som en besparingsåtgärd. Både *personal* och *lokaler* behövs. En komplikation är dock att resurserna i ännu högre grad än i övriga omsorger måste vara *flexibla*. Bundna resurser i form av organisation, personal eller lokaler kan ge låsningar som förhindrar effektiv och adekvat öppen omsorg. Väsentligt är att man beaktar och maximalt utnyttjar såväl *inre resurser* inom omsorgsorganisationen som *yttre resurser* inom andra samhällssektorer. Det senare skall ur omsorgernas synpunkt inte enbart ses som ett resurstillskott eller rationellt utnyttjande av befintliga resurser utan är ett medvetet led i normaliseringsarbetet.

Allt omsorgsarbete kräver en *metodik*. Detta förutsätter att en *målsättning* finns, att den är formulerad och att den är medveten för dem som skall omsätta den i verklighet. En första kritisk faktor är alltså avsaknad/förekomst av medveten målsättning och metodik för omsorgsarbetet. Det behövs ett kontinuerligt arbete med att kritiskt utvecklas och medvetandegöra mål och metoder. Ofta saknas dock *tid och möjligheter* för berörda befattningshavare och personal att göra detta.

I en annan mening kritiska faktorer för val av metodik blir *motsättningar* som kan framtona mellan olikartad målsättning och arbetsinriktning, t ex av avvägningen mellan trygghet och träning i boendet, produktion och utveckling i dagverksamhet, schemaläggning och fritt initiativ eller personaldeltagande och utvecklingsstördas egen aktivitet under fritiden.

Omsorgsarbetet innehåll behandlas i de normativa modellerna.

## Personal

Omsorgstagarnas behov bestämmer mål och metodik i omsorgsarbetet och därmed också vilken personalinsats som erfordras. Primär kritisk faktor blir återigen *ekonomiska resurser*, som ju avgör möjlig omfattning och delvis även kvalitet.

Personalens *kompetens* och *kunskaper* är avgörande. Utbildningsbehovet är stort och långt ifrån tillgodosett. Påfallande ofta rapporterar man upplevelse av otillräcklighet inom omsorgsområdet. Också i praktiken är man ofta osäker på *målsättningarna* för sitt arbete.

*Samordning* och *samarbetsformer* utgör problem för hela omsorgsorganisationen, men blir speciellt kritiska för de öppna verksamheterna, där risken att personalen isoleras är större.

*Medinflytande* för personalen på egen situation och eget arbete utgör en annan grupp av kritiska faktorer. Hit hör även frågor om *decentralisering* och *ansvarsfördelning*. Även dessa blir mer kritiska i de friare arbetsformer, som det rör sig om i öppen omsorg.

Ett annat väsentligt problemområde i detta sammanhang utgör *mellanmänskliga relationer*. För att en personalgrupp som skall samarbeta i det dagliga vardagsarbetet, t ex på ett inackorderingshem eller ett dagcenter, ska fungera optimalt kan stöd och bearbetning behövas. Relationen mellan personal på fältet och den centrala administrationen bör vara stimulerande och inte hämmande. Kontakten mellan omsorgstagare och personal skall inrymma förutsättningar för mänsklig kontakt och naturlig samlevnad. Kontakten med föräldrar och andra utanför omsorgerna bör för det första överhuvudtaget finnas och vidare vara positiv.

Personalen måste få möjligheter att bedriva ett *samhällsarbete*. Man måste planera och aktivt söka vidgade kontaktytor, t ex genom att få tid att ta *yttre kontakter* eller genom att organisera *kontaktmannafunktioner*.

## Föräldrar och samhällsmedlemmar

Målet att ge den utvecklingsstörde normala livsvillkor förutsätter först av allt föräldrarelation och familjetillhörighet. Också i vuxenåldrarna bestäms livskvalitet till stor del av mänskliga relationer. Detta ställer höga krav på *samordning* mellan omsorgsorganisationen å ena sidan och föräldrar och samhällsmedlemmar å den andra. En första förutsättning är *kontakt* mellan föräldrarna och omsorgens personal och tjänstemän. Denna kontakt måste vara så god att den kan inrymma även psykologiskt stöd. För både föräldrar och andra berörda är *kunskap* och *information* kritiska faktorer. Föräldrarnas utnyttjande av omsorgernas service är beroende av att de känner möjligheterna. Serviceformerna kan endast utvecklas om man känner föräldrarnas hjälpbehov. Attityderna till de utvecklingsstörda i samhället är starkt beroende av kunskap om utvecklingsstörning. Också kontaktverksamheten utanför den egentliga omsorgsorganisationen kräver *resurser*.

(forts sid 15)

## 2 politiker om omsorger

Två politiker i omsorgsnämnden i AB-län har vänligen hörsammat vår förfrågan om de ville kommentera 12 frågor kring omsorger.

Här är deras svar; till vänster från Ruth Ettliger, vpk, och till höger från Henrik Åkerman, m.

- 1 *Hur ser Du på framtida omsorger om utvecklingsstörda i jämförelse med det som skett under efterkrigsåren för deras del?*

Enligt min mening finns för närvarande ett överhängande hot mot de utvecklingsstörda, dels centralt genom att man urholkar och kanske avskaffar omsorgsplanen, dels lokalt genom att den borgerliga regeringens sparplaner försämrar landstingens och kommunernas ekonomi och därigenom åstadkommer en social nedrustning för de utvecklingsstörda.

Under 1960-talet har BNP ökat med i genomsnitt 2 % per år, den kommunala sektorn med 4 och anslagen till de utvecklingsstörda med 8%. Allt räknat i volym, dvs fasta priser. Denna ökningstakt kan inte fortsätta - varken av ekonomiska, personella eller planeringsmässiga skäl. Omstrukturen måste visserligen fortsätta, men den måste ske i långsammare takt.

- 2 *En mer eller mindre uttalad målsättning under senare år har varit att man skall avveckla de centrala vårdhemmen till förmån för mindre, helst integrerade enheter. Är det dags att ifrågasätta detta?*

Nej.

Målsättningen om integrering och den lilla gruppens princip har varit ett mycket värdefullt instrument för att bryta ett gammalt vårdmönster. Vi har nu nått så långt att målsättningen emellertid bör kunna nyanseras utan att man för den skull komprometterar själva idén. De utvecklingsstörda skall integreras på sina egna villkor och när integration inte är möjlig bör man acceptera fakta.

- 3 *Hur ser Du på hemtagning från inrättningar i andra landstingsområden och från specialsjukhus?*

Förutsättning för hemtagning är att den enskilde utvecklingsstörde får det bättre efter hemtagningen och att han/hon kan integreras i en liten grupp. Hemtagning för dess egen skull eller av enbart ekonomiska skäl får inte ske.

Hemtagning bör ske endast i de fall där detta är humanitärt motiverat. Äldre vårdtagare, som vistats länge på en institution - och som har ringa eller ingen kontakt med sina släktingar - bör föras över till hemlandstinget först när fördelarna därmed är uppenbara.

- 4 Skall vi fortsätta att stötta alla familjer som vill ha sitt utvecklingsstörda barn hemma? I så fall, på vilket sätt? Om inte alla, vilka familjer?

Vi har en moralisk och laglig skyldighet att stödja och hjälpa alla utvecklingsstörda, oberoende av om de bor hemma eller "borta". Den utvecklingsstördes behov av omsorg måste tillfredställas och stödformen måste avgöras av våra kunskaper och vår förmåga.

Ja, alla familjer bör stöttas genom det sedvanliga batteriet av åtgärder. Något "psykologiskt tvång" gentemot den enskilda familjen att själva påtaga sig ett större ansvar får inte förekomma. Självfallet bör man dock koncentrera insatserna på de familjer, som har gravast handikappade barn.

- 5 Hur skall arbete/sysselsättning för vuxna utvecklingsstörda ordnas i framtiden?

Alla människors - även de utvecklingsstördas - rätt till arbete och sysselsättning är en grundläggande rättighet. Hur det praktiskt skall ordnas blir en fråga som måste lösas efter varje människas behov.

Detta är kanske vårt svåraste problem. Även om dagcentren även i fortsättningen kommer att utgöra kärnan i verksamheten måste flera utvecklingsstörda slussas ut i näringslivet (t ex arbete med lönebidrag). Dvs den tidigare "halvskyddade" verksamheten måste expandera. En smidigare tillämpning av trygghetslagarna vore även här att rekommendera (prov- och korttidsanställningar).

- 6 Hur ser framtiden ut för det vi idag kallar "icke-obligatoriska omsorger"?

I en förstärkt omsorgslag bör de göras obligatoriska. Mycket mörk.

- 7 Vilken information tycker Du att tillsynsbesöken ger och vilken form anser Du lämplig för direktkontakt med föräldrar och fältpersonal?

Tillsynsbesöket är av betydelse då det skapar möjlighet till kontakt mellan personal och politiker. Tillsynsbesöket kan, om det fungerar, vara en form av direktkontakt. Informella möten med utrymme för alla parter synpunkter tror jag också är en bra form för kontakt. Dessa möten bör inte vara för stora, det är avskryvart att hamna på ett podium. Telefon och brev är också bra kontaktformer.

Tillsynsbesöken ger mig en personlig kännedom om hur olika verksamheter är organiserade, deras utvecklingsmöjligheter och problem. Personalkonferenser och föräldraträffar utgör komplement för att inhämta nödvändiga upplysningar från fältet.

- 8 *Bör vi i fortsättningen hårdare prioritera vissa omsorger eller vissa grupper av utvecklingsstörda? I så fall vilka?*

Alla omsorger om utvecklingsstörda bör bli bättre, ingen grupp prioriteras.

Se svaret på fråga 4. Enligt min mening bör följande områden prioriteras: avlastning till föräldrarna, korttidshem för barn, behandlingshem för psykotiska ungdomar i åldern 17-23 år samt permanent boendeenhet för utvecklingsstörda med psykotiska särdrag.

- 9 *Hur skall vi bättre kunna ta vara på det engagemang, kunnande och fantasi som finns hos personal och föräldrar för att få fram konstruktiva lösningar i tider med kärvare ekonomi?*

Detta är en så stor fråga att jag inte kan besvara den i ett enkätsvar. Frågan rör egentligen synen på samhället i sin helhet. Men det räcker kanske i och för sig att se hur den borgerliga landstingsmajoriteten och omsorgsförvaltningen agerar i Stockholms län för att inse att konstruktiva lösningar knappast kan komma från det hållet. Konstruktiviteten måste andra stå för och här har naturligtvis vårdpersonal och föräldrar - inte minst genom sitt kunnande på området - en nyckelposition.

Ett mera decentraliserat budgetansvar. En total rambudget - inklusive personalanskaffning, övertidsarbeten och anställning av vikarier - bör på försök införas på några institutioner.

- 10 *Hur skall man i framtiden avväga satsningen på psykiskt utvecklingsstörda i förhållande till andra behövande grupper i samhället?*

De psykiskt utvecklingsstörda är en av samhällets allra svagaste grupper och deras intressen måste tillvaratas av samhället i alla lägen.

Så länge de utvecklingsstörda lever under sämre omständigheter än vad som generellt är brukligt måste vi fortsätta den ekonomiska och personella satsningen på denna grupp. Det är dock ett faktum att många äldre och många mentalsjuka lever under sämre förhållanden än de utvecklingsstörda. Vissa ofrånkomliga slutsatser kan behöva dras av detta faktum.



# Rapporter från fältet

AnnCharlotte Carlberg och Åke Hulenvik, G-län:

POMSbladets redaktion har bett oss berätta vilka "kyliga vindar" vi känt av i vår omsorgsverksamhet, dvs i Kronobergs län. Associationer ger både "stiltje" och "storm". Vi vill sammanfatta upplevelser från budgetarbete och kontakter med utvecklingsstörda, anhöriga och olika personalkategorier så här:

Det finns två fenomen som vi tycker är särskilt allvarliga och samtidigt svårgripbara. De har en smygande tillväxt och har kanske därför varit mest märkbara för den av oss, som varit borta från jobbet ett tag (A-C C).

- 1 Tillfällen att diskutera prioriteringar (eller rättare sagt vad som skall strykas eller skjutas på framtiden) är få - och betydligt färre än under tidigare år. *Värderingsdebatter förvandlas till ensidiga informationsmöten.* Behovet av att spara markeras ihärdigt, men utan jämförelser med andra verksamhetsområden.

Omsorgsverksamheten framstår plötsligt som om den under en följd av år varit en lyxtillvaro - och man accepterar beskrivningen i uppgivenhet, fastän man som anhörig eller vårdpersonal *egentligen inte* känner igen beskrivningen.

- 2 Arbetsgrupper inför förändringar anses i stort sett alltför kostnadskrävande och tillsätts "endast i nödfall". När de fungerade väl kunde de vara resurser för att få fram och bearbeta nyttiga förslag...

Vilka effekter? Jo, vi har märkt att man finner sig, blir räddhågad eller likgiltig. "Det spelar ingen roll", "Det struntar vi i", "Jag sköter mitt, så får andra sköta sitt" är symptomatiska repliker. Det leder i sin tur till att man lättare blir offer för de krafter, som vill se utvecklingsstörda som objekt för åtgärder. Om samarbetet brister eller inte sköts om är det t ex svårt att som ensam personal hävda att den vuxne utvecklingsstörde har rätt till eget rum och att detta inte kan ses som ett privilegium ...

Det här uppfattar vi som ett verkligt slöseri med sådana resurser som kampvilja, idéer, samarbete.

Vid nyåret började man få höra om saker som skulle försenas. Särskilt gällde det inackorderingshem och dagcenter. Det avgörande felet var att dessa projekt behandlades isolerade, utan sitt "omsorgssammanhang". Ett försenat inackorderingshem betyder ju något för elevhemmen, vårdhemmen etc etc.

"Internfinansiering" är modeordet. Det förutsätter att man tror på den omsorgernas tidigare "lyxtillvaro", som vi redan nämnt.

Man funderar inte heller på vad ögonblickliga inbesparingar kan ha för effekt på sikt. Det är ju inte alls otroligt att de kan ge av-



sevärda fördyringar ... Både humanitärt och ekonomiskt oförsvarbart!

Elevassistenter t ex sparar man in på - politikerna tycker också att man kan slå ihop klasser  $4 + 4 = 8$ , enkelt! - det är bara den lilla haken att det ev kan dölja sig sex rörelsehindrade bakom siffrorna ...

Vi har inte sett någon direkt nedskärning av verksamheten - ännu. 1 % volymökning är emellertid redan hårt intecknad av beslut för länge sedan.

Handikappår?!

Vi tror att man nu med än större emfas behöver driva frågor om inackorderingshem, dagcenter, annat enskilt hem etc - och inte helt ägna sig åt att försvara uppnådda mål. Även om man då kallas "blåögd" eller rentav "prisliberal" !

AnnCharlotte Carlberg

Åke Hulén

- o -

Anita Wester, AC-län:

Psykologgruppen är enig om att tendenser till åtstramning är väldigt tydliga. Det märks både i stor och smått.

Farhågor finns att det blir de gravt utvecklingsstörda, som kommer att drabbas hårdast av nedprutningarna.

Utflyttningen av utvecklingsstörda från vårdhem till inackorderingshem har hittills fortskridit enligt uppgjorda planer. Det är framför allt de måttligt/lindrigt utvecklingsstörda, som flyttat ut från de stora institutionerna. Den grupp som finns kvar är alltså mer vårdkrävande och kräver en större personaltäthet, vilket innebär att inackorderingshemsboende fortsättningsvis inte självklart blir ett billigare alternativ.

Risken finns att nedskärningen av platser på de stora inrättningarna inte fortsätter enligt uppgjorda planer av ekonomiska skäl. Troligen kommer man dock att motivera ett sådant ställningstagande med att en fysisk integrering av de gravt utvecklingsstörda inte är något eftersträvänt.

Utbyggnaden av inackorderingshem och dagcenter kommer heller inte att genomföras på det sätt, som tidigare planerats. Konsekvensen härav blir att omsorgen inte kan erbjuda varje vuxen utvecklingsstörd plats på inackorderingshem eller dagcenter. Något som passar precis ihop med den förmodade, nya omsorgsramlagen, dvs inte ska utan bör.

Vidare märks tendensen att under sken av integrering dra bort särskilda resurser för enskilda utvecklingsstörda, åtgärder som görs i rent besparingssyfte.

För var och en som arbetar inom omsorgerna är beslutet om nolltillväxt ytterst påtagligt. Varje förändring (= förbättring), som skall genomföras, måste ske inom ramen för befintliga resurser, omprioriteringar efterlyses och i slutändan drabbas enskilda eller grupper av utvecklingsstörda. Det kommer att bli oerhört svårt att fortsätta att förbättra kvaliteten på omsorgsvården, troligen måste ambitionen bli att kämpa mot att kvaliteten försämras.

Som vi ser det är risken stor att man t ex förvränger innebörden i integreringsbegreppet (som tidigare nämnts) i syfte att spara pengar. Detta är något som vi måste vara ytterst vaksamma för och bekämpa på alla sätt.

För omsorgspsykologerna i Västerbotten / Anita Wester

o-o

SOM  
DU  
SER

av programmet på sista sidan för POMS' konferens i september kommer ämnena på dessa temasidor att diskuteras.

Det är viktigt att Du också kan bidra med fakta och erfarenheter från Ditt landstingsområde.

Tag därför reda på vilka tecken som finns i Ditt område på nedskärningar, inskränkningar eller utbyggnadsstopp. Och vilka reaktioner på detta har Du märkt hos de utvecklingsstörda, deras anhöriga och personalen.

Förbered Dig gärna under sommaren genom att göra en liten

sammanställning av förhållandena i Din del av landet och tag med Dig detta material till Åre.

# Den nya socialstyrelsen och tillsynen

*Om den förestående omorganisatio-  
nen av socialstyrelsen och konse-  
kvenserna för omsorgerna skriver  
här Karl Grunewald.*

Den 1 juli 1981 omorganiseras socialstyrelsen. Två av avdelningarna blir mer renodlade än nu - den ena betecknas *socialtjänst* och den andra *hälso- och sjukvård*.

Inom socialtjänstavdelningen finns fem byråer, varav en för handikappfrågor. Den skall svara för tillsynen av omsorgerna om psykiskt och fysiskt handikappade samt den verksamhet som regleras i omsorgslagen. Byrån får 19-20 tjänster (mot 12 nu).

I proposition 1979/80:6 beskrivs socialstyrelsens framtida funktion. Beträffande tillsyn sägs bl a följande:

"I det förslag till socialtjänstlag, som regeringen har förelagt riksdagen, har intagits en bestämmelse att socialstyrelsen utövar tillsyn över socialtjänsten i riket. Motsvarande bestämmelse bör enligt min mening tas in i den instruktion för styrelsen, som regeringen har utfärdat. Bestämmelsen ger inte socialstyrelsen rätt att utfärda bindande föreskrifter för kommunerna. Men den ger styrelsen vissa uppgifter och befogenheter som jag kommer att beröra i det följande.

Det bärande motivet för socialstyrelsens tillsyn över socialtjänsten är givetvis behovet av statlig insyn och kontroll, som motverkar eftersläpning i vissa kommuner i fråga om servicenivå och som innebär att de grundlägg-

gande målen för insatserna är desamma i alla kommuner.

- - -

Socialstyrelsen bör i sin tillsyn över socialtjänsten verka för att de av statsmakterna fastlagda riktlinjerna följs av de ansvariga huvudmännen och påtala om detta inte skulle vara fallet. Jag förutsätter att socialstyrelsens tillsyn sker med beaktande av huvudmännens självständighet och behov av att anpassa sin verksamhet efter lokala förhållanden.

Det ingår i varje myndighets funktion att meddela allmänna råd inom sitt verksamhetsområde. Befogenhet att ge allmänna råd kan sägas vara en del av begreppet tillsyn. Därutöver är innebörden i begreppet oklar. Den har allmänt uppfattats så att socialstyrelsen skall följa verksamheten bl a genom kontroll i form av inspektion eller andra besök. Inspektionerna och besöken bör som regel syfta till utbyte av information och erfarenheter. Jag finner anledning att mera utförligt kommentera dessa frågor.

Enligt ett uttalande av riksdagens revisorer år 1975 i samband med deras granskning av viss, på socialstyrelsen ankommande tillsynsverksamhet leder ordet tillsyn i första hand tanken till kontroll. Det primära syftet med socialstyrelsens kontroll torde enligt revisorerna vara att styrelsen skall tillse att den enskilde vårdtagaren får vård och behandling av godtagbar standard samt att gäl-

lande bestämmelser blir följda, bl a i fråga om vårdtagarnas säkerhet mot fel och misstag i samband med behandling samt i fråga om deras rättigheter och deras rättssäkerhet.

Socialstyrelsens inspektionsverksamhet innebär enligt revisorererna inte bara kontroll utan möjliggör också utbyte av information och erfarenheter, varjämte de ger styrelsens företrädare tillfälle att framföra synpunkter på och främja styrelsens allmänna strävanden. Vid sidan av kontrollen anger revisorererna en annan huvudlinje, nämligen den att tillsynsmyndigheten skall handla på ett sätt som främjar både tillkomsten av yttre resurser och kvalitativ utveckling av bedriven verksamhet. I korthet kan tillsynsfunktionens syfte sägas vara kontroll, ledning och utveckling.

Enligt riksdagens revisorer visade deras granskning av socialstyrelsens tillsyn att inspektioner och därmed jämförliga besök tillgodoser flera angelägna behov. De underströk vikten av aktivitet på området och fann det oroande att socialstyrelsen inte hade kapacitet att själv i rimlig omfattning genom inspektioner och besök hålla sig underrättad om läget på ett så hårt belastat område som långtidssjukvården med dess ofta helt hjälplösa klientel.

Socialstyrelsens befogenhet att utöva tillsyn över en verksamhet får således anses innefatta uppgiften att på statsmakternas vägnar utöva kontroll över verksamheten. Härför erbjuder sig bl a inspektioner. Detta är sedan gammalt en etablerad form för socialstyrelsens tillsyn. Inspektioner förekommer regelmässigt inom omsorgsvården (*Oh, detta hemska ord! T o m i en proposition. Det heter omsorger om psykiskt utvecklingsstörda!/KG*). Inom sjukvården företas inspektioner då särskilda omständigheter påkallar det. Stundom begär huvudman inspektion, t ex då man önskar klarläggande uttalanden i någon fråga. På socialvårdsområdet förekommer inspektion av institutioner inom nykterhetsvård/narkomanvård och barn- och ungdomsvård.

Genom stadganden i olika författningar ges socialstyrelsen f n uttrycklig rätt - och skyldighet - att företa inspektioner. Styrelsen har därvid att genom påpekanden söka få rättelser till stånd då behov föreligger. Uppgiften att utöva tillsyn över en viss verksamhet får också i sig anses innefatta rätt att vid behov inspektera verksamheten.

Som förut nämnts har i förslaget till socialtjänstlag intagits en bestämmelse att socialstyrelsen utövar tillsynen över socialtjänsten i riket. Enligt min mening bör denna författningsbestämmelse för klarhetens skull kompletteras med en bestämmelse som ger styrelsen befogenhet att - på det sätt jag anger i det följande - företa inspektioner inom sitt verksamhetsområde. Bestämmelserna bör tas in i regeringens instruktion för styrelsen.

Jag finner först anledning att erinra om att frågan om formerna för socialstyrelsens inspektioner inom omsorgsvården togs upp till diskussion år 1973. Styrelsen redovisade då att inspektionsverksamheten förändrats i takt med utvecklingen på området. Under ett uppbyggnadsskede hade inspektionerna haft en relativt detaljpräglad inriktning med syfte att styra utbyggnaden både i fråga om institutioner, verksamhetens innehåll och arbetsmetoder. I ett sena-

re skede hade inspektionerna givits en mera övergripande, fördjupande och planerande karaktär och fått en utvärderande inriktning. Vid sammanträffanden med vårdansvariga diskuterades verksamheten och dess utveckling, varvid tillsynsmyndigheten kunde ge en för respektive landsting anpassad översikt och framlägga förslag till handlingsprogram, där hänsyn tagits till den behovsförskjutning som föreligger mellan respektive serviceformer. Socialstyrelsen avsåg att i fortsättningen mera systematiskt knyta samman sina inspektioner enligt omsorgsstadgan med sammankomster med respektive omsorgsstyrelse och dess ledande tjänstemän. Vid dessa skulle framföras vad som iakttagits vid inspektionerna. Resultatet av överläggningarna skulle offentliggöras.

I sitt svar på en fråga i riksdagen om formerna för rapporteringen vid socialstyrelsens inspektion av omsorgsvården erinrade dåvarande socialministern om att styrelsens tillsynsverksamhet successivt givits en mera övergripande och rådgivande inriktning. Han anslöt sig till tanken att inspektionsmaterialet skulle utgöra grund för överläggningar med företrädare för vederbörande huvudman och att resultatet av överläggningarna skulle offentliggöras. Han underströk att varje inspektionsrapport, som upprättas inom socialstyrelsen, är offentlig handling och att socialstyrelsen regelmässigt medverkar till att den kommer till allmänhetens kännedom.

Av det anförda framgår att socialstyrelsens inspektioner av vården av psykiskt utvecklingsstörda väsentligen inriktas på att föra ut den övergripande målsättningen för omsorgsvården till huvudmännen. För min del vill jag till detta foga att det enligt min mening finns få områden där socialstyrelsens inspektionsverksamhet är så viktig som när det gäller omsorgsvården. De berörda har svårt att framträda och hävda sina krav inför offentligheten. Socialstyrelsen har därför en särskild förpliktelse att föra denna grups talan.

Inom socialtjänsten är det främst institutionsvården som blir föremål för socialstyrelsens tillsyn och inspektion. Den kommunala socialtjänsten förutsätts bli rikt varierad. Lagen ger stor frihet för kommunerna att anpassa biståndet efter skiftande behov. Det kan inte uteslutas att detta leder till risker för ojämnheter i standard mellan kommunerna och osäkerhet om skyldigheter och rättigheter. Socialstyrelsens inspektioner av socialtjänsten bör inriktas på att skaffa kunskap om rådande förhållanden som grund för bl a bedömning av utvecklingen och behovet av allmänna råd.

Med hänsyn till den inriktning socialstyrelsens inspektioner numera har - huvudsakligen utbyte av information och erfarenheter - har jag övervägt möjligheten att byta beteckningen inspektion mot något annat uttryck. Med hänsyn till den hävd begreppet har i socialstyrelsens verksamhet anser jag dock att beteckningen inspektion bör bibehållas.

Som tidigare nämnts förekommer det att huvudman begär inspektion från socialstyrelsen för att få ett klarläggande opartiskt uttalande i en fråga, som kan gälla t ex vårdorganisation eller vårdinnehåll. Socialstyrelsen bör i sådana fall verkställa inspektionen och uttala sig om fallet.

Genom inspektioner inhämtar socialstyrelsen kunskap. Styrelsens företrädare kan därigenom följa pågående utvecklingsarbete i lan-

det och ta del av praktiska erfarenheter och nya tankegångar i den vårdideologiska debatten. Men styrelsen tillförs också kunskap genom att huvudmännen sänder in planer och andra uppgifter som belyser verksamheten. Så sker t ex inom omsorgsvården, där landstingen är skyldiga att upprätta planer. På sjukvårdsområdet är förfarandet systematiserat genom överenskommelser med sjukvårdshuvudmännen.

När det gäller kommunerna föreskriver barnomsorgslagen att kommunerna skall utarbeta planer för barnomsorgen. Dessa tillställs socialstyrelsen. Avvikelse gentemot av statsmakterna fastlagda mål kan därvid uppmärksammas. I de fall planering sker på andra områden - t ex inom äldrevården - är det angeläget att planerna bringas till socialstyrelsens kännedom.

I socialtjänstpropositionen har jag pekat på att betydelsen av att kommunen planerar socialtjänsten. En långsiktig planering av socialtjänsten ökar också möjligheterna till samplanering med andra organ. Kommunernas resurser kan utnyttjas bättre, tillsammans med framför allt landstingens resurser. Det gäller exempelvis omsorgerna om äldre och handikappade samt vård och behandling av alkohol- och narkotikamissbrukare.

Handlingsprogram och planer bör upprättas för olika sektorer. En utvecklad planering av socialtjänsten i de olika kommunerna kan ge socialstyrelsen ett underlag att följa och utvärdera hur socialtjänsten utvecklas i landet. Detta är väsentligt för socialstyrelsens tillsynsfunktion och möjligheter att återföra kunskap till kommunerna. Jag återkommer till dessa frågor vid min behandling av socialstyrelsens planeringsfunktion och av den regionala organisationen.

Den kunskap som socialstyrelsen inhämtar genom kommunernas planer och på annat sätt - t ex analys av statistik, metodutveckling etc - bör socialstyrelsen förmedla vidare för att på så sätt främja utvecklingen. Genom överläggningar vid inspektioner, deltagande i konferenser och kurser, genom att utfärda allmänna råd och göra uttalanden bör socialstyrelsen ge vägledning för kommuner och landsting.

Enligt kungörelsen (1970:641) om begränsning i myndighets rätt att meddela föreskrifter, anvisningar och råd (omtryckt 1977:629) får myndigheterna inte utan regeringens medgivande utfärda sådana föreskrifter, anvisningar eller råd som kan påverka gällande standard eller tillämpade normer, om detta i mer än oväsentlig grad kan leda till kostnadsökningar i den verksamhet som berörs. Myndigheterna har därvid ålagts att höra företrädare för dem som får bära de slutliga kostnaderna.

Jag vill för min del understryka vikten av att de kostnadsmässiga konsekvenserna av föreskrifter och förslag utreds i samarbete med företrädare för dem som har att bära eventuellt ökade kostnader, dvs kommuner och landsting. Samtidigt finns det anledning att framhålla att kungörelsen inte begränsar socialstyrelsens ansvar och skyldigheter. Att regeringen har beslutanderätten skall inte leda till att styrelsen undviker att ta initiativ till förändringar som styrelsen finner befogade.

Tidigare har jag framhållit att socialstyrelsens inspektionsverksamhet i första hand bör ha karaktär av överläggningar med berörda förtroendevalda och personal.

Men styrelsens tillsyn bör också innefatta en skyldighet att påtala om lagar och förordningar inte följs på det sätt regering och riksdag avsett. Däri ligger ett rättsskydd för den enskilde medborgaren.

Socialstyrelsen bör också på anmodan av enskilda eller organisationer kunna granska påtalade förhållanden och uttala sig om styrelsen finner att anmärkningarna är befogade.

Även genom att ta upp fall som aktualiserats t ex genom massmedia kan socialstyrelsen värna om den enskildes rätt till godtagbar vård och omsorg. Vid sin bedömning skall socialstyrelsen inte bara ta hänsyn till rådande förhållanden utan även till huvudmannens ambitioner att bygga ut eller förändra verksamheten.

Socialstyrelsen bör i grava fall inskrida t ex om en socialnämnd försummar sin skyldighet att ingripa då allvarligt fall av barnmisshandel föreligger. Styrelsen bör vidare påtala om en socialnämnd underlåter att ge vård då detta är uppenbart påkallat. Sådana fall bör dock handläggas med stor omsorg och med möjlighet för vederbörande organ att inge yttranden.

Socialstyrelsen har som tillsynsmyndighet att anmäla för regeringen om lagtolkning eller lagtillämpning avviker från vad som avsetts eller från den aktuella utvecklingen i sådan grad att en ändring eller komplettering av gällande bestämmelser bör genomföras.

Slutligen bör det finnas möjlighet för länsrätter och allmänna domstolar att i viss omfattning infordra yttranden från socialstyrelsen då detta anses behövt."

På ett annat ställe i samma proposition står följande om oss:

"Omsorgslagstiftningen prövas för närvarande av en särskild utredning. Med hänsyn till de särskilda kraven på rättssäkerhet för psykiskt utvecklingsstörda kan det tas för givet att socialstyrelsens befogenheter inom omsorgsområdet kommer att klart uttryckas i lag och förordningar."

Karl Grunewald

# POMS' laggrupp informerar

Omsorgskommittén har aviserat att man beräknar kunna lämna ett slutbetänkande till regeringen för att offentliggöras den 4 juni 1981.

Man inbjuder representanter för berörda organisationer till en konferens den 5 juni för att dessa ska få tillfälle att ta del av förslagen. Dagen innan äger en liknande konferens rum för representanter för landsting, kommuner och myndigheter.

På programmet står en presentation av förslaget samt frågor och diskussion under ledning av kommitténs ordförande.

Det är ännu inte klart vad som sedan kommer att hända med förslaget - det är regeringen som beslutar om fortsättningen: remiss, tider och sådant.

POMS kommer att närvara med representanter den 5 juni.

På vår egen konferens i september ägnar vi en dag åt diskussion av slutbetänkandet.

Laggruppen

---

## Fosterdiagnostik igen

I förra numret av POMSbladet hade vi ett litet upprop angående prenatal diagnostik. Bland annat uppmanade vi där POMSbladets läsare att arbeta för att debatten om fosterdiagnostik fortsätter.

Till hjälp för detta uppmanade vi användande av en bifogad kopia av POMS' uttalande angående fosterdiagnostik.

Tyvärr kom kopian aldrig med - men nu tar vi den skadan igen.

Med detta nummer biläggas uttalandet och vi förnyar vår uppmaning om att det ska spridas!

Styrelsen



# Tankar i slutskedet av omsorgs- kommitténs arbete

*"Att vår kommitté skulle arbeta öppet, var alla eniga om från första början" skriver här Lars Bolander, omsorgskommitténs huvudsekreterare.*

Vi behövde synpunkter och uppslag från dem som berördes av utredningen. Och vi behövde testa egna tankar. Det skulle också kännas främmande att driva hemlighetsmakeri, när omsorgsvärlden nu är en bekant och åtkomlig krets och när alla som arbetar inom den strävar mot samma mål: normalisering av levnadsvillkoren för de utvecklingsstörda.

Vad har då denna öppenhet fått för resultat? Har utredningen påverkats och har förslagen rent av blivit bättre? I någon mån, må man hoppas. Men i grunden är jag tveksam.

Så ofta tycker jag att vi i vårt samhälle använder oss av färdiga och låsta ställningstaganden. Och mycket sällan bidrar vi med tankar och frågor, som kan användas för att analysera fram lösningar. Detta gäller också omsorgsvärlden.

Vi är - för att ta några exempel

- onyanserat för (eller emot) vårdhemmen
- vi kan bara tänka oss kommunerna (eller landstingen) som huvudmän för särskolan
- vi håller för odiskutabelt att omsorgslagen måste finnas kvar (eller inte finnas kvar)

På detta sätt binder vi oss snabbt för en uppfattning och plockar fram argumenten för denna i efterhand. Andras åsikter viftar vi bort med orden "inte bevisat".

Allvarligt blir detta när olika kollektiv kräver att enskilda medlemmar skall omfatta kollektivets uppfattningar, även när den enskildes erfarenheter talar för de rakt motsatta. Självfallet måste intressegrupper ha uppfattningar i olika frågor, vad jag vill tala för är nödvändigheten av att uppfattningarna är väl underbyggda.

FUBs rådslag är här ett exempel på hur en för en intressegrupp gemensam uppfattning kan växa fram. Vad man kunde önska är att samma omsorgsfulla penetrering skulle ha skett för alla frågor och inom alla intresseorganisationer, en penetrering där varje enskild uppfattning har vägts in.

Varför tar jag nu upp det här? Jo, för jag hoppas att den remissomgång, som nu sätter i gång, skall ske i medvetande om att det kanske inte till varje pris är de gamla ståndpunkterna som än en gång skall föras fram. Kanske bör vi lyssna på vad andra har att säga. Och varför inte läsa vad som verkligen står i utredning, reservationer och särskilda yttranden för att själva se de sanningar, som där kan finnas.

Vår utredning berör inte vad som helst. Den har ändå att göra med grundläggande mänskliga rättigheter. Sådana som du och jag har och uppfattar som självklara, och som nu även skall komma de komplicerat handikappade till del. Det handlar inte enbart om kortsiktiga lösningar för att tillmötesgå dem, som står de handikappade nära - anhöriga och personal. Det handlar om

rätten till vanligt liv. Och det kan väl knappast råda delade meningar om!

Låt oss alltså gå in i remissrundan med detta för ögonen. Vad som sägs nu kan bli avgörande för om något skall komma fram av denna utredning. Så många i dagens samhällen ikläder sig finansministerrollen och talar om att det och det har inte vårt samhälle råd med. Men så länge det finns handikappade som inte har egen bostad (som du och jag ändå har), som saknar varje form av meningsfull daglig sysselsättning (som du och jag ändå har) och varje form av mänskliga relationer/gemenskap med någon eller några (som du och jag ändå har möjligheter till) och så länge som föräldrar pressar sig till det yttersta för att vårda sina handikappade barn - så länge är det vår skyldighet att tala för en sådan fördelning av resurserna i vårt land att de, som vet föga om handikappades liv, inte reser hinder mot att vi nu får ta nästa steg i utvecklingen av omsorgerna.

I remissrundan bör också komma fram frågor, som kommit i bakgrunden under de år som utredningen hållit på. Debatten har då gärna koncentrerats till frågor som diskussionspromemoriorna gett anledning till - huvudmannaskapet för särskolan och formerna för samordning av habiliteringsinsatserna.

Långt viktigare känns nu frågorna om bostads- och levnadsvillkoren för handikappade. Jag har personligen tagit starkt intryck av vad Gunnar Kylén fört fram i kartläggingsrapporten om kraven på god och utvecklande miljö. Det han säger där stämmer så väl med vad år av arbete inom omsorgerna gett erfarenheter om. Jag ser därför som den angelägnaste uppgiften att nu ta itu med avvecklingen av omsorgsvärldens institutioner.

Här kommer vi i konflikt med ekonomiska intressen. Att byggnader måste utnyttjas är vägande argument. Men avgörande måste vara kraven på acceptabla levnadsvillkor. I argumenten för institutioner kommer också att föras fram nödvändigheten av specialistinsatser från olika personalkategorier. Och man kommer att försvära sig till materiell standard. Argument kommer att föras fram för att byggnader utrustas med dittan och dattan. Och i den argumentationen är det risk för att hemmen, elevhemmen och inackorderingshemmen väger lätt. Insatserna från föräldrar och vanlig personal kommer också att verka otillräckliga i jämförelse med specialisternas.

Jag tror inte så mycket på specialistinsatser att de får komma i konflikt med engagerade, bestående insatser från personal eller anhöriga. Och mycket litet tror jag på nödvändigheten av speciella byggnader. Vanliga bostäder, skollokaler eller arbetsplatser kan i regel kompletteras så att de tillgodoser det man behöver. Och mycket sällan uppväger specialinstitutionernas fördelar nackdelarna.

Vad vi nu skall göra är att slåss för det fundamentala som handikappade kan tillgodoses med genom anhöriga, personal och vanlig miljö. Rätten att bo hemma får t ex inte ifrågasättas. Sedan behövs specialistinsatser som komplement till det grundläggande. Och som sådana är de nödvändiga och måste få stöd till utveckling.

En annan fråga som sannolikt kommer att diskuteras under remissom-



# Skulle särskolan bli bättre med kommunerna som huvudmän?

*Lennart Wessman, särskolinspektör i Skolöverstyrelsen och sakkunnig i Omsorgskommittén, ger här sin syn på huvudmannaskapsfrågan för särskolan.*

Mitt korta svar på rubrikens fråga är NEJ. I denna artikel vill jag försöka analysera problematiken och motivera varför jag tvärtom anser att särskolan riskerar att bli sämre vid ett byte av huvudman. Omsorgskommittén har nyligen offentliggjort sin redan länge kända ståndpunkt i frågan. Kommittén är emellertid djupt splittrad i denna liksom flertalet andra väsentliga frågor, som den hade att utreda.

## Kommittédirektiven

Enligt regeringens direktiv skall omsorgskommittén pröva huvudmannaskapet för särskolan i sin helhet. Dessutom anges att kommittén särskilt skall pröva om förskolverksamheten för utvecklingsstörda bör ha ett primärkommunalt huvudmannaskap.

Det framhålls emellertid även i direktiven att om reglerna för omsorgsarbetet strider mot den allmänna fördelningen av uppgifter huvudmännen emellan är detta inte ett tillräckligt skäl för ändring av huvudmannaskapet. Förändringar som föreslås skall motiveras med att de skall medföra förbättringar för de utvecklingsstörda. Kommittén förutsätter att en huvudmannaskapsförändring är till fördel för de utvecklingsstörda.

## Vem vill egentligen ändra och varför

Jag påstår att kommittén inte har

kunnat visa att ett ändrat huvudmannaskap är till fördel för de utvecklingsstörda. Likväl föreslår man det. Vem är det då som vill ändra och varför?

Ja, inte är det eleverna. De intresserar sig för andra, mer näraliggande och därför egentligen viktigare frågor.

Inte är det föräldrarna. Riksförbundet FUB har mer energiskt än någon annan slagit vakt om den särskola vi har idag och menat att vi bör ägna våra krafter åt att ytterligare förbättra den.

Inte är det personalen. Under utredningens gång har jag träffat personalgrupper formellt och informellt flera gånger. Visst har man diskuterat. Visst har man ifrågasatt och analyserat, men ingen grupp har velat ha en ändring, åtminstone inte nu.

Inte är det skolöverstyrelsen och inte heller socialstyrelsen.

De som vill ha en ändring är politiker. Men inte alla politiker. Två av de politiskt utsedda ledamöterna i kommittén har reserverat sig. Flertalet omsorgsstyrelser har i remissvar på kommitténs undervisningspromemoria avstyrkt eller velat skjuta frågan på framtiden.

På frågan varför man vill ändra kan jag inte svara.

### Politik och vilja

En känd politiker har myntat uttrycket "Politik är att vilja". Men viljan måste ju ha en grund, ett motiv. Det är vanligt att politiker lyssnar till sakkunniga och experter. I frågan om särskolans huvudmannaskap har alla sakkunniga och experter med erfarenhet av särskolans verksamhet en annan uppfattning än kommitténs ledamotsmajoritet.

Även i den viktiga frågan om omsorger om de psykotiska barnen hade en bred majoritet av sakkunniga och experter en annan uppfattning än den som redovisas i utredningen.

Ett märkligt förslag lämnas också beträffande samordnad habilitering. Den organisation som förordas kräver så stora samhällsresurser att det måste vara uppenbart för var och en att förslaget är orealistiskt under den tid som kan överblickas.

### Undervisningens innehåll

Undervisningens utformning och innehåll och sättet att meddela den (metodik) är självfallet det viktigaste i särskolan, liksom i den vanliga skolan. Dessa frågor beskrivs i läroplaner och anvisningar. De påverkas i högsta grad av lärarnas utbildning och kompetens. De påverkas även av tillgången på behövliga läromedel. Allt detta måste vara oberoende av vem som är huvudman. Ingen kan väl påstå något annat.

De behövliga bestämmelserna om resurser och organisation måste också gälla oberoende av vem som är huvudman. Jag syftar på bestämmelser om elevantal i klasser, pedagogisk differentiering, specialklasser, samordnad specialundervisning etc.

Alla frågor som direkt rör undervisningens innehåll kan därför avföras från huvudmannaskapsdiskussionen.

### Integrering och utveckling

Den integrering som hittills haft betydelse är lokalintegreringen. Därmed avses som bekant att särskolans olika skolformer samförsläggas med förskola, grundskola respektive gymnasieskola och att elevhemmen anordnas som vanliga bostäder i bostadsmiljön. Denna integrering har ökat under det senaste decenniet och omfattar nu mellan 95 % (grundskolan) och 60 % (yrkesskolan) av klasserna. Det är således bevisat att lokalintegreringen kan genomföras med skilda huvudmän för särskolan och den vanliga skolan.

Intressant är att innevarande läsår är över 70 % av särskolans förskolelever individuellt integrerade i grupper för icke-handikappade barn. Klasser med individuellt integrerade elever får stöd från särskolan genom ambulerande sär-förskollärare och ibland även av annan personal från särskolan, t ex sjukgymnast, talpedagog. Stödet från särskolan är i dagens läge otillräckligt. Detta beror främst på att verksamhetsformen vuxit så snabbt att vi inte hunnit få med att få fram tillräckligt antal utbildad personal.

I anslutning till detta vill jag understryka Allan Everitts och min uppfattning att integreringen har gynnats av att landstingen är huvudmän för särskolan. Utan det stöd som särskolan kan ge den vanliga förskolan hade det i dagens läge inte varit möjligt att individuellt integrera så många elever som nu sker.

Planerna för integreringen blir att fullfölja lokalintegreringen och utveckla den påbörjade verksamhetsintegreringen. Verksamhetsintegrering är en samverkan mellan utvecklingsstörda elever och andra. Den kan ske i olika former. Anell-Söder har (1979) beskrivit de former som spontant utvecklats. För närvarande pågår organiserad försöksverksamhet. Den mest omfattande verksamhetsintegreringen har vi för de individuellt integrerade utvecklingsstörda förskoleleverna.

Omsorgskommittén ansluter sig till alla former av integrering och vill utveckla dem. Man menar, utan att kunna visa det, att integreringen skulle gynnas av ett primärkommunalt huvudmannaskap. Liksom omsorgskommittén vill jag utveckla integreringen så långt möjligt och lämpligt, men delar inte kommitténs tro att ändrat huvudmannaskap skulle gynna integreringen. Vid analys av fakta blir ett rimligt ställningstagande att integreringsfrågan är neutral i en huvudmannaskapsdiskussion. Man kan t o m hävda, att integrering gynnas av ett delat huvudmannaskap.

#### Kommunernas beredskap

Inom grundskolan har under lång tid byggts upp en organisation för specialundervisning av elever med skolsvårigheter. Den viktigaste resursen inom denna organisation är det kunnande som speciallärarna och andra experter har. Grundskolans specialundervisning omfattar inte särskilans pedagogiska och psykologiska behov. Kommunerna har inga resurser idag för att ta emot särskolan. En kommunalisering av särskolan skulle således kräva att kommunerna bygger upp sådana. Till en del kan detta ske genom övertagande av landstingens särskola, men omfattande nya insatser från kommunernas sida blir ofrånkomliga.

Specialundervisningen i grundskolan genomgår just nu en kris. För några år sedan genomfördes som konsekvens av SIA-reformen ett nytt statsbidragssystem för grundskolan. Det nya systemet innebär att kommunerna får friare händer än tidigare att använda skolans resurser. Meningen var att de elever, som behövde särskild hjälp, härigenom skulle kunna få den i behövlig omfattning. Tyvärr syns resultatet ha blivit det motsatta. Allt fler rapporter talar om att specialundervisningen får en allt mindre del av skolresursen i kommunen.

Den nya ordningen har också lett till konkurrens på lokal nivå mellan handikappgrupper om den tillgängliga resursen.

Specialundervisningen i gymnasieskolan påbörjades med blygsamma resurser när gymnasiereformen sjösattes. Den har missgynnats resursmässigt och har inte funnit någon effektiv form. Det är nu ett växande bekymmer att så många elever med skolsvårigheter inte söker inträde i gymnasieskolan eller avbryter utbildningen i förtid. Försök pågår att öppna möjligheter inom yrkesskolan för

en betydande grupp ungdomar som i nuläget inte har någon chans att klara sig i gymnasieskolan.

Specialundervisning inom barnomsorgen slutligen för barn med behov av särskilt stöd har just påbörjats.

Kort sagt: specialundervisningen inom kommunernas skolverksamhet är fylld av problem. Antingen har man för kort erfarenhet och för små resurser, såsom i förskolan och gymnasieskolan, eller står man inför besvärande omorganisationsproblem (grundskolan).

För mig är det obegripligt att man i detta läge vill föra över sarskolans 13 000 elever till för-, grund- och gymnasieskolans organisationer. Det är ytterst tveksamt om det över huvud taget bör ske. I varje fall bör det inte ske nu eller inom den framtid som kan överblickas.

#### Planeringsunderlag och administration

För att organisera och driva en sarskola behövs ett visst elevantal. För att avståndet mellan hem och skola skall bli så kort som möjligt för så många elever som möjligt vill man anordna så många sarskolor som möjligt.

Elevantalet får emellertid inte bli för litet. Då fungerar inte skolan. Erfarenheten har lärt oss att vi behöver ett befolkningsunderlag på ca 50 000 invånare för att elevantalet skall bli tillräckligt för en väl fungerande sarskolorganisation. I ett sådant elevområde blir det ett genomsnittligt elevunderlag för sarskolans samtliga skolformer: förskola, träningsskola, grundsarskola och yrkesskola om man lokalintegrerar sarskolan med den vanliga förskolan, grundskolan och gymnasieskolan. Denna organisationsmodell tycks det råda full enighet om.

Av landets ca 275 kommuner har emellertid endast 36 mer än 50 000 invånare. Därav följer att de flesta kommuner inte har eget elevunderlag för en sarskola. Vid en kommunalisering av sarskolan måste således de flesta kommuner samverka med andra kommuner.

Emellertid är förhållandena i verkligheten mer komplicerade än så. De stora kommunerna uppdelas nämligen i flera elevområden. En del av dessa elevområden bildas genom samverkan med kranskommunen. För att få en rationell elevområdesindelning krävs ett komplicerat samverkanssystem mellan den stora kommunen och samtliga kranskommuner eller mellan flera små kommuner. Man kan välja olika modeller för denna samverkan. Antingen upprättas någon form av kommunalförbund eller också utses någon kommun i elevområdet att mot avgift erbjuda platser för samtliga berörda kommuner.

Den som har erfarenhet av kommunsamverkan vet hur omfattande administrativt arbete som krävs för att samverkan skall fungera. Det finns talrika exempel på att den inte fungerar. Jag tror att de praktiskt-administrativa svårigheterna att lösa organisatoriska och ekonomiska frågor mellan samverkande kommuner kommer att hindra den gynnsamma utveckling som pågår av sarskolan.

#### Splittrade omsorger

Utvecklingsstörda barn behöver omsorger av olika slag: undervis-

ning, boende, personlig omvårdnad, fritidssysselsättning m m.

I nuläget är alla dessa omsorger samlade hos samma huvudman. Detta har visat sig vara ändamålsenligt. Det har underlättat samverkan mellan olika omsorgsformer, inneburit kontinuitet och givit trygghet för de utvecklingsstörda själva och deras föräldrar.

Omsorgskommitténs förslag innebär en näst intill maximal splittring av omsorgerna:

- o Förskolan läggs till den kommunala barnomsorgen
- o Grundskolan/träningsskolan samordnas med kommunernas grundskola
- o Yrkesskolan förläggs till gymnasieskolan
- o Elevhemmen stannar ensamma kvar hos landstingen
- o Inackorderingshemmen för särskolans elever avskaffas
- o Elevvårdsverksamheten delas mellan skolan och samordnad habilitering
- o Särskolcheferna sätts på länsskolnämnderna
- o Rektorernas och studierektorernas ställning är oklar
- o Fritidsverksamheten hänger i luften
- o Yrkesvalslärarna, som SÖ och AMS slagit vakt om, ersätts med syo-konsulenter

Konsekvenserna av denna splittring kan inte överblickas och har inte utretts. Vem inom omsorgerna kan tro att detta skulle vara till fördel för de utvecklingsstörda?

Som en nödvändig följd av denna splittring måste man tillgripa den administrativa överbyggnad, som kallas "samordnad habilitering" och som få riktigt vet vad det är eller kan tro på.

### Rivalitet

Välkänd, men föga beskriven i klartext, är rivaliteten mellan olika organisationer och discipliner inom omsorgerna för de utvecklingsstörda.

De huvudsakliga omsorgerna om de utvecklingsstörda kan hänföras till medicin, pedagogik, psykologi eller socialvård. I några länder, såsom Danmark, har man haft en långvarig kamp mellan medicinare och pedagoger. Rivalitet mellan medicin och psykologi har vi i Sverige upplevt särskilt på våra specialsjukhus.

Under det senaste decenniet har även utvecklats en rivalitet mellan undervisning och vård, mellan det pedagogiska och det sociala. På tjänstemannaplanet representeras detta i omsorgsstyrelserna av särskolchefen och vårdchefen. Jämvikt på någon rimlig nivå kunde tidigare nås i omsorgsstyrelsen.

Under senare år har starka förskjutningar skett, som till en del sammanhänger med att tjänster som förvaltningschef inrättats i omsorgsstyrelserna. Omsorgsstyrelsen utgörs numera ofta av sociala nämnden i landstinget. Därigenom förs rivaliteten automatiskt upp även på förtroendemannaplanet.



Det har blivit vanligt att förvaltningschefen är socialt förankrad och i sin tjänsteutövning tar starkt parti för den sociala delen av omsorgerna. Genom att särskolchefen, vårdchefen och överläkaren inte längre har närvarorätt i omsorgsstyrelsen balanseras inte rivaliteten där.

Nämnden har i sin tur sin politiska kompetens inom den sociala sektorn och är därför lätt påverkbar av förvaltningschefen. Polariseringen blir därför mellan förvaltningschefen och särskolchefen medan vårdchefen neutraliseras, liksom i viss mån även överläkaren. I ett fall har öppen konflikt uppstått genom att omsorgsnämnden tagit en organisation som skolöverstyrelsen bedömt olämplig. Länskskolnämnden har i sin tur vägrat fastställa den instruktion för särskolchefen, som omsorgsnämnden föreslagit.

Rivalitet och konfrontation kan, inom rimliga gränser, vara stimulerande och därigenom positiv för omsorgerna. I det aktuella fallet har den emellertid nått en destruktiv nivå. Konfrontationer rapporteras nu från flera håll av sådant slag att det finns anledning till allvarlig oro.

Under det senaste decenniet har politikerna tagit över åtskilligt av det ansvar, som tidigare åvilade cheftjänstemån. En politisk nämnd har därför inte samma möjlighet som tidigare att balansera polariseringar. Tvärtom blir den själv en part. Sociala nämnden rivaliserar med skolförvaltningen.

För att undvika en generellt destruktiv nivå på rivaliteten inom omsorgerna blir det enligt min mening nödvändigt med politiska åtgärder. Särskolan måste styras av en politisk skolnämnd. Detta skulle automatiskt nås om särskolan kommunaliserades. Eftersom jag av andra skäl, som jag redovisat i det föregående, måste ställa mig avvisande till kommunalisering måste jag söka en annan utväg. Den som för mig ligger nära till hands är att lägga särskolan under landstingets utbildningsnämnd.

#### En missad chans

Undervisningen av handikappade visar en i flera avseenden splittad bild i vårt land. Splittringen gäller organisation, administration och tillsyn såväl på statlig som kommunal nivå. Detta medför i sin tur ojämlikhet och starkt bristande resurser i vissa hänseenden, t ex för de psykotiska barnen. Administrationen blir dessutom onödigt betungande och kostsam.

Avståndet har emellertid varit långt mellan den verksamhet som faller under socialdepartementets ansvarsområde och den som faller under utbildningsdepartementets. Nu hade vi emellertid en unik chans att se över hela handikappområdet. Jämsides med omsorgskommittén, som tillsatts av socialdepartementet, arbetade nämligen integrationsutredningen, som tillsatts av utbildningsdepartementet.

Integrationsutredningen sysslar huvudsakligen med specialskolan (blinda, döva, talskadade) och integration av handikappade elever i den allmänna skolan. Granskar man direktiven närmare finner man att summan av de båda utredningarnas uppdrag i skolfrågor kan anses omfatta all skolverksamhet, inklusive förskolan, för alla handikappade barn. De båda utredningarna har dessutom uppmanats samverka. Detta har inte skett och någon samlad syn på undervisningen av handikappade barn har därför inte kunnat åstadkommas.

När man nu jämför omsorgskommitténs slutliga förslag med de delförslag som integrationsutredningen lagt, finner man att synsätten på skolfrågor för de handikappade eleverna inte harmonierar. Det hade, menar jag, varit möjligt för omsorgskommittén att tillsammans med integrationsutredningen se över handikappundervisningen i sin helhet och på utredningsnivå nå enighet eller redovisa skilda synsätt. Nu går man bara förbi varandra.

#### Ovilja till kompromisser

Som framgår av den mängd reservationer och särskilda yttranden som är fogade till slutbetänkandet är meningarna delade inom omsorgskommittén i viktiga frågor. Detta gäller speciellt i skolfrågor, där ledamotsmajoriteten står mot övriga ledamöter och samtliga skolexpertter. Detta hade inte behövts om man varit intresserad av samförståndslösningar.

Den allt överskuggande frågan för särskolan är huvudmannaskapet. Det kan ju inte uteslutas att det på längre sikt och i annat samhällsekonomiskt läge kan bli möjligt och lämpligt att inte bara genom integration utan även legalt och ansvarsmässigt närma särskolan ytterligare till motsvarande skolor för inte handikappade.

Jag pläderade i kommittén fåfängt för den danska modellen. Den innebär i korthet att landstingen har grundansvaret men har möjlighet att genom förhandlingar med primärkommunerna överlåta, inte bara ledningen, utan hela ansvaret inklusive kostnadsansvaret. Detta skulle hos oss kunna ske landstingsvis när båda parter fann det rationellt att göra så.

#### Den framtida särskolan

Den framtid som skolplanerare kan överblicka med något så när tydlighet rör sig omkring ett decennium. Under denna framtid vill jag se huvuddragen i särskolan som följer:

- o En särskild organisation, skild från den allmänna skolans
- o Lokalmässig integrering med den allmänna skolan
- o Funktionell integrering - verksamhetsintegrering utvecklas så långt möjligt och lämpligt
- o Den nuvarande planeringsmodellen förändras successivt med hänsyn till elevernas behov och förändringar i den vanliga skolan
- o Lagstiftningen tas in i skollagen liksom redan är fallet med andra särskilda organisationer som behövs för handikappade, såsom för döva, blinda m fl
- o Landstingen förblir huvudmän
- o Inom landstinget svarar utbildningsnämnden för särskolan

Lennart Wessman

# POMS' invandrarkonferens

*Den 27-28 april 1981 samlades ett tjugotal POMSare och KOMSare på Vårdsnäs stiftsgård utanför Linköping till en konferens om invandrarfrågor. Gunnel Toft i Växjö lämnar här en rapport.*

Då vi inledningsvis presenterade oss själva och vår erfarenhet av invandrare inom omsorgsverksamheten, framkom att förväntningarna var stora och att konferensen kändes synnerligen angelägen. Speciellt gällde förstås detta de deltagare som arbetar i utpräglade invandrarorter, t ex Malmö och Södertälje.

Konferensen inleddes med att Ulrika Thor höll ett anförande om invandrarfamiljers situation inom omsorgerna. Hon utgick från en inventering av invandrarelever, som gjorts i Stockholms läns särskolor. Man ville där främst kartlägga situationen beträffande hemspråksundervisning i särskolan. Det visade sig att mycket få särskolelever hade hemspråksundervisning. Ett problem i många familjer var dessutom att man inom familjen talade flera språk och barnen saknade därför ett egentligt modersmål.

I en kommande uppsats kommer Ulrika Thor och Inger Björkegren att redovisa en annan undersökning som bl a visar på psykologers och kuratorers svårigheter att hitta samarbetsformer med invandrarfamiljer.

Resten av första dagens förmiddag upptogs av en presentation av hur familjepedagoger i Norrköping arbetar med en assyrisk invandrargrupp. Familjepedagogerna Annika Hallin, Kate Nilsson och Fehime Sayeler berättade med konkreta exempel om sitt arbete i dessa familjer. Syftet med verksamheten är dels att

hjälpa varje enskild familj att finna sig tillrätta i det svenska samhället, dels att informera om invandrargruppen i Sverige. Familjernas problem rör sig oftast kring arbete/sysselsättning, rollförändringar inom familjen i samband med den nya situationen i Sverige, religion och kulturkonflikter.

Under eftermiddagen togs vi om hand av Jarl Gustavsson och Toivo Riihisaari. Jarl gav oss en presentation av invandrarverkets och invandrarbyråernas verksamhet. Därefter ägnade vi oss åt rollspelet "Bafa-Bafa", som gav oss en del nyttiga erfarenheter av kulturkonflikter.

Under kvällen och nästa dag fick vi utförlig information om kulturbakgrunden för några olika invandrargrupper.

Ulf Björklund från Stockholm berättade om assyriernas bakgrund.

Vår kollega Gunilla Rödén, Stockholm, som själv bott i Grekland i 22 år, redogjorde för grekisk samhälls- och familjestruktur. Hon berättade också att inställningen i Grekland är att föräldrarna får dessa barn som straff för synden de begått. Detta är en djupt rotad uppfattning, som man bör komma ihåg vid kontakter med grekiska familjer inom omsorgerna.

Aleka Stobin, Norrköping, berättade om finska zigenares situation i Finland och Sverige, och om zigenarnas bakgrund och kultur.

(forts s 37)

# POMS-konferens om kriser

*"På Fagerudd, ett idylliskt beläget pensionat vid Mälaren strax utanför Enköping, samlades vi ett trettiotal POMSare och en representant för KOMS för att under två marsdagar fördjupa oss i problematiken kring kriser och krisbemötande", skriver här Catharina Ekermo och Gunilla Elinder.*

Ett ständigt aktuellt område som många av oss känner osäkerhet inför. Ämnet har länge stått på önskelistan och har föregåtts av POMSbladets temanummer om kriser. Det var alltså en förväntansfull skara som samlades.

Brita Lindroth hälsade oss välkomna och avdramatiserade den traditionella presentationsrundan genom att i stället låta oss sitta ned på golvet och med hjälp av olika lekar trumma in så många förnamn som möjligt. Dessa lekar hade också den effekten att de på ett påtagligt sätt gjorde att vi vågade närma oss varandra. Den atmosfär som uppstod lade grunden till det vidare samarbetet både i smågrupperna och i den stora gruppen.

Eva Jonsson, som sedan ett halvår arbetar som omsorgspsykolog i Uppsala län, inledde. Eva har tidigare under många år arbetat inom vuxenpsykiatri i Sundsvall och Umeå. Hon har även undervisat, vilket var uppenbart i hennes väl genomförda anförande där hon på ett pedagogiskt och bra sätt varvade teori med praktiska exempel från sin egen vardag.

Eva gick igenom olika kristeorier från Eric Lindemans pionjärarbete i USA, där han undersökte krisförloppet hos anhöriga till de ungdomar som omkom då nattklubben Cocanut Grove brann ner.

Hon kommenterade också arbeten av Kaplan, Bjerre, Cullberg och Feigenberg. Eftersom Eva också arbetat inom långvården kom hon naturligt in på krisarbetet med döende patienter och i samband därmed också Elizabeth Kübler-Ross' sätt att närma sig döende.

Eva poängterade hur litet uppmärksamhet och intresse man ägnat åt kriser av olika slag och hur litet kunskap som finns även hos personal som så gott som dagligen har hand om människor i kris. På grund av okunnigheten är man ofta rädd för de naturliga uttryck som krisen innebär. Sorg, separation och döende är tabu och våra verkliga behov vid kriser är många gånger oklara. Här behövs mycken kunskap och bearbetning av egna känslor.

Evas inlägg väckte många starka känslor och funderingar bl a kring de människor vi arbetar med. En del av dessa känslor hade vi möjlighet att ta itu med i smågrupperna. Vi uppskattade här särskilt att det i smågrupperna inte fanns några krav på återföring till den stora gruppen. Vi förlorade alltså ingen tid på att förbereda "ambitiösa redogörelser". Detta bidrog till att grupperna snabbt kom i gång och det enda viktiga blev vad som hände i gruppen "här och nu". Grupperna arbetade helt oberoende av varandra med det som kändes angelä-

I storgruppsdiskussionen fördjupade vi oss ytterligare och ställde frågor till Eva, Lars och Maj-Britt. Vi kunde då ägna oss åt spontana funderingar på ett konstruktivt sätt.

Det kändes verkligen bra att vi under denna konferens fått möjlighet att tränga in i några svåra områden som i hög grad berör oss själva och vår erfarenhet. Vi tycker att konferensen var fint uppbyggd med bra proportion mellan kunskapsförmedlande föredrag, diskussioner och fördjupande arbeten i grupper.

Uppsalagruppen är värd ett uppriktigt tack för ett väl genomtänkt program, som gav oss många tankar och funderingar att arbeta vidare med och att dela med oss av.

Catharina Ekermo

Gunilla Elinder

o-o

(forts från s 35)

Slutligen fick vi höra Wanda Waclaw, omsorgspsykolog i Norrköping, berätta om det polska samhället och speciellt om hennes eget arbete bland barn vid "psykologiska barnavårdscentraler" i Polen. Hon berättade också litet om hur man arbetar med förståndshandikappade i Polen. Wanda är sedan ca 2 år bosatt i Sverige och kunde delge oss sina egna upplevelser av att vara polsk invandrare i Sverige.

Avslutningsvis konstaterade vi att det varit en mycket stimulerande och givande konferens, och att en uppföljning i någon form kändes angelägen. Man borde vid ett sådant tillfälle komma in mera på våra konkreta invandrarproblem inom omsorgerna, sedan vi nu fått en bakgrund till problemen.

Det kan tilläggas att konferensen ägde rum i en mycket trivsamt miljö med natursköna omgivningar, och att arrangörerna hade ordnat allt det praktiska på bästa tänkbara sätt.

Gunnel Toft

# KOMS' arbetsdagar, nov 1980

*Bo Westergård deltog i slutet av november 1980 i KOMS' studiedagar med temat "Utvecklingsstörda och arbetsmarknaden" i Lövångers kyrkstad några mil söder om Skellefteå och rapporterar här.*

Programmet bestod av fem huvudpunkter:

- information om lagar och förordningar för arbetshandikappade och information om Samhällsföretag
- information från socialstyrelsen
- "Arbetsvården i arbetsmarknadspolitiken", föreläsning av Leif Drambo, som forskar kring frågor rörande arbetsmarknaden
- efterundersökning av yrkes-särskolelever
- paneldebatt med representanter för särskola, Samhällsföretag, arbetsvården, LO och med Birgit Högberg som debattledare.

Den klart mest intressanta delen var Leif Drambos resonemang kring arbetsmarknaden. Han gav oss en snabblektion i traditionell ekonomisk teori och en genomtänkt kritik av dess brister. Hans egna visioner av den framtida arbetsmarknaden var fyllda av inspiration och engagemang och förmedlade tillförsikt inför framtiden trots eller tack vare misstron mot det rådande ekonomiska systemet.

Drambo konstaterade att vi befinner oss i en ekonomisk kris som drastiskt påverkar dagens arbetsmarknad. För att förstå och få förklaringar till krisens uppkomst är det nödvändigt att se historiskt.

Han menar att det i huvudsak funnits tre typer av arbetsmarknad. Den första hade sin grund i slaveriet, den begränsades inte av köp och försäljning av arbetskraft utan innebar köp och försäljning av hela människor. Man handlade med "talande redskap".

Ur slavsamhället föddes feodalismen med livegenskapen, där mänsklig arbetskraft var "bunden till torvan" och medföljde som verktyg vid försäljning av mark- och jordegendomar.

Det svenska statarsystemet upphörde så sent som 1945, men den livegnes arbetsmarknad luckrades upp redan i och med industrialismens genombrott. I samband med detta och fram till nu har arbetsmarknaden kännetecknats av köp och försäljning av arbetskraft. Värdet av människans insatser har mätts utifrån hennes produktivitet och det mervärde hon skapar. Om min arbetskraft inte är tillräckligt stor eller om avsättningen för det jag producerar är dålig finns det ingen som vill köpa min arbetskraft.

Drambo pekade på att det finns klara tendenser som tyder på att denna typ av arbetsmarknad har spelat ut sin roll och att vi befinner oss i ett läge där människans möjligheter att sälja sin arbetskraft kraftigt kommer att begränsas.

En ny syn på arbetet och en ny arbetsmarknad är på väg att födas. Människor försöker att på olika vägar skapa ett levnadssätt, som är

närmare primärt mänskliga behov, där prestationstänkande får ge efter för utvecklingsprinciper. Framtidens arbetsmarknadssystem kommer att vara kvalitativt och arbetet kommer inte att vara ett mål i sig utan ett medel att öka livets meningsfullhet och tillgodose sociala behov.

Konkreta uttryck för detta nya synsätt är Lucas-arbetarna i Frankrike och sömnadskooperativet Norrkläder i Skellefteå.

Detta nya synsätt betyder vidare att vi måste omvärdera djupt rotade uppfattningar om tillvaron, men behöver inte innebära en tillbakagång i utvecklingen, menade Drambo. Det kommer i stället att innebära att tekniken kan användas för monotona och farliga arbeten. Arbetet kommer att inriktas på att öka vår överlevnadsförmåga genom att vi tänker mer småskaligt, ökar den egna produktionen, byter tjänster och genom att vi kommer att styra produktionen utifrån människors verkliga behov och inte av marknadsföring konstruerade.

De utvecklingsstörda kommer att ta del i och påverkas av samhällsförändringen på samma sätt som andra medborgare. Det betyder att även dagcentrer i framtiden kommer att behöva inrikta sin verksamhet på att öka självförsörjnings- och överlevnadsförmågan, utvecklingen av egna produkter, utbyte av varor och tjänster med grupper i närsamhället samt på en produktion som tillgodoser lokala behov.

Vår uppgift blir att stimulera, medvetandegöra och stödja.

Sista dagens paneldebatt handlade till stor del om Samhällsföretag. I dess primära målsättning sägs att det ska fungera som en arbetsmarknadspolitisk åtgärd i syfte att värna om arbetshandikappades rätt till avlönat arbete och att man inte ska ha någon lägsta gräns för arbetsförmåga. I en sekundär målsättning sägs dock att verksamheten ska bedrivas effektivt med iakttagande av affärsmässiga principer.

I målsättningen finns med andra ord en inbyggd motsättning och många debattdeltagare menade att den praktik som omsorgsarbetare har erfarenhet av visar på noggrant urval av vilka som anställs av Samhällsföretag. Många utvecklingsstörda konkurreras ut just på grund av låg arbetsförmåga.

Några menade också att Samhällsföretag i alltför hög utsträckning betonade affärsmässiga principer och effektivitet i produktionen på bekostnad av rehabiliterande insatser.

LO-representanten berättade även att LO utarbetat ett handlingsprogram för handikappåret 1981. Programmet består av en rapport, ett informationshäfte, ett ljudbildband och diskussionsfrågor.

Programmet syftar till attitydförändringar på arbetsplatserna och intresserade kan få det från LO:s olika distrikt.

Bo Westergård

Omsorgspsykolog, AC-län



# POMS

## international

### Indien på ett ben

I början av maj hade jag tillfälle att deltaga i en internationell kongress i Bangalore, Indien. Den hade arrangerats av några lokala förbund i samarbete med IASSMD och den "internationella ligan". Ca 100 av de drygt 700 deltagarna var icke-indier, huvudsakligen från "the Commonwealth" (England, Irland, Kanada). De enda skandinaverna var Martin Panelius, Helsingfors, och jag.

Temat var - typiskt nog för utvecklingsländer som Indien - "EARLY DETECTION AND EARLY STIMULATION". Den yttre formen var den numera vanliga: föredrag och diskussioner in plenum varvades med flera parallella "sessions" med kortare föredrag, filmvisningar o likn. Kongressspråket var (endast) engelska - mer eller mindre rådbråkad!

Låt mig först få ge en kort bakgrund. Indien är en förbundsstat med ca 660 miljoner invånare (årlig ökning 2 %!) på en yta som är drygt 7 gånger större än Sveriges.

Av befolkningen bor 80 % på landsbygden. Jordbruk är den viktigaste näringen, men industrin uppges vara på stark frammarsch. Bland viktiga tillgångar kan nämnas att det finns gott om järnmalm och kol, men brist på el och vatten.

2/3 av den vuxna befolkningen är illitterata. Den genomsnittliga årsinkomsten per capita är ca 900 sv kronor.

65 miljoner beräknas vara fysiskt eller psykiskt handikappade. De utvecklingsstörda uppskattas till ca 15 miljoner (några officiella siffror finns inte). Antalet utvecklingsstörda tros öka med 1/3 miljon om året.

Lätt utvecklingsstörda barn/ungdomar är i allmänhet individualintegrerade i vanliga klasser (ofta 40-50 elever) utan tillgång till specialpedagogik. Resurserna för de måttligt/svårt utvecklingsstörda är som regel bristfälliga - eleverna "befrias" då från undervisning.

Yrkesundervisning får nästan enbart pojkar, flickorna får "hjälpa till hemma". Arbete på "öppen marknad" är svårt att få, men antalet skyddade verkstäder växer enligt uppgift rätt snabbt. Där utförs legoarbeten från industrin, men också egen tillverkning (t ex hemslöjd, förpackning av örter/kryddor, matlagning).



Det finns i Indien ett par dussin vårdinrättningar, flertalet privata och finansierade med donationer och avgifter (för dem som har råd). Där blandar man ofta utvecklingsstörda med t ex psykiskt sjuka och fysiskt handikappade. Den absoluta majoriteten av de utvecklingsstörda finns därför i familjehemmet, omhändertagna av sina anhöriga.

Uppspårning kan ske via barnhälso-/barnsjukvård, föräldrarnas initiativ och någon gång skolan. Detta fungerar dock dåligt på landsbygden, där det är långt till specialister. Där frodas också vidskepelse kring orsaker till utvecklingsstörning (= straff för föräldrarnas onda gärningar) och kring effektiva åtgärder.

Mot denna bakgrund är det lätt att förstå glidningen i kongressens tema mot "Parental involvement", dvs hur skall man kunna ge föräldrar lämplig metodik och stöd av snabbutbildade lekman-assistenten för att de själva skall kunna träna sina barn och stimulera deras utveckling.

Under diskussionerna bekräftades än en gång hur sociokulturellt känslig metodik är, att tekniker som visat sig framgångsrika i ett land grundligt måste omarbetas för att passa i ett annat. Internationellt utbyte, åtminstone utanför de naturvetenskapliga och medicinska områdena, torde främst komma att handla om idéer och attityder, mera sällan om enskilda metoder.

Flertalet 'papers' kring uppspårning var medicinska (pre- och postnatal diagnostik). Mitt ena paper (kring en metod för uppspårning där föräldrar själva bedömer sitt barns utveckling genom att besvara ett frågeformulär) blev en psykologisk motpol, som väckte ett överraskande intresse.

De individuella träningsprogram som presenterades verkade vara vidareutvecklingar av Liljeroths tidiga "Primär ADL-träning" (t ex the Portage System). Man frågar sig bara: "När skall föräldrar få tid till all denna träning?"

Från flera länder redovisades hur man balanserat familjens egna och de offentliga insatserna mot varandra (mitt andra paper beskrev de svenska förhållandena). Det politiska intresset i Indien för att med allmänna medel stödja omsorger uppgavs vara svagt. Det svenska föredömet (varje skattskyldig svensk betalar ju ca 1 % av sin skattepliktiga inkomst till omsorger) uppfattades därför som både häpnadsväckande och utopiskt.

En av kongressens slutsatser blev att alla modifierade metoder för att hjälpa föräldrar att hjälpa sina utvecklingsstörda barn skulle komma att hänga i luften om inte föräldrarna samtidigt blev politiskt mer aktiva och påverkade myndigheterna att ge dem ekonomiskt och attitydmässigt stöd. Föräldrarörelsen måste bli starkare.

På vår "lediga" eftermiddag misslyckades jag med att få se någon skola - maj är nämligen högsommar (med ibland över 40° C i skuggan, puh!) och eleverna hade sommarlov. Några av oss fick i stället se en halvprivat yrkessärskola, kombinerad med skyddad verkstad. En svensk yrkesinspektion skulle ha blivit gråtfärdig över de trånga, nedslitna lokalerna. Pedagogiken, arbetsuppgifterna och arbetsgläd-

jen gjorde ett mycket positivt intryck. Här som på många andra arbetsplatser för handikappade häpnar man över arbetsledarnas förmåga att finna hjälpmedel för att kompensera arbetstagarnas handikapp.

Vid sidan av det vetenskapliga programmet bjöds förstås på kulturella inslag: indiska dräkter från äldre till nyare tid, indisk musik och dans (som nog kräver tränade ögon och öron för att alla subtiliteter skall uppfattas) och indisk mat (som stundom kräver en järnmage och asbesthals).

Före och efter de fem dagarnas kongressarbete hade jag tillfälle att under åtta semesterdagar besöka andra delar av landet: Bombay, Madras, Agra, Jaipur och Delhi.

Trots alla de gamla, vackra och ofta överraskande väl bevarade tempel, palats och annat jag fick se, var ändå kontakten med dagens indien och dess människor mer fascinerande. Kontrasterna gjorde ett överväldigande intryck: elände och lyx, skönhet och nedsmutsning, stenålder och dataålder bokstavligen sida vid sida.

Det mest bestående intrycket blir dock kanske den avspända, naturliga och uppriktiga vänlighet, som människor av alla slag visade. Om det kärvade ihop sig, log indiern, vaggade med huvudet i sidled och sa "Oke, sir, no problem" och det mesta löste sig.

Tid är uppenbarligen inte pengar - de flesta program o likn började när man var klar att starta. Européerna döpte snabbt detta till "Central Indian Time" och orden utlöste alltid ett samförståndets leende mellan oss.

Endast vid ett tillfälle blev jag verkligt uppskakad. Jag tog ett solbad efter lunch vid poolkanten en dag och betraktade avundsjukt alla badande (jag hade ännu mitt underbensgips kvar på ena benet och kunde inte bada; därav för övrigt den kanske litet kryptiska rubriken på denna rapport). Medan jag satt blickstill, utbredd i solstolen, erinrade jag mig guidens berättelse hur parserna i Indien gör med sina döda. Religionen förbjuder dem att förorena genom att begrava eller bränna liken. Man placerar dem därför på ett trågaller på ett lågt torn inne på "begravningsplatsen". Inom två timmar har gamarna lämnat endast skelettet kvar. - Jag rös litet trots värmen och undrade hur fåglarna egentligen ser skillnad på lik och solbadare? Jag kisade spejande, men kunde inte se några gamar. Kanske är de betingade till vissa platser?

Mot slutet av kongressen diskuterades kommande internationella möten. 1982 möts ju IASSMD i Toronto och ILSMH i Nairobi. För 1985 övervägde man allvarligt att söka lägga IASSMD-kongressen till Indien. Om det blir så - väl mött!

Lars Molander

o-o

Inga Sommarström meddelar: Bildbandet om den utvecklingsstörde pojken i Peru kan nu lånas från Studieförbundet Vuxenskolan.

En grupp vuxna utvecklingsstörda i Stockholmstrakten har fått kon-  
(forts s 27)

# Fortbildning för POMSare

En grupp POMS-medlemmar skrev före jul till styrelsen och frågade om det inte var en arbetsuppgift för POMS att syssla med fortbildning?

"Jo", svarade styrelsen och bad dem bilda en arbetsgrupp och komma in med ett förslag. Arbetet är nu i full gång och i enlighet med § 1 i POMS' stadgar skall man nu ta fram ett utbildningspaket, sannolikt i studiecirkelform. Det är tänkt att både kunskapsinhämtning och praktisk tillämpning av kunskaperna skulle ingå.

Kursen kan ha formen av ett visst antal veckoslutsträffar, utspridda under ett år, t ex hösten 1981 - våren 1982.

Vi i arbetsgruppen vill nu gärna veta vad det finns för intresse bland medlemmarna för denna typ av verksamhet. Är medlemmar beredda att resa till en ort - sannolikt inom östra kretsen - eller ska man ha parallella kurser på flera orter samtidigt? (Då blir problemet att hitta cirkelledare samtidigt på flera orter.)

Vi väntar oss att ha en mer detaljerad plan till hösten, men har Du synpunkter redan nu hör då gärna av Dig till någon av oss i gruppen, dvs

Eva Albinsson            Solveig Bromander            Peter Brusén

Kent Ericsson            Patricia Ericsson            Tina Granat            Bo Lerman

Christina Renlund            Staffan Stålfors            Hans Widefjäll

## Kurs om barn i höst

Barnhälsovårdpsykologernas förening ordnar en kurs som heter "BARNEN I SAMHÄLLET - SAMHÄLLET OCH BARNEN". Den äger rum 21-23 september 1981 i Tällberg och riktar sig i första hand till psykologer verksamma inom mödra- och barnhälsovården.

Syftet är att ge fortbildning genom fördjupade kunskaper kring barns och föräldrars levnadsvillkor, dvs de ramar vi har att arbeta med.

Föreläsare blir Rita Liljeström, docent i sociologi i Göteborg, Kristina Humble, professor i psykologi i Uppsala samt Göran Ewerlöf, sekreterare i den statliga utredningen kring "Barns rätt!"

Upplysningar om kursen lämnas av psykolog Britta Eckerberg, tel 0243/146 42.

# Styrelsens sida

Styrelsens arbete har under våren till stor del upptagits av förberedelser och uppföljning av de nu genomförda arbetskonferenserna samt av arrangemangen kring "sommarkonferensen". Vid styrelsemötena i februari och mars deltog representanter för den arbetsgrupp som svarar för förberedelserna av POMS' stora konferens i september. Styrelsearbetet har även innefattat förberedelser inför årsmötet och sammanställning av verksamhetsberättelsen för verksamhetsåret 1980-81.

En arbetsgrupp, bestående av Ann Bakk, Helen Nilsson och Sara Wallin, har utarbetat en "lathund för konferensarrangörer". I denna finns detaljerade råd och anvisningar för den krets och arbetsgrupp, som får föreningen uppdrag att anordna konferens.

Vid aprilsammanträdet beslöts att de konferensarrangörer, som inte får sina kostnader för deltagande i konferensen täckta av arbetsgivaren, skall befrias från konferensavgift.

Ersättning för bilresor i samband med uppdrag för POMS skall även i fortsättningen vara densamma som den Försäkringskassan tillämpar: f n 55 öre/km.

POMS har under våren haft bevakande representanter vid socialstyrelsens konferenser för dagcenterföreståndare respektive föreståndare vid centrala vårdhem.

Vid socialstyrelsens senaste introduktion för nyanställda psykologer, kuratorer m fl informerade Peter Brusén om föreningens verksamhet.

POMS har vid SFPUs årsmöte lagt fram ett förslag till omorganisation av förbundets verksamhet. Förslaget, som ännu inte är färdigdiskuterat bland medlemsföreningarna, innebär att en arbetsgrupp, bestående av en aktiv styrelsemedlem från varje förening, bildas och att denna sammanträder fyra gånger per år.

Det föreslogs också att POMSbladet respektive Q-riren utvidgas vartannat år till ett organ för SFPU. Huruvida detta är praktiskt och ekonomiskt genomförbart är ännu oklart.

Å styrelsens vägnar,

Ann-Christin Sundin.

## Du slösar

med föreningens medel om vi måste eftersända Ditt POMSblad. Anmäl därför alltid adressförändring i god tid!

# VALNÄMNDENS FÖRSLAG till POMS' styrelse 1981-82:

Ordförande

Sekreterare

Kassör

Övriga ledamöter

Brita Lindroth

Inga Sommarström

Kersti Åresund

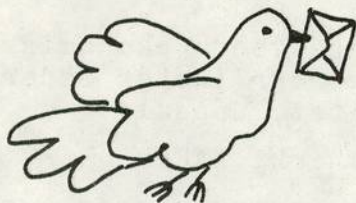
Gunilla Elinder

Boel Lindholm

AnnChristin Sundin

Maj Thunman

Gunnel Winlund



## Dags att motionera!

Du tänker väl på att Ditt speciella tillfälle att som medlem aktivt påverka föreningens inriktning, form och arbete är inför årsmötet. Det är med andra ord dags att formulera motioner och sända in dem till styrelsen.

I år får Du litet extra betänketid, eftersom årsmötet kommer senare än vanligt. Men senast den 1 augusti 1981 skall Dina motioner vara Inga tillhanda.

Sänd dem alltså till Inga Sommarström, Syréntunet 18, 181 48 LIDINGÖ.

## POMS' KONFERENS 14-16 SEPTEMBER 1981 (Preliminärt program)

Plats: Hotell Grand Diplomat, Åre.

Tema: Omsorgspsykologiskt arbete i ett kärvare ekonomiskt klimat

Måndag den 14/9

- 09.30 Ankomst till Åre. Incheckning. Frukost.
- 10.30 Besparingar i omsorgernas budget. En översikt över landet med information från socialstyrelsen och skolöverstyrelsen (Karl Grunewald/Lennart Wessman)
- 13.00 L U N C H
- 14.00 Principer för rationaliseringar och prutningar i landstingens budget (Rolf Lundin, Umeå universitet)
- 15.30 K A F F E
- 16.00 Diskussion i små grupper
- 17.00 Redovisning av gruppdiskussioner, ev paneldebatt
- 18.00 M I D D A G
- 20.00 Öppen tid för fria aktiviteter

Tisdag den 15/9

- 07.30 F R U K O S T
- 08.30 Ett alternativt sätt att analysera ekonomisk utveckling och besparingsåtgärder (Peter Söderbaum, Sveriges Lantbruksuniversitet, Uppsala)
- 10.00 Diskussioner i smågrupper, inkl KAFFE
- 11.00 Redovisning och sammanfattning av ekonomiavsnittet
- 12.00 L U N C H
- 13.30 Vårdideologiers förändring i ekonomiskt svåra tider. (Rose-Marie Eliasson, Skå)
- 15.00 K A F F E
- 15.30 Diskussion i smågrupper
- 17.00 Redovisning av gruppdiskussioner och sammanfattning av ideologiavsnittet
- 18.00 M I D D A G
- 19.00 POMS' årsmöte med efterföljande samkväm

Onsdag den 16/9

Diskussioner och smågruppsarbete kring omsorgskommitténs slutbetänkande.

Dagen planeras och leds av POMS' laggrupp.

# POMS bladet

---

**Organ för föreningen**

**Psykologer inom omsorgsverksamheten**

I detta nummer bl a

- referat kring temadag om alkoholfrågor
- vädjan från POMS-international
- debattinlägg och artiklar om fosterdiagnostik
- konferensrapporter
- bokrecension
- presentation av nya styrelsen och kretsombuden

**Nr. 51**

**Oktober, 1981**

PRESSTOPP

PRESSTOPP

PRESSTOPP

Omsorgskommitténs slutbetänkande

Som alla känner till lade omsorgskommittén fram sitt slutbetänkande i juni. Betänkandet finns i tre varianter: en lättläst del, en sammanfattning samt i sin helhet.

Det diskuterades länge vilka som skulle bli remissinstanser för betänkandet. I augusti stod det klart att endast de stora organisationerna skulle få det på remiss, bl a landstingsförbundet, kommunförbundet, SACO och FUB. POMS är alltså inte remissinstans och får formellt yttra sig genom Psykologförbundet och SACO.

Under hösten har landstingsförbundet skickat betänkandet för synpunkter till landstingen, som uppmanats att granska förslagen särskilt med tanke på de ekonomiska konsekvenserna. I POMS har vi beslutat att lämna våra synpunkter på betänkandet, trots att vi inte formellt fått yttrandet på remiss. På konferensen i Åre diskuterades olika delar av förslaget. Årsmötet beslutade att laggruppen efter konferensen snabbt skulle göra ett utkast till yttrande från POMS. Detta skulle gå ut till laggruppens kontaktpersoner i varje landsting enligt tidigare planer. Dessa skaffar sedan på olika sätt in medlemmarnas synpunkter. På konferensen beslutades också om en endags-konferens kring den slutliga sammanställningen av POMS yttrande för alla kontaktpersoner i laggruppens regi. Den planerades till den 29 oktober i Stockholm.

POMS skickar därefter in sina synpunkter. Det viktigaste tror vi ändå är att alla POMS-are använder yttrandet i olika diskussioner på lokalplaner och i kontakter med andra organisationer för att sprida information och debatt.

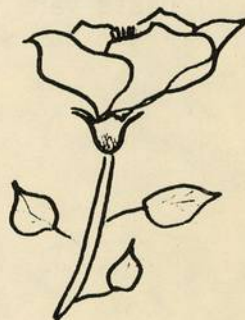
Laggruppen



# DU HAR BLIVIT EN EPOK, LASSE!

EFTER SIN SNART DECENNIERLANGA EXISTENS HAR POMS KOMMIT FRAM TILL SÅDANA MILSTOLPAR SOM SITT TIONDE ÅRSMÖTE, POMS-BLADET NUMMER 50, OCH NU SLUTET PÅ ETT LÅNGT OCH ENGAGERAT REDAKTÖRSKAP FÖR POMSBLADET: LARS MOLANDER HAR AVSAGT SIG FORTSATT UPPDRAG SOM REDAKTÖR. DET ÄR REDAN SAGT MÅNGA GÅNGER, MEN FÖRTJÄNAS ATT SÄGAS IGEN: POMS-BLADET HAR UNDER LASSES HUVUD-REDAKTÖRSKAP BLIVIT EN TIDNING ATT RÄKNA MED! DET HAR BLIVIT EN PROFFSIGT UTFORMAD PLATTFORM FÖR POMS, MED STOR BETYDELSE OCH UTSTRÄCKNING BÅDE INOM OCH UTOM FÖRENINGEN. LASSE HAR KUNNIGT OCH TROGET LAGT NED ETT ENORMT ARBETE OCH PÅ SÅ VIS BIDRAGIT TILL DETTA.

VÅRT STORA TACK FÖR DITT HELHJÄRTADE OCH HÄNGIVNA ARBETE, LASSE!



# EFTERLYSES ~

## NY, FAST REDAKTIONSGRUPP

Nu gäller det att förvalta "arvet" från Lasse!

Det gäller att hitta en ny redaktionsgrupp - det nummer ni nu håller i er hand är sammanställt av en temporärt sammansatt grupp bestående av: Gunilla Elinder, Inga Sommarström, Karin Kahlin, Kristina Norén.

Vad vi har är ett kunnigt och pålitligt tryckeri: Lindeparkens grafiska avdelning i Stockholm, vilket förklarat sig villigt att med något bistånd även stå för distributionen. Vad vi behöver är en grupp som samlar in och sammanställer ett manus - resten sköter alltså Lindeparken.

Inom styrelsen ser vi det som mycket viktigt att hitta denna redaktionsgrupp. Ett förslag är att liknande KOMS ha redaktionskapet rullande mellan kretsarna eller länsvis i bokstavsordning. Kanske denna ordning vore något även för POMS?

Vill Du vara med i redaktionsgruppen? Tala med POMS-arna i din närhet, i så fall och hör av Er till någon i styrelsen. KOM IHÅG att ingå i POMS-bladets redaktion innebär att man får vara med om ett stimulerande och intressant arbete och är man några stycken blir det ju inte så betungande för var och en. Vi utgår från att uppdraget blir roterande och att man redan nu bestämmer för hur lång tid nästa period ska vara. Tänkbara förslag är ett eller två år.

## ÄR DET DAGS ? ATT FÖRÄNDRA KRETSARBETET ?

Denna idé berör också något som mer och mer ter sig som ett bistert faktum inom POMS: kretsarbetet fungerar dåligt! Kanske var det något symptomatiskt för detta som gjorde att endast 1(!) av 10 kretsombud (+ suppleanter) hörsammade inbjudan till senaste styrelsemöte!

Det är oroande tycker vi om det lokala arbetet i föreningen tunnas ut eller till och med avstannar. Vi diskuterar vad som kan vara orsaken till detta. Kan en bidragande orsak vara att kretsarna är fel sammansatta; skulle kretsar landstingsvis vara mer lätthanterliga och förena fler intressen (vissa landsting skulle dock behöva gå samman för att få ihop ett tillräckligt underlag). Styrelsen behöver era synpunkter! Hör av Er till någon av oss! Vi har ett viktigt arbetsår framför oss: omsorgerna står eventuellt inför betydande förändringar och vi måste vara med och påverka! Vi behöver mobilisera alla krafter vi har - och det vet vi: Vi har krafter!

Styrelsen

# POMS international

På konferensen i Åre såg vi bildbandet om Luco en utvecklingsstörd pojke i Peru. Arbetsgruppen ville visa det för att ge en bakgrund till förslaget att starta en stipendiefond och bjuda hit den psykolog som varit och är mycket engagerad i arbetet för de utvecklingsstörda barnen i Lima. Hon arbetar vid sjukhuset Larco Herera. Enligt Mona Trumstedt, som redan skrivit i POMS-bladet om de utvecklingsstörda barnen på sjukhuset, betyder den här verksamheten mycket och den har också det senaste året fått erkännande av hälsovårdsministeriet i Lima. Det är således realistiskt att räknamed fortsatt stöd från regeringshåll för det här arbetet och ett starkt stöd för både det här arbetet och överhuvudtaget arbete med utvecklingsstörda barn skulle det bli om psykologen uppmärksammades med ett erbjudande om stipendium från oss. Hon talar engelska och hon har möjlighet att omsätta de kunskaper hon får här i sitt arbete i Lima.

Deltagarna i Årekonferensen satsade tillsammans 860 kronor som därmed blir en grundplåt i stipendiefonden. Vi kom sedan överens om att rekommendera POMS-medlemmarna att betala in 20 kronor var till fonden. Därför finns det ett inbetalningskort med i tidningen. Postgironumret är 35 89 78 - 5. Märk inbetalningskortet med "stipendiefonden".

Vi kommer också att söka pengar på olika håll och i det arbetet har vi stöd från Socialstyrelsen.

Dessutom samarbetar vi med KOMS international. Det blir vår gemensamma satsning inför det internationella handikappåret.

Läs inte bara igenom det här och tänk "jasså, jaha"! Engagera dig!

Rekvirera bildbandet ! Skicka in pengarna till fonden idag !

Bildbanden kan lånas från Vuxenskolan i Södertälje, Ulla Arnberg, tel.0755 - 34200.

Låt oss visa att vi inte glömmer Luco och de andra utvecklingsstörda barnen i Peru.

För arbetsgruppen

Inga Sommarström

# Mer om fosterdiagnostik

Debatten om fosterdiagnostik förs vidare såväl i Sverige som utomlands.

Teut Wallner har skickat oss två artiklar från den amerikanska tidskriften MENTAL RETARDATION - februari-numret 1981. Vi publicerar de båda artiklarna i sin helhet på följande sidor.

Ylva Hermansson har läst dem och ger följande reflexioner:

Dessa två artiklar ur den amerikanska tidskriften Mental Retardation (AAMD) är intressanta ur flera aspekter, de knyter an till den svenska debatten om prenatal diagnostik men ger också inblickar i kulturella skillnader i syn på t ex människor med Down's syndrom. Begreppet bildbar/ obildbar är fortfarande centralt och den ene av författarna betonar att senare tids forskningsresultat (1978) visar att möjligheterna att undervisa barn med Down's syndrom har underskattats t o m i upplysta yrkeskretsar, att den tidiga utvecklingen hos dessa barn varierar i hög grad etc. Detta har väl länge varit ganska självklart i Sverige inte minst genom att man skaffat sig erfarenheter genom den utbyggda träningsskolan, daghemsintegrering och stöd med inriktning på hemmaboende.

Pediatrik euthanasi som verkar förekomma mer öppet i USA belyses också.

Jämsides med starka strömningar mot en ffi abort sägs ett ökat bruk av en sociologisk definition av människa förekomma i användningen av amniocentes och abort. Sådana definitioner fokuserar på "the potentiality for human relationships" som standard för bevarande av liv. Denna uppfattning som har sitt ursprung i ett socialt nytthetstänkande utgör ett starkt hot mot många svaga grupper. Artiklarna väcker många frågor och funderingar. Även i Sverige befinner vi oss i en ekonomisk kris med växande nyliberalistiska krafter. Många har påverkats av antiabortrörelsen som till stor del har sitt ursprung i USA. Vart är vi i Sverige på väg i synen på fosterdiagnostik och i den allmänna synen på utvecklingsstörda och andra handikappgrupper?

Den ekonomiska krisen med social nedrustning har börjat påverka vår arbetssituation allt mer. Är vårt samhälle genomsyrat av en annan människosyn eller finns det betydande grogrund även här för så uttalat cyniska tankegångar som författarna till artiklarna måste argumentera emot?

Ylva Hermansson

## Down's Syndrome, Amniocentesis, and Abortion: Prevention or Elimination?

J. David Smith

**Abstract:** The use of amniocentesis by women with increased risk for bearing a Down's syndrome infant has increased dramatically in recent years. The amniocentesis procedure and decisions regarding abortion of Down's syndrome fetuses are examined. The projected quality of life of a Down's syndrome individual is discussed. The possible view that Down's syndrome is considered a *pseudospecies* in modern culture is explored. It is suggested that the American Association on Mental Deficiency (AAMD) assume responsibility for addressing these issues.

Since the first reports of the use of midtrimester amniocentesis for prenatal diagnosis of chromosomal and metabolic disorders (Jacobson & Barter, 1967; Nadler, 1968) the procedure has gained dramatic acceptance within the medical profession. The National Center for Health Statistics reports a rise in the number of amniocentesis procedures performed in the United States: from 9,000 in 1970 to 23,000 in 1977 (NCHS, Note 1). Predictions indicate amniocentesis is becoming even more common and ultimately may be considered a standard obstetric practice. (Powledge & Fletcher, 1979).

Amniocentesis is the insertion of a hollow needle through the anterior wall of the pregnant woman's abdomen and into the uterus. A small amount of amniotic fluid is drawn through the needle containing cells shed from the developing fetus. The cells are then cultured and subsequently analyzed. All known chromosomal anomalies and more than 60 inborn errors of metabolism can be diagnosed through this procedure (NICHD, 1976).

When a diagnosis for chromosomal abnormality or metabolic disorder is made using amniocentesis, parents and medical professionals use this information to make critical choices. The alternatives for action following such a diagnosis include abortion and, in rare cases, treatment of the fetus. With medical science's inability to correct most fetal metabolic or chromosomal abnormalities, the most common circumstance is the choice between aborting or allowing the fetus to develop to full term.

The use of amniocentesis with patients having increased risk for bearing a Down's syndrome in-

fant has become common. Those of advanced maternal age or who otherwise have increased risk are often encouraged by their obstetricians to undergo this examination. It has been suggested by some physicians that all pregnant women exceeding age 35 should be "offered the option of this procedure" (NICHD, 1976, p. 1476). In fact, one recent court ruling receiving much attention in the news media indicates failure to provide the option of amniocentesis, when the age factor exceeds 35 and subsequently a Down's syndrome child is born, constitutes malpractice.

Several observations exist concerning the relationship between amniocentesis, therapeutic abortion, and a marked reduction in the incidence of Down's syndrome. The position of the 1972 President's Committee on Mental Retardation is that through the utilization of current information and techniques it is possible to essentially eliminate Down's syndrome within the next two generations. Hansen (1978) reports that in New York the estimated number of Down's syndrome newborns in the state declined 20% between 1971 and 1975. This decline is attributed in part to the liberalization of abortion laws in that state. One measure of the popular acceptance of routine screening may be a recent issue of *Consumer Reports* (1979). This issue includes an article examining the procedure and offers the recommendation that "women 35 and older are at increased risk of bearing children with Down's syndrome or other birth defects. *CU* believes that they should seriously consider amniocentesis, as should women with a family history of genetic problems" (p. 306). The next logical step in the acceptance of this procedure would be am-

niocentesis for all pregnancies. Most Down's syndrome children are born to mothers between 20 and 30 years of age. Although women in this age group are not considered at high risk, they account for both the largest total number of births and the largest actual number, even though at a lower incidence rate, of Down's syndrome births.

Although there has been some general controversy concerning the implicit or explicit endorsement of abortion associated with amniocentesis, the essential value of the life of a person with Down's syndrome has seldom been explored in this context. In discussing programs for amniocentesis funded by the March of Dimes, Diamond (1977) argues "the establishment of a 'free-fire zone' during the late-middle and last trimester" now exists and goes further to say, "There are no restrictions on aborting Mongoloid children even after viability" (p. 131).

Diamond questions the basic premise that Down's syndrome can be *prevented* by prenatal detection and abortion. He emphasizes that "the only way to 'prevent' Mongolism is at conception by preventing the fertilization of a 24 chromosome gamete by a 23 chromosome gamete or better yet, by preventing non-disjunction during meiosis. Aborting a Mongoloid child only prevents his birth" (p. 131).

The ease with which the abortion of Down's syndrome fetuses is accepted as the *best alternative*, even by people who otherwise oppose abortion, may be related to the conventional wisdom or popular misunderstanding of the level of mental retardation or other disabilities associated with this condition.

Discussing the issue of amniocentesis and abortion, Etzioni states that Down's syndrome "is usually such a severe affliction that the decision of what to do about it is relatively straightforward" (1973, p. 31). A physician who specializes in genetics is quoted as saying, "You show me just one mongoloid that has an educable IQ. . . . I've never seen one in my experience with over 800 mongols" (Restak, 1975, p. 92). General media report, and to some extent professional literature conveys, this image of the level of function and quality of life of Down's syndrome persons. One result of this image seems to be a general devaluing of the Down's syndrome fetus.

### **Pseudospeciation and Down's Syndrome**

Most discussions of abortion focus on concerns for the mother. The justification for abortion usually relates to the mother's life, health, economic

status, social welfare, or her right to control her body and determine her destiny. The critical concern is whether it is in the best interest of the mother to bear a child.

For the aborting of the Down's syndrome fetus, the focus is directed to the developing child. The issue is whether the mother should bear *this* child. The questions surrounding this decision relate to projections of the quality of this child's life. The issue is whether or not the child would be independent enough, intelligent enough, and useful enough to justify existence. This introduces a different set of criteria for determining the fetus' right to life. In this instance a Down's syndrome fetus discovered by amniocentesis is aborted not because of maternal indications but because the fetus does not meet proposed minimal requirements for existence.

Erik Erikson has noted a linguistic tendency which creates and governs the outlook of in-groups toward out-groups. This process is referred to as *pseudospeciation* and is the process of clearly defining the members of an out-group. The implicit decision is eventually reached that members of the out-group are not really human and may be destroyed with no inhibitions (Mall, 1977). It is conceivable that the aborting of Down's syndrome fetuses is readily accepted because Down's syndrome is characterized now as a pseudospecies.

Far less opposition to abortion, even by highly vocal right-to-life groups, is heard when the issue is focused on the Down's syndrome fetus. Apparently pseudospeciation makes abortion more palatable in these cases for our culture since, it is reasoned, the fetus is not really human.

### **Quality of Life**

The *quality of life* issue is often invoked in discussions of abortion and the Down's syndrome fetus. It is argued that the life of the individual would be filled with suffering and frustration. As noted previously, it is thought Down's syndrome individuals are quite likely to have a severe level of mental retardation. Considerable attention is also given to the burdens on parents who must raise a child with Down's syndrome.

A recent study indicates that the educability of Down's syndrome children has been underestimated even in informed professional circles (Rynders, Spiker & Horrobin, 1978). The study suggests the parents of a newborn Down's syndrome child should be advised that the chances of their child having an IQ in the educable range are good. It also indicates that a great deal of variability exists in the early development of these children and empha-

sizes the importance of early intervention programs.

Surely no parents would choose to have their child born with Down's syndrome. The adjustments and difficulties of parenting a child with this condition are certainly great. It is interesting, however, that not one organization of parents of mentally retarded children endorses abortion as a means of preventing mental retardation (Wilke, 1973, p. 95).

A statement of Hilgers and Horan (1972) seems particularly relevant to the questions of quality of life and the abortion of Down's syndrome fetuses.

"It has been, of course, frequently pointed out that mentally and physically retarded citizens will never enjoy the delights of intellectual or physical achievement known to the normal person. This is true. However, by the same token, the normal person can never enjoy the intellectual excellence of the genius or the physical prowess of the athlete. And yet, this is hardly sufficient cause for considering the elimination of all but the genius and the athlete" (p. 44).

### A Special Case of Discrimination

As with pediatric euthanasia, there seems to be the increasing use of a sociological definition of *person* in the employment of amniocentesis to detect, and abortion to terminate, the development of Down's syndrome fetuses. Such definitions focus on the "potentiality for human relationships" as the standard for the preservation of life (McCormick, 1974, p. 175). This type of definition is rooted in a social utilitarianism which would seemingly pose a threat to many groups of human beings. When human life can be destroyed on a categorical basis (e.g., all Down syndrome fetuses will develop into sociological *non-persons*) there is no logical or rational line to draw between this action and the destroying of a child who becomes mentally retarded at age six and therefore is no longer a person according to deficits in human relationships.

The American Association on Mental Deficiency (AAMD) has responded to the threat to the right to life of mentally retarded persons from birth onward. In a position paper the AAMD addresses itself to the proposition that the life of a severely mentally retarded individual is essentially meaningless. The organization stated:

"It is our position that the existence of mental retardation is no justification for the terminating of the life of any human being or for permitting such a life to be terminated either directly or through the withholding of life-sustaining procedures" (AAMD, 1973).

This statement addresses, in part, instances where newborns are allowed to die even if they have

correctable medical conditions. They are allowed to die because they are also mentally retarded. A majority of these cases involves the combination of Down's Syndrome and duodenal atresia. The atresia is an easily correctable condition and medical intervention would be a certainty except that these newborns have Down's syndrome. Surely this is a case of life and death discrimination against a particular group of children. They die because they also happen to be mentally retarded. Non-mentally retarded newborns with duodenal atresia are without question given the appropriate surgical attention.

The AAMD statement, however, clearly does not address the question of abortion which is applied in the same discriminatory manner. On the basis of diagnosis through amniocentesis, Down's syndrome fetuses are being aborted solely because they have that condition. These are fetuses that would otherwise be valued and allowed to develop to full term.

This issue may be even more complicated and controversial than that of pediatric euthanasia. Although it is quite separate from the general issue of abortion it could easily be misinterpreted as an overall questioning of the ethics of abortion. This would needlessly complicate the examination of this particular question. The matter is critical enough, however, that the risk of misinterpretation must be taken. It would seem crucial for individual professionals in the field of mental retardation and the AAMD to examine the issue and develop a position. To do otherwise would be contrary to the overall commitment to the rights of mentally retarded persons which we have made as individuals and as a professional organization.

Children born with Down's syndrome are born with very special needs. Continued and increased support to these children, their families and their communities is imperative. The cost of this support is great in terms of human effort and economic resources. This cost, however, should not color society's estimation of the worth of these individuals.

When considering the use of amniocentesis and abortion it is important to examine whether or not Down's syndrome is becoming the target of an entirely *eliminative* approach. The acceptance of a philosophy of elimination of Down's syndrome through abortion might represent a backing away from the search for ameliorative measures. It might signal an abandonment of the investment of creativity in special education and training efforts in recent years. Most importantly it is crucial that a careful examination of this issue be undertaken to assure that either judgment or advice is being given potential parents out of the desire to prevent

pain and suffering and not from the utilitarian desire to rid society of what are considered useless lives.

### Reference Note

1. National Center for Health Statistics, personal communication. June, 1979.

### References

- American Association On Mental Deficiency. Protecting the lives of citizens who are mentally retarded. *Position papers of the American Association on Mental Deficiency*, 1973-1975.
- Consumer Reports*. Cutting the risk of childbirth after 35: The reassurance amniocentesis can provide. May, 1979, 302-306.
- Diamond, E. F. The deformed child's right to life. In D. J. Horan and D. Mall (Eds.) *Death, dying and euthanasia*. Washington, D. C.: University Publications of American, Inc., 1977, 127-138.
- Etzioni, A. Doctors know more than they're telling you about genetic defects. *Psychology Today*, November, 1973, pp. 26-35; 137.
- Hansen, H. Decline of Down's syndrome after abortion reform in New York state. *American Journal of Mental Deficiency*, 1978, 83, 185-188.
- Hilgers, T. & Horan, D. J. *Abortion and social justice*. New York: Sheed and Ward, Inc., 1972.
- Jacobson, C. B. & Barter, R. H. Intrauterine diagnosis and management of genetic defects. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1967, 99, 796-807.

- Mall, D. J. Death and the rhetoric of unknowing in D. J. Horan and D. Mall (Eds.) *Death, dying and euthanasia*. Washington, D. C.: University Publications of American, Inc., 1977, 127-138.
- McCormick, R. A. To save or let die. *Journal of the American Medical Association*, 1974, 229, 175.
- Nadler, H. L. Antenatal detection of hereditary disorders. *Pediatrics*, 1968, 42, 912-918.
- National Institute of Child Health and Human Development. Midtrimester amniocentesis for prenatal diagnosis. *Journal of the American Medical Association*, 1976, 236, 1471-1476.
- Powledge, T. M. & Fletcher, J. Guidelines for the ethical, social and legal issues in prenatal diagnosis. *The New England Journal of Medicine*, 1979, 300, 168-172.
- President's Committee on Mental Retardation. *Entering the era of human ecology*, 1972, DHEW publication (05) 72-7, MR71.
- Restak, R. Genetic counseling for defective parents: The danger of knowing too much. *Psychology Today*, September 1975, 9, 21-23, 92-93.
- Rynders, J. E., Spiker, D., & Horrobin, J. M. Underestimating the educability of Down's syndrome children: Examination of methodological problems in recent literature. *American Journal of Mental Deficiency*, 1978, 82, 440-448.
- Wilke, J. C. *Handbook on Abortion*, Cincinnati, Ohio: Hiltz Publishing Co., 1973

---

**Author:** J. DAVID SMITH, Ed.D., Professor of Special Education, Director of Graduate Studies in Education, Department of Education, Lynchburg College, Lynchburg, VA 24501.

## Vill Du bli recensent?

Till varje nummer av POMSbladet söker vi recensenter till de nya böcker, som vi får oss tillskickade eller som vi läser eller hör talas om. Boksidorna tycks också höra till de mer uppskattade inslagen i tidningen.

Redaktionen har sökt efter intresserade granskare över hela Sverige, men med blandad framgång. Mycket ofta kommer de från östra Svealand.

Men Du, som bor i annan del av vårt land, kunde väl också vara med? Du får ett trevligt tillfälle att delge andra läsare Dina intryck av och synpunkter på en bok eller rapport. Dessutom får Du förstås behålla skriften.

Om Du är intresserad av att vara med, så hör av Dig!

Redaktionen



# Ethical Issues Arising from Prenatal Diagnosis\*

Jessica G. Davis

**Abstract:** The rapid proliferation of prenatal diagnostic techniques and their increased utilization results in the delineation of the benefits and risks associated with these new technologies. The application of prenatal diagnostic techniques gives rise to complex moral and social problems including the issue of selective abortion reflecting problems of priorities between individual and common good and between freedom and equality. This paper addresses some of these issues and concludes there are no simple solutions, advising a cautious and sensitive approach.

Recent advances in medical genetics provide accurate and relatively safe methods for the intrauterine assessment of a variety of fetal parameters in early gestation. Such techniques permit medical geneticists to obtain information about the fetus' chromosomal constitution, bony structures, metabolic processes, and genetic make-up by means of direct and indirect physical, biochemical, and cytologic studies. These technologies include mid-trimester amniocentesis, ultrasonography, and fetoscopy as well as the screening of maternal serum for alpha-fetoprotein levels to obtain information about birth defects, particularly the neural tube defects. Some of these procedures are experimental and others are "... accepted medical practice, applicable to specific pregnancies at increased risk for certain hereditary diseases or congenital defects in the fetus." (Kaback, Brent, Crandall, Davidson, Dowben, Globus, Jonsen, Mahoney, Godfrey, Scotch, Swint, Whitelaw, Alexander, Wotta, 1979, p. 1-4)

The rapid proliferation of these various kinds of prenatal diagnoses as well as their increased utilization leads to heightened public and professional awareness of the benefits and risks produced by these new technologies. This serves to highlight the complex moral, social, and legal problems including the issue of selective abortion associated with prenatal diagnosis. An attempt to review some of these issues follows.

The direct risks of amniocentesis to the fetus and mother continue to be of grave concern to investigators in this field. Fuchs (1972) and Littlefield (1970) feel women unwilling to undergo abortion

should be refused amniocentesis because the only way to justify acceptance of the then unknown risk of the procedure would be to undergo selective abortion when necessary.

The 1976 results of a prospective collaborative study of mid-trimester amniocentesis involving nine American institutions establish the safety and accuracy of the procedure (National Institute of Child Health and Human Development National Registry for Amniocentesis Study Group, 1976). These results are supported by the Canadian collaborative amniocentesis study (Simpson, Dallaire, Miller, Simnovitch, & Hamerton, 1976). These studies of more than 2,000 cases and their controls reveal that mid-trimester amniocentesis does not cause injury to the fetus or mother when carried out by a trained physician. In addition, the data show that the overall accuracy of results in both studies is 99.4%. These studies enable the issue of the risk of the procedure itself to be separated from the abortion issue.

Other ethical arguments involve the indications for prenatal diagnosis. Amniocentesis presently is viewed as an option, not applicable to all pregnancies. Undergoing amniocentesis does not guarantee anyone the birth of a *normal* infant. "... Consideration of early antenatal diagnostic study is indicated only in certain defined pregnancies where known increased risk exists for specific and detectable hereditary diseases or congenital defects." (Kaback, *et al.*, 1979, p. 1-3)

The report of The 1979 NICHD Task Force on Predictors of Hereditary Diseases or Congenital Defects lists "... situations in which the medical care provider should initiate discussion of the applicability of amniocentesis with patients." (Kaback, *et al.*, 1979, p. 1-16) These include:

\* This manuscript was solicited by the editor.

- Pregnancies in women 35 years of age or more.
- A previous pregnancy that has resulted in the birth of a chromosomally abnormal offspring.
- A chromosome abnormality known to exist in either parent.
- History of Down's Syndrome or other chromosome abnormality in a family member.
- History of multiple (three or more) spontaneous abortions in this marriage or in a previous mating of either spouse.
- Previous birth of child with multiple major malformations.
- Women with male relatives with Duchenne Muscular Dystrophy, severe hemophilia, or who are at increased risk of being carriers of other deleterious X-linked genes.
- Couples at risk for detectable inborn errors of metabolism (X-linked or autosomal recessive).
- Pregnancies at increased risk for fetal neural tube defects.

These guidelines stress the importance of educational procedures and needs of obtaining accurate and complete data on possible candidates for antenatal diagnosis. Balanced information about the problem or potential problems must then be fully shared with individuals considering amniocentesis. This means the genetic counselor must be prepared to discuss all aspects of the particular medical diagnosis under consideration. An effort must be made to learn what the individuals requesting counseling know about the problem(s) being considered. For example, most parents-to-be have very little information about Down's Syndrome or mental retardation. It is helpful in such situations to present constructive written materials about these subjects as well as to arrange for counselors to talk with parents of children with particular birth defects or chromosomal problems. This aids many families in the decision-making process involved in counseling about antenatal diagnosis. Genetic counseling should also include a complete discussion of the risk or hazard of the procedure, the diagnostic accuracy of the tests to be performed, and their options. If at all possible, additional time should be made available for follow-up counseling and review.

Counseling about amniocentesis must be non-coercive and conducted in an atmosphere that encourages constructive dialogue.

The 1979 NICHD report goes on to stress that "the decision as to whether or not to undergo such studies must be that of the mother or couple, made after thorough genetic counseling and discussion of all risks and outcomes have been accomplished."

(p. 1-3) This means that individuals are encouraged to come to talk about prenatal diagnosis before making their decision as to whether to undergo the procedure or not. The process of genetic counseling should encourage decision-making that is most comfortable for those seeking information. The counselor's follow-up support is offered to individuals who elect to undergo amniocentesis as well as to those individuals who decide not to have the procedure.

Several other issues have emerged with respect to indications for amniocentesis. There have been arguments whether or not to allow patients to undergo prenatal diagnosis because they are anxious. Some observers believe this is inappropriate as the physician is catering solely to the desires of the prospective parents. (Lebacqz, 1970) On the other hand, Milunsky (1973) believes one should respect anxiety as a criterion because the probability is high that a life will be saved since 96% of individuals undergoing amniocentesis are expected to have normal laboratory results. Another thorny problem is the problem of those parents who wish solely to determine fetal sex. Powledge and Fletcher (1979) state that no legal restrictions should be placed on the ascertainment of fetal sex. They stress the fact that the use of these techniques should be discouraged whenever possible.

After the individual or couple decides to undergo amniocentesis, parents and physicians must face the fact that "the desired and intended result of prenatal diagnosis is information about the presence or absence of a possible disease or defect in the fetus" (Powledge & Fletcher, 1979, p. 170). In the vast majority of cases (96%) the results are favorable and reveal no abnormalities. This information underscores the fact that amniocentesis does provide reassurance for the majority of individuals or couples undergoing the procedure. There is also agreement by most observers that amniocentesis is a fetoprotective procedure. Amniocentesis permits pregnancies that would otherwise be terminated and not carried to term.

In those cases where an unfavorable result is obtained the parents and involved health professionals may refer to this information to make decisions about subsequent action. Here the alternatives include treatment in those few cases in which therapy is or may be possible, abortion, or completion of the pregnancy. It is hoped that decisions about their course of action may be shaped by their ethical and social views rather than by the diagnosis itself.

If a couple decides to continue the pregnancy, ongoing support and care are made available

throughout the remainder of the pregnancy. This should include careful planning for the birth and followup of the affected child. It is important to recognize that some couples faced with an abnormal fetal chromosomal complement have continued their pregnancy to term.

### Question of Ethics

The use of prenatal diagnosis with selective abortion is the subject of intense debate. Ethicists such as Aiken (1973) and Fletcher (1974) and physicians such as Milunsky (1973), Hirschhorn (1972), and Miles and Kaback (1978) view selective abortion for genetic problems as reducing the suffering and burden to the family. Others such as Lejeune (1970), Ramsey (1973), Dyck (1971), and Lebacqz (1970) oppose selective abortion because the physician's role as a saver of life is diminished. They maintain that this causes the physician to become a mere technician for parental desires as well as giving special powers to physicians to decide who shall live or die. They state that abortion is never therapeutic for the fetus because the fetus cannot consent. Lastly, selective abortion for genetic reasons gives priority to the parents' wishes and does not consider fetal rights.

Fowledge and Fletcher recognize they cannot reconcile "... the views of those who believe that abortion is wrong virtually without exception with the views of those who exclude the welfare of the fetus completely from any argument about reproductive decisions" (1979, p. 170) Fletcher carries the analysis a step further by looking directly at the issue of selective abortion and the care of defective newborns. The author points out that the debate here is polarized between "... the right-to-life argument that tends to equate genetically indicated abortion with infanticide and the quality of life argument that tends toward positive arguments for the morality of abortion and selective euthanasia of the defective neonate..." (1979, p. 242)

Fletcher accepts the morality of abortion in cases of severe handicap but does not accept euthanasia of the affected newborn. He sets forth a third or developmental viewpoint. First he distinguishes three stages: pre-viable, viable, and neonatal life. Viewing for interfamilial differences, he then describes the parental needs and interests at each of these stages, as well as the increasing needs and moral claims which arise during the various stages of fetal development. His argument culminates in a description of the independent moral claims necessary to the life and protection of a viable infant and the strong forces of parental acceptance. The infant

becomes a person in his or her own right, and strong parental bonding occurs. Fletcher believes these two components in turn should discourage euthanasia despite any earlier commitment to abortion. "The thrust of his argument is that prenatal diagnosis and its relation to neonatal care should be conducted within an ethic that balances the growing right to life of the developing fetus with the needs and interests of parents and society." (1979, p. 253) . . . "Parents and physicians are free to be inconsistent with the reasoning that justifies selective abortion and to choose to do everything reasonable to support the life of a neonate" (1979, p. 253).

### Discussion

Medical geneticists and parents struggle with these issues on a daily basis. Genetic counseling is carried out with a deep respect for human life. Genetic services are sensitive to the needs of the fetus and the neonate as well as to the needs of the family. Medical geneticists presently view prenatal diagnosis as an interim measure. Many researchers hope to treat fetal disease *in utero* as was accomplished in the case of erythroblastosis fetalis, a genetic disorder. Techniques to develop new genetic strategies employing restriction enzymes and replacement therapy are already under way. Newer cytogenetic methods and somatic cell hybridization are proving useful in defining the function of ever-increasing smaller portions of the genome. With respect to Down's Syndrome, studies are already under way to elucidate nondisjunction and to investigate aging and immunologic phenomenon. Great attention is given to in-depth assessments of the psychosocial aspects of all genetic problems including Down's Syndrome. The literature abounds with analyses of educational efforts geared to the developmentally disabled individual. The vigor of these activities should dispel any doubts that the scientific community is abandoning its efforts to cure, treat, or habilitate individuals with genetic disorders.

The ethical issues arising from prenatal diagnosis technology are complex and serious. They reflect the problems of priorities between individual and common good and between freedom and equality. They cannot be solved by a rigid, simplistic approach. "They dictate a cautious, sensitive approach in which providers, clients, patients, the public and the government acknowledge both the values and the hazards of this medical technology" (Reilly, 1977, p. 1977).

## References

- Aiken, H. D. Life and the right to life. In Hilton, B., Callahan, D., Harris, M. (Eds.), *Ethical issues in human genetics*. New York: Plenum Press, 1973.
- Dyck, A. J. Ethical issues in community and research medicine. *New England Journal of Medicine*, 1971, 284, 725-726.
- Fletcher, J. *The ethics of genetic control*. Garden City, New York: Anchor Press/Doubleday, 1974.
- Fletcher, J. Prenatal diagnosis, selective abortion, and the ethics of withholding treatment from the defective newborn. In Capron, A., Lappe, M., Murray, R. F., Powledge, T. M., Twiss, S. B., Bergsma, D. (Eds.), *Genetic counseling: Facts, values of norms*. White Plains: The National Foundation-March of Dimes. Original Author Series XV (2), 239-253, 1979.
- Fuchs, F. Amniocentesis: Techniques and complications. In Harris, M. (Ed.), *Early diagnosis of human genetic defects*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1972.
- Hirschhorn, K. Practical and ethical problems in human genetics. In Bergsma, D. (Ed.), *Advances in human genetics and their impact on society*. White Plains: The National Foundation-March of Dimes. Original Author Series VIII (4), 17-30, 1972.
- Kaback, M., Brent, R. L., Crandal, B. F., Davidson, E., Dowben, C., Globus, M., Jonsen, A. R., Mahoney, M. J., Godfrey, O., Scotch, N., Swint, J. M., Whitelaw, E., Alexander, A., Wotta, L. National Institute of Child Health and Human Development conference on antenatal diagnosis: *Task force on predictors of hereditary disease or congenital defects*. Washington, D.C.: National Institute of Health Publication No. 79, U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1979.
- Lebacqz, K. A. Prenatal diagnosis and selective abortion. *Linacre Quarterly*, 1970, 22, 109-127.
- Lejeune, J. On the nature of man. *American Journal of Human Genetics*, 1970, 22, 121-128.
- Littlefield, J. W. The pregnancy at risk for a genetic disorder. *New England Journal of Medicine*, 1970, 282, 627-628.
- Miles, J. H., and Kaback, M. M. Prenatal diagnosis of hereditary disorders. *Symposium on Medical Genetics. The Pediatric Clinics of North America*. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1978, 25, 593-611.
- Milonsky, A. *The prenatal diagnosis of hereditary disorders*. Springfield: Charles C Thomas, 1973.
- National Institute of Child Health and Human Development National Registry for Amniocentesis Study Group. Midtrimester amniocentesis for prenatal diagnosis: *safety and accuracy*. *Journal of the American Medical Association*, 1976, 236, 1471-1476.
- Powledge, T. M. and Fletcher, J. Guidelines for the ethical, social and legal issues in prenatal diagnosis. *New England Journal of Medicine*, 1979, 300, 168-172.
- Ramsey, P. Screening: An ethicist's view. In Hilton, B., Callahan, D., Harris, M. (Eds.), *Ethical issues in human genetics*. New York: Plenum Press, 1973.
- Reilly, P. *Genetics, law and social policy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1977.
- Simpson, N. E., Dallaire, L., Miller, J. R., Siminovitch, L., Hamerton, J. Prenatal diagnosis of genetic disease in Canada: Report of a collaborative study. *Canadian Medical Association Journal*, 1976, 115, 739-740.

---

**Author:** JESSICA G. DAVIS, M.D., Director of Child Development Center; Chief, Division of Genetics, Associate Professor of Clinical Pediatrics, Department of Pediatrics, Northshore University Hospital—Cornell University College of Medicine, Manhasset, NY 11030.

Staffan Stålfors, Stockholm rapporterar från:

TEMADAG KRING ALKOHOLFRÅGOR FÖR PERSONAL INOM STOCKHOLMS OMSORGS-  
VERKSAMHET

Alkoholmissbruk är ett stort samhällsproblem i Sverige och även bland de utvecklingsstörda finns alkoholproblem.

Så löd programförklaringen till en temadag om alkoholmissbruk, om kombinationseffekter av alkohol och medicinering, om alkoholdrickandet som ett kulturhistoriskt och samhällsmoraliskt problem. Endast i undantagsfall vinklades alkoholproblematiken mot omsorgen, som ett problem hos omsorgstagarna och anställda i omsorgen.

En sammanfattning av temadagarna innehåll.

Gunnar Ågren, socialläkare i Stockholm, en i den dominerande gruppen medicinare, som föreläste under dagen. Han visade att intresset för alkoholproblem har ökat p.g.a. de kunskaper man idag har om ökade alkoholskador, mer dokumentation om skador, samt att just sambandet mellan drickande och skador är fastställt. Trots detta menar Ågren så är vårdinsatserna otillräckliga eller oftare, felaktiga. Ofta stirrar man sig blind på själva drickandet och glömmer bort den "sociala tillsyn" som särskilt ungdom är i behov av. Det är lätt att ledas in i dåliga alkoholvanor då ungdomar växer upp i en miljö där tillgången på alkohol är god, men med få sanktioner mot drickande. Dessutom finns det goda möjligheter till inläring mot alkoholdrickande tidigt i barnets liv.

Bo Löfgren, som arbetat med kulturella aspekter kring alkoholfrågor, ville också belysa alkoholproblemet i ett socialt perspektiv. Han menar att både alkoholisten och den måttligt alkoholkonsumerande individen drivs av samma behov, med hjälp av alkoholdrickandet, nämligen en förevändning att göra saker som man normalt sett inte vågar göra. "På festen hos sina bekanta drar man de senaste vitsarna och spelar "Allan".

Ibland innebär drickandet för individen en djupare "adaptiv funktion" för att klara av hela sin livssituation.

Både Ågren och Löfgren menar att samhället gör felaktiga analyser av vad som är problemet med alkoholen. Fortfarande lever vi i föreställningen att den typiska alkoholisten har röd näsa, sår i ansiktet och har trasiga kläder, säger Löfgren, men så är naturligtvis icke fallet. Källan till problemet syns inte alltid. Man bör rikta intresset mot det faktum att individen tidigt fostras till att få en positiv syn på alkoholdrickande.

Nils Erik Landell överläkare inom omsorgen berättade att kombinationen alkohol och vissa mediciner ger en mängd icke önskvärda effekter. För omsorgens del gäller det oftast medicingruppen, lugnande medel, smärtstillande och anti epileptiska medel.

"För många av våra boende på inackorderingshem är det vanligt att man ger några av dessa mediciner och då bör man inte konsumera alkohol", sa Landell.

Landell var den enda föreläsare som genom exempel också kom in på det aktuella problemet om alkoholmissbruk på flera inackorderingshem. Han menade att man bör sträva efter en så giftfri miljö som möjligt på inackorderingshemmen med tanke på att de utvecklingsstörda måste anses tillhöra en s.k. riskgrupp när det gäller alkoholmissbruk. Denna uppfattning leder rent logiskt till att personal på inackorderingshem inte bör framstå som dåliga förebilder och själva dricka alkohol.

Harry Ferngren barnläkare inom omsorgen talade under rubriken "Fosterskador och alkohol". Han menade att forskningen visar att den alkoholkonsumerande gravida kvinna utsätter det kommande barnet för risker av missbildning i hjärnan, förståndshandikapp, beteendestörningar av olika slag, samt fysiologiska svagheter som leder till större dödlighet än för normala barn. När det gäller frågan att försöka förhindra att fostret utsätts för alkoholens risker, så har det visat sig framgångsrikt att på mödravårdscentralerna informera den gravida kvinnan om risken hon utsätter den blivande barnet för om hon konsumerar alkohol i större mängder, sa Ferngren.

Socialdirektör i Stockholm Kjell E Johansson föreläste över ämnet alkohol och ungdom och bidrog med ytterligare exempel på "felaktiga analyser" av hur alkoholproblemet ser ut i samhället. Han menade att alkoholproblem bland ungdomar inte i första hand är ett ungdomsproblem utan de vuxnas problem. Som ung människa vill man bli vuxen snabbt, man vill anpassa sig till snarare än göra revolt mot vuxenvärlden. Alkoholen är en sådan vuxenidentifikation, sa Johansson. Johansson avslutade sitt anförande med påståendet att det är omöjligt att bekämpa alkoholproblemet om man inte bekämpar bruket av alkohol.

Samtliga föreläsare hade mycket att säga över ämnet alkoholproblem, men det mesta kändes nog bekant för flertalet åhörare. Detta faktum innebar dock inte att många perspektiv kändes upprörande och särskilt som det kom fram få förslag till lösning på den 5000 åriga alkoholtradition (Löfgren).

Också kom paneldiskussionen till slut, den som förhoppningsvis skulle belysa alkoholproblemen inom omsorgen. Men det var nog naivt att tro att man sista timmen av en dag av enbart lyssnande, skulle orka ta tag i aktuella alkoholproblem inom omsorgen. De flesta frågorna som ställdes till förvaltningsledningen besvarades med att det inte fanns andra resurser än att "tala med varandra och ta hand om varandra". Och det kan ju vara bra till en viss gräns, men Gunnar Ågren menade att det bl.a. behövs kvalificerad handledning åt personal som arbetar med alkoholproblemen. Likaså måste vi markera att samhället tar sitt ansvar och även hjälper förståndshandikappade med alkoholproblem, menade Kristina Norén, psykolog inom omsorgen. "Vi bör inte bygga upp specialresurser inom omsorgen, utan verka för att förståndshandikappade får samma hjälp som vi andra samhällsmedborgare", sa Norén.

Temadagar i all ära, men nog kunde man använt pengarna bättre genom att göra sådana här temadagar ute på de små boendeenheterna där problemen finns. Det måste vara oerhört viktigt att all personal som arbetar med alkoholproblem inom omsorgen själva får delta i debatten och pröva sina uppfattningar. Först då kan flera på perspektiv på detta svåra problem, som inte tycks ha någon given lösning.

# OMSORGSKOMMITTÉNS BETÄNKANDE

## - RAPPORT FRÅN SÖ:S SKOLLEDARKONFERENS

Skall man pröva alla ja innan man säger nej eller skall man pröva alla nej innan man säger ja?

Den 3 och 4 september 1981 inbjöd Sö till konferens rörande särskolans verksamhet. Deltagare var läns- skolinspektörer, förvaltningschefer, särskolchefer och representanter för landstingsförbundet, kommunförbundet, föräldraföreningen, lärarhögskolor m fl. C:a 80 personer infann sig. KOMS ställde upp med sin ordförande och från POMS kom undertecknad.

Första dagen ägnades helt åt omsorgskommitténs betänkande, därav ovanstående rubrik. Socialdepartementets skrivelse om utredningens remissbehandling hade föredömligt snabbt kunnat delas ut med konferenshandlingarna och vi fick veta att Socialstyrelsen, Riksförsäkringsverket, Statens Handikappråd, Styrelsen för vårdartjänst, Riksrevisionsverket, UHÄ, Centrala studiestödsnämnden, Sö, Arbetsmarknadsstyrelsen och Bostadsstyrelsen anmodas att avge yttrande. 71 andra instanser bereds tillfälle att avge yttrande, däribland samtliga landstingskommuner, FUB och SACO-SR.

Särskolinspektör Lennart Wessman inledde konferensen med att påpeka att f n är omsorgslagen en särslag men att kommittén föreslår att den i stället skall bli en pluslag, som skall handla om vad landstingen skall göra för de handikappade. För åldrarna upp till 19 år berör den samtliga handikappade, för de vuxna endast de utvecklingsstörda och barndomspsykotiska personerna.

Vilka blir då förändringarna när det gäller särskolan?

- Särskolplikten blir en skolplikt, samma som gäller för andra barn. Det blir en skyldighet för huvudmannen att ordna gymnasieplats, ingen rättighet längre för de utvecklingsstörda.



- Skolplikten blir nioårig.
- Tionde skolåret går över till gymnasieskolan.
- Yrkesvalsläraren ersätts med SYO-konsulenter.
- På arbetsförmedlingen finns arbetsanpassare som också ingår i distriktslaget för vuxna.
- Vuxensärskolan ingår i Komvux.
- Elevvårdsverksamheten delas mellan skolan och den samordnade barnhabiliteringen.
- Specialsärskolorna avvecklas, en utveckling som redan är påbörjad.
- BDU-planeringen avvecklas och läggs över för fortsatt arbete i integrationsutredningen.
- Lagstiftningen tas in i skollagen.
- Huvudmannskapet ändras.  
Förskolan förs över till den kommunala barnomsorgen, Socialstyrelsen får tillsynen över den.
- Grundsärskolan/träningskolan samordnas med kommunens grundskola.  
Yrkesskolan förläggs till gymnasieskolan.
- Elevhemmen blir kvar hos landstingen i likhet med övrigt boende.
- Särskolcheferna blir placerade på länskolnämnden och kommer kanske i fortsättningen att få ta hand om all handikappundervisning.
- Särskolans lärare går över i det allmänna skolväsendet, liksom elevassistenterna och
- rektorer och studierektorer som inom den allmänna skolan får svara för metodiska frågor och pedagogisk handledning beträffande undervisning av alla handikappade elever.

Lennart Wessman tog därefter upp de reservationer som finns med i betänkandet och redogjorde för sin egen inställning som han tidigare ingående delgivit POMS' läsekrets i jubileumsnumret (nr 50, juni 1981), varefter det var dags för diskussioner omväxlande i smågrupper och storgrupp. Smågruppsdiskussionernas ämnen var följande

## Alla diskuterar

Vilka konsekvenser för ett ändrat huvudmannaskap med sig vad gäller bland annat:

- splittring av särskolverksamheten
- områdessamverkan, planering
- betalning/ekonomi
- resurser
- mottagarens/kommunens inställning
- särskolans utveckling

Dessutom diskuterar:

Grupp 1 - boende

Grupp 2 - samordnad habilitering

Grupp 3 - förskolan

Grupp 4 - SYO/arbetsmarknad/forskning

Grupp 5 - vuxenundervisning/Komvux

Grupp 6 - udda barngrupper

Från de olika diskussionerna som självfallet var livliga med ett så engagerat auditorium framkom både frågor, farhågor och entusiasm. När det gäller splittringen av särskolverksamheten undrade man om kvaliteten i boendet skulle bli sämre pga minskad ADL-undervisning och någon tyckte att det skulle vara olyckligt att SÖ mister insynen i förskolan. Den grupp som hade förskolan som sin speciella discussionsfråga var emellertid enig om att förskolan borde gå över till kommunerna och att det behövs samverkan förskola-socialtjänst likaväl som det behövs samverkan förskola-lågstadium.

Om skolan mister boendet och specialistpersonalen, hur går det då med helhetssynen på eleven undrade man. Att det i föräldrabalken är klart utsagt att det är föräldrarnas (och inte skolans) barn var tydligen en nyhet för en del av gruppdeltagarna som ansåg att specialisterna skall tjäna skolan i första hand.

Också när det gällde den samordnade habiliteringen ansåg man att det kunde vara svårt med ett delat huvudmannaskap: Vad är barnpsykiatrins ansvarsområde och vad är barnhabiliteringens t ex.

Vuxenundervisningen då. Bland konferensdeltagarna fanns det personer som talade om att många utvecklingsstörda går i Komvux och att de också utgör den största elevgruppen på de svenska folkhögskolorna. Det finns således redan ett väl utbyggt system inom vuxenundervisningen. Bort alltså med försöksverksamheten på Särvox och in med den i Komvux löd parollen. Den direkta yrkesundervisningen borde gå till AMS, den kan nog inte klaras av inom Komvux' ramar.

Lennart Wessman fruktade också att planering och beslut blir svårare då man måste samverka med flera kommuner men på detta svarades att det nu är dubbla beslutsvägar. Beslutsvägarna kan förkortas vid en interkommunal samverkan. Någon sade också att det hela är en viljefråga och att det är bra att få veta så många hinder som möjligt i förväg.

Kostnadsfrågan togs naturligtvis upp och kommitténs huvudsekreterare Lars Bolander fick svara: "När förslagen är genomförda ligger man på samma nivå som nu, fram till dess blir kostnaderna högre pga dubblering av omsorgerna, man måste t ex under en övergångstid ha både vårdhem och grupphem. Personkretsen ökar också, men kostnaderna för den finns kanske redan på annat håll."

Lennart Wessmann menade att betänkandet i stort sett inte föreslår några organisatoriska förändringar och att det kan bli försämringar och svårt att få fram resurser till t ex förskolekonsulenterna. På detta svarade en röst ur auditoriet att dessa tjänster finns ju inte idag utan får ses som en utveckling av verksamheten varför kostnaderna inte är en följd av en överflyttning av huvudmannaskapet till primärkommunerna.

Några landsting har gjort erfarenheten att kommunerna nu säger upp sina avtal med landstinget i större utsträckning. Får kommunerna undervisningen får de också resurserna menade någon, såsom t ex ett rejält statsbidrag till varje handikappad elev. Fler elever kommer kanske då att få den hjälp de redan idag borde ha men inte får pga särlagen och huvudmannaskapet.

Lennart Wessman menade också att förändringar i elevområden kan bli svåra att genomföra men flera sarskolchefer berättade att allt flera kommuner vill ha sarskolklasser hos sig, ett landsting hade t ex nu sarskola i fem av sina sex kommuner.

Liksom i sitt inlägg i POMS-bladet utvecklade därefter Lennart Wessman hur han vill ha framtidens sarskola: Sarskild organisation som förändras i takt med övriga förändringar, lokalmässig integrering, utveckling av den funktionella integreringen, lagstiftningen in i skollagen, landstingen fortfarande huvudman och att utbildningsnämnden har det politiska ansvaret inom landstingen. Han menar att sarskolan fungerar väl som den gör idag men fick då höra att det kan bero på att ingen vet om något annat än som det är idag. Varför tror man inte att kommunerna kan klara det som landstinget klarar, var en annan fråga från publiken och någon tyckte att det var en halvmesyr att bara flytta över skolan. Låt kommunerna få allt! Varför skulle det bli sämre?

Kan man få skattepengar till landstingen kan man få det till kommunerna också. Det hördes också rop: "Bort med beteckningen sarskola! Den är svår för de närmast berörda, fullfölj tankegången från grundskolan." Någon tyckte att diskussionsfrågorna var alltför styrda, de drog endast fram nackdelar med en ändring.

Självfallet var man intresserad av vad "tungviktare" inom särskolan såsom Gösta Nordfors och Håkan Brockstedt med lång och bred erfarenhet skulle säga. Gösta Nordfors meddelade också att han hade väntat på denna ändring länge och att ytterligare utredningar och tid inte behövs. Håkan Brockstedt var förvånad över att Lennart Wessman ej vill ha någon förändring. En lösning på hemmaplan är bättre för eleven då den tar hänsyn till hela individen. Kommunerna kan lösa detta bättre och kan vi inte åstadkomma en administrativ integration hur skall vi då kunna åstadkomma en integration på fältet?

Man kan också fundera över om integreringen är något annat än ett honnörsord i landstinget när man i t ex ett län köpt en helt segregerad fastighet för tränings-skoleklasser 1980 och en annan för yrkesskolan 1981! Godkända av SÖ dessutom.

Förslaget att utbildningsnämnden skall ta över särskolan inom landstingen är också mycket märkligt med tanke på att den enda undervisning som den f n handlägger gäller vuxna!

Hur har då frågan om ändrat huvudmannaskap kommit upp frågade slutligen Lennart Wessman. Också på den frågan svarades det att reformer och önskan efter reformer växer fram successivt. Man måste ta ställning till en princip och sedan försöka genomföra den på bästa sätt. Delaktigheten är en sådan princip. Lars Bolander fastslog att det är ideologiskt fel att särskilja en grupp barn och det ansåg också majoriteten av kommitténs medlemmar.

Konferensens andra dag ägnades åt bl a BDU-utredningen, sekretesslagen och särskolans lärarresurs.

Om BDU-utredningen talade skolkonsulent Kenneth Eklindh som berättade att han känner sig helt uppgiven när skolans mål diskuteras. Alla elever skall lära sig tala, läsa och skriva och helst också bra!

Men skall det inte vara en skola för alla? Hur går det då med de döva, blinda och utvecklingsstörda barnen? Vad skall man lära dem och var skall de läras? Undervisningen är f n uppdelad i olika regioner för olika handikapp och hur går det om eleven har flera handikapp? Att det är olika huvudmän för undervisningen gör inte det hela lättare. Man skall dessutom ha en helhetssyn på eleven. Ofta skyller man på att det är olika huvudmannaskap för att slippa göra något. Reselärarna har en omöjlig uppgift med alldeles för stora regioner och det har visat sig vara svårt att få behöriga sökande till dessa tjänster. Att samla eleverna i centrala skolor har visat sig gå bra så länge de väl är där, men hur det skall ordnas för dem efter skolans slut är ännu en olöst fråga.

När det gäller sekretesslagen fick vi veta att den beträffande skolfrågor är skriven för ett primärkommunalt huvudmannaskap. Särskolan behandlas i 7 kap. § 1 medan 7 kap. § 9 behandlar övrig skola. Denna bristande överensstämmelse har påpekats inför den kommande översynen av lagen. Det meddelades vidare i denna information att klasslistor, kataloger och beslut om elevs uttagning till specialundervisning är offentliga handlingar och att den som har en handling i sin vård, bör också på anmodan svara för utlämnandet av densamma.

Särskolans lärarresurs redovisades i konferenshandlingarna och diskuterades i samband med besparingsåtgärder. Ev skall 2 % av statsbidraget till särskolan dras in och det finns då alternativa åtgärder att vidtaga. Lennart Wessman nämnde några:

Man kan dra in på möjligheten att anställa eller tillsätta vikarier, man kan se över fördelningen av lärartimmar eller man kan ändra på statsbidraget. Det kan kanske också sättas ett generellt tak för specialundervisningstimmar.

Konferensens sista punkt var information om en del projekt som är på gång. AMS ämnar bedriva uppsökande verksamhet för förtidspensionärer. Det skall inrättas resursinstitut på sju försöksorter i landet och dessa resursinstitut skall hjälpa de personer som har svårast att få någon anställning. Mer information om detta är tänkt att sändas ut från projektgruppen under nästa år.

Från Kopperbergs län informerades om ett hjälpmedelsprojekt med syfte att få fram bättre och billigare hjälpmedel för de svårast drabbade. Nordiskt samarbete hade redan kommit igång på idéplanet, man vill få in en annan och vidare innebörd i hjälpmedelsbegreppet och dagcentren kan sedan få tillverka och distribuera resultaten.

Konferensen avslutades med att Lennart Wessman påpekade att det finns mycket positivt i omsorgskommitténs betänkande och att även direktiven innehåller tankvärda saker och konferensdeltagarna uppmanades av värdlandstingets länskolinspektör att taga med sig hem det utvecklingsarbete som betänkandet bör föra med sig. En uppmaning som härmed vidarebefordras till omsorgsverksamhetens psykologer.

Brita Ryde-Brandt

# POMS-konferens om kriser

Rättelse: Genom ett beklagligt misstag kom en sida bort i referatet om POMS kris-konferens i förra numret av POMSbladet. Referatet publiceras därför igen i sin helhet.

*"På Fagerudd, ett idylliskt beläget pensionat vid Mälaren strax utanför Enköping, samlades vi ett trettiotal POMSare och en representant för KOMS för att under två marsdagar fördjupa oss i problematiken kring kriser och krisbemötande", skriver här Catharina Ekermo och Gunilla Elinder.*

Ett ständigt aktuellt område som många av oss känner osäkerhet inför. Ämnet har länge stått på önskelistan och har föregåtts av POMSbladets temanummer om kriser. Det var alltså en förväntansfull skara som samlades.

Brita Lindroth hälsade oss välkomna och avdramatiserade den traditionella presentationsrundan genom att i stället låta oss sitta ned på golvet och med hjälp av olika lekar trumma in så många förnamn som möjligt. Dessa lekar hade också den effekten att de på ett påtagligt sätt gjorde att vi vågade närma oss varandra. Den atmosfär som uppstod lade grunden till det vidare samarbetet både i smågrupperna och i den stora gruppen.

Eva Jonsson, som sedan ett halvår arbetar som omsorgspsykolog i Uppsala län, inledde. Eva har tidigare under många år arbetat inom vuxenpsykiatri i Sundsvall och Umeå. Hon har även undervisat, vilket var uppenbart i hennes väl genomförda anförande där hon på ett pedagogiskt och bra sätt varvade teori med praktiska exempel från sin egen vardag.

Eva gick igenom olika kristeorier från Eric Lindemans pionjärarbete i USA, där han undersökte krisförloppet hos anhöriga till de ungdomar som omkom då nattklubben Cocanut Grove brann ner.

Hon kommenterade också arbeten av Kaplan, Bjerre, Cullberg och Feigenberg. Eftersom Eva också arbetat inom långvården kom hon naturligt in på krisarbetet med döende patienter och i samband därmed också Elizabeth Kübler-Ross' sätt att närma sig döende.

Eva poängterade hur litet uppmärksamhet och intresse man ägnat åt kriser av olika slag och hur litet kunskap som finns även hos personal som så gott som dagligen har hand om människor i kris. På grund av okunnigheten är man ofta rädd för de naturliga uttryck som krisen innebär. Sorg, separation och döende är tabu och våra verkliga behov vid kriser är många gånger oklara. Här behövs mycken kunskap och bearbetning av egna känslor.

Evas inlägg väckte många starka känslor och funderingar bl a kring de människor vi arbetar med. En del av dessa känslor hade vi möjlighet att ta itu med i smågrupperna. Vi uppskattade här särskilt att det i smågrupperna inte fanns några krav på återföring till den stora gruppen. Vi förlorade alltså ingen tid på att förbereda "ambitiösa redogörelser". Detta bidrog till att grupperna snabbt kom i gång och det enda viktiga blev vad som hände i gruppen "här och nu". Grupperna arbetade helt oberoende av varandra med det som kändes angelä-



get. I en grupsittning bearbetade vi exempelvis våra egna känslor kring döden. Vi kom sedan in på aktuella krissituationer i arbetet. Många grupper använde sig av rollspel.

Under kvällen fortsatte vi krisbearbetningen på ett mer lättsamt sätt genom att bl a sjunga gamla schlager som tog upp teman från krisens olika faser.

Under andra dagens förmiddag fortsatte grupparbetet, vilket var en fördel eftersom vi då fick tillfälle att jobba vidare med problemställningar från första dagen.

Senare på förmiddagen kom Lars Björklund, som berättade om sitt arbete som sjukhuspräst vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Sjukhusprästen möter bl a döende människor och föräldrar till döende barn. Nöddop och andra ritualer hör också till arbetsuppgifterna, liksom att finnas till hands när någon har dött. Lars berättade inlevelsefullt om kontakten med människor i kris på ett sjukhus, där hans ambition är att i första hand ställa upp som medmänniska.

Han framhöll att det ofta är positivt med ritualer i situationer då man är i kris och allt är kaos. Ritualerna hjälper till att strukturera tillvaron. Han berättade om hur han följt med föräldrar till barnkliniken för att de skulle få se sitt missbildade barn och om hur lättade de ofta blivit, eftersom fantasierna många gånger är värre än verkligheten.

Han framhöll det viktiga i att människor ser och upplever döda anförvanter. Förr ingick ju likvakan, då alla i familjen var med, som en naturlig del i sorgearbetet. Lars ansåg att barn i de flesta fall bör få vara med och ta farväl av en död anhörig. Om de hålls utanför skapar detta hos dem många gånger groteska föreställningar om döende och död.

Lars talade också om den döende patienten och om hur förödande det måste kännas när ingen medicin längre hjälper och alla har givit upp. Anhöriga kan då känna det svårt att komma på besök när det inte längre finns något hopp. Men egentligen är det just då som det är avgörande viktigt att inte överge patienten. Det väsentliga är inte att säga de rätta sakerna, utan att finnas nära. Personalen måste också få tillfälle att bearbeta sin egen ångest, så att de vågar möta döende patienter på ett riktigt sätt.

Den sista talaren var Maj-Britt Olsson, familjerådgivare i Uppsala. Kanske var det litet otacksamt att komma efter Lars - många av oss var helt uppfyllda av allt vi hört. Maj-Britt berättade om äktenskapskriser och skilsmässa. Hon framhöll bl a som en viktig omständighet att parterna i en äktenskapskris ofta har kommit olika långt i sin process mot beslut om skilsmässa. Många behöver då få chans att fortsätta en längre tid ensamma, eftersom de inte känner sig färdiga, utan mest av allt övergivna och förfördelade. På byrå har man därför startat grupper med just sådana "övergivna", något som visat sig vara ett mycket bra initiativ, som i många fall fungerat bättre än enskilda samtal. Förutom att gruppen givit en hjälp i bearbetningen har den ofta också erbjudit en väg ur den isolering, som för det mesta blir följd av en separation.



# ÅRE · KONFERENSEN

- STAFFAN STÅHLFORS RAPPORTERAR

HUR DRABBAS DE UTVECKLINGSSTÖRDA AV EKONOMISK ÅTSTRAMNING  
OCH VAD GÖR PSYKOLOGERNA ÅT SAKEN?

Med viss tillfredsställelse läste jag Ingrid Liljerots artikel i Poms-bladet nr 50, där hon lyfter fram tänkbara risker för en sämre omsorgsservice i samband med ekonomiska nedskärningar. Med lika stor tillfredsställelse deltog jag i Poms konferens med temat: Omsorgspsykologiskt arbete i ett kärvare ekonomiskt klimat.

Både artikeln och Poms-konferensen mynnade ut i två budskap, som jag tolkar det; 1) De svaga grupperna i samhället, i vårt fall de utvecklingsstörda, drabbas hårt i ekonomiskt kärva tider. 2) Vi psykologer kan möta denna situation med olika slag av åtgärder. Det är alltså viktigt för oss psykologer att förstå på vilket sätt vi ska möta denna situation. Vi får inte enbart hamna i det läget, som Liljerot delvis gör, att enbart spekulera i vad som kommer att hända. Det är inte inspirerande i längden. Låt oss starta åtgärdsdebatten utifrån den provokativa frågan i slutet av Liljerots artikel: "Vad gör egentligen psykologerna? Gömmer de sig i teamen på omsorgskontoret eller deltar de i de utvecklingsstördas vardag?".

Detta citat inspirerar mig till att ta ansvar för att de psykologiska insatserna i omsorgen kan bli bättre. Ett sätt för oss att bli bättre är att föra en intern debatt, exempelvis i Poms-bladet. Att denna debatt startar nu i detta ekonomiskt kärva läge är i högsta grad lämpligt. Det är förhållandevis billigt att utbyta erfarenheter i sitt jobb och det kostar mycket för de utvecklingsstörda att inte få del av en kvalitativt sett bra omsorg.

Poms-konferensen i Åre, med det till synes dystra temat, blev inte den "begravningskonferens" som jag spontant väntade mig. I stället blev det ett debattillfälle och ett möte med inspirerande föreläsare. Föreläsare som ryckte upp oss ur vår pessimism. Plötsligt uppenbarade sig möjliga initiativ som vi psykologer kan ta in i vår omsorgsorganisation. Jag ska återge några synpunkter som grep mig.

Rose Marie Eliasson, som pratade under temat: Vårdidiologiernas förändring under ekonomiskt svåra tider, ställde de centrala frågorna: "Vad ska förändras, d v s definiera målet? Hur skall det gå till? Vilka förutsättningar krävs?". Dessa tre frågor innebär inget nytt, tycker kanske någon, men frågan är hur långt vi som psykologer ska vara med i diskussionen/processen och ta ansvar för att frågorna får sitt svar. Rose Marie uppmanade oss att inte godta en destruktiv diskussion i stil med "... det sägs att ...". Ja, sannerligen, vi måste göra allt för att bryta sådana dåliga men alltför vanliga diskussioner inom omsorgen.

Peter Söderbaum, som pratade under temat: Ett alternativt sätt att analysera ekonomisk utveckling och besparingsåtgärder, visade på oprövade vägar för oss psykologer. Med hjälp av positionsanalysens metodik kan vi på ett effektivare sätt få gehör för psykologiska synsätt. Och effektiviteten ligger i att vi deltar i diskussioner där andra yrkesgrupper och begreppssapparater existerar, d v s vi bör klara av psykologiska diskussioner i flera "positioner". De flesta av oss är med när de olika valsituationernas karaktär ska belysas, när vi vill visa att vissa åtgärder gagnar individens välbefinnande och andra åtgärder är skadliga. Men borde vi inte också vara med i nästa steg av diskussionen, där man tvingas att också ta hänsyn till andra faktorer exempelvis organisatoriska, ekonomiska m m. Genom att vi psykologer ibland presenterar lösningar som är svåra att realisera i omsorgens verklighet blir vi nonchalerade och vår analysförmåga förlorar till sist sin trovärdighet.

På motsvarande sätt måste vi psykologer "släppa in" omsorgsplanerarna till vårt kunskapsfält. Vi måste låta dem ta del av de generella angreppssätt vi har att erbjuda.

Här nedan följer ett sätt att beskriva olika typer av psykologinsatser, framsprungna ur en het diskussion mellan personalen på ett vårdhem, jag som psykolog och verksamhetsledningen.

Bakgrunden var den ganska vanligt förekommande. En otillräckligt förankrad överenskommelse om hur psykologen ska arbeta på vårdhemmet. Resultatet blev att personalen började ifrågasätta min närvaro när det blev kärvt och pressande i vårt samarbete. Verksamhetsledningen drogs in i detta ifrågasättande och därmed fanns det ingen möjlighet att ta sig ur den kris som egentligen handlade om svåra ställningstaganden i arbetet.

Ur vår diskussion framkom ändå något konstruktivt, nämligen ett försök till beskrivning av hur olika typer av psykologinsatser på vårdhemmet kan se ut (se schema). Därefter kunde parterna tillsammans diskutera sig fram till vilken typ av psykologinsats som var bäst.

Ett sådant "kontrakt" ger alla parter trygghet, var och en utifrån sin yrkesposition.

	psykolog	läkare	sjukgymnast
arbete i nära anslutning till patienten/vårdtagaren	1.terapi 2.vara modell för realistiskt beteende		1. arbete med patienter 2.instruktion till personal
handledning	dialog som grundar sig på personalens erfarenheter och psykologiska kunskaper	dialog - personalens erfarenheter och medicinska kunskaper	
P-grupper	handledning (som ovan) samt att deltagarna är beredda att ta upp personligt känsliga konflikter		
undervisning	lära ut psykologi, personal omsätter kunskaperna självständigt i sitt arbete	lära ut medicinska kunskaper, personalen omsätter kunskaperna självständigt i sitt arbete	lära ut sjukgymnastik, personalen omsätter kunskaperna självständigt i sitt arbete
intervjuare	utredningar, personalen avger information		

Schemat fick det här utseendet och för att ytterligare förtydliga psykologiskt arbetssätt placerade jag in två kända yrkesgrupper.

För att återgå till den ursprungliga frågan, vad kan psykologerna bidra med i ett ekonomiskt kärvare arbetsklimat, så skulle det bli a kunna vara detta. Att på olika sätt bli tydligare på vad vi har att erbjuda för kunskaper. Då kan vi vara med mycket längre i omsorgens planeringsdebatt, då är vi en yrkesgrupp att räkna med hos flera yrkeskategorier. Kom ihåg, den kunskap vi besitter är livsviktig för omsorgsverksamheten!

## Nya medlemmar

Lasse Larsson, Karlavägen 41 A, 736 00 KUNGSÖR  
tel: bost: 0227/121 23, arb 0227/122 51

Eva Albinsson, Dimgatan 7, 754 31 UPPSALA  
Tel: bost: 018/10 88 29, arb 0762/781 75

Eva Arvidsson, Tallåsliden, Tallåsvägen 4, 831 42 ÖSTERSUND  
adress bostaden: S:a Gröngatan 25, 831 35 ÖSTERSUND  
Tel:bost: 063/11 03 74, arb 063/14 76 88

Lena Niklasson, Knektevägen 51, 433 69 PARTILLE  
Tel: bost: 031/26 13 78, arb 031/60 31 39

Anne Holmström: Glimmervägen 9B, 752 41 UPPSALA  
Tel: bost: 018/14 19 23, arb 0220/432 80

Anna Kahn, KarlsrOgatan 7, 752 38 UPPSALA  
Tel: bost: 018/12 15 35

Eva Mohlin, Bokvägen 12; 461 44 TROLLHÄTTAN  
Tel:bost:0520/378 25, arb 0322/450 20

Owe Fred, Västra Nygatan 23, 502 65BORÅS  
Tel: bost:033/13 29 57, arb11 70 00/ 1797

Jan Gustafson, pl 21 24 KRISTINEBERG, 450 34 FISKEBÄCKSKIL  
Tel: arb: 0522/ 720 00



INACKORDERINGSHEMSBOENDE FÖR  
UTVECKLINGSSTÖRDA - en studie  
i Stockholms läns landsting.  
Psykologexamensarbete vår-  
terminen 1980 av Marie Janse  
och Inger Nilsson.

Inackorderingshemmen har under 70-talet kommit att bli en för stora grupper för-  
ståndshandikappade personer viktig bo-  
stadsform. Utvecklingen av inackorderings-  
hemmen har varit olika i olika landsting.  
Genomgående har varit, att stora grupper  
utvecklingsstörda har flyttat från vård-  
hem till inackorderingshem och därigenom  
fått en mer integrerad bostad och livs-

situation. Många har naturligtvis också flyttat från sina föräldrahem till  
inackorderingshem. Målsättningen med inackorderingshem är, att ge utvecklings-  
störda en chans till bra bostad. Diskussioner har förts på många håll om hur  
lägenheterna i inackorderingshemmen skall vara belägna för att erbjuda bra  
livskvalitet. På många håll har omsorgsförvaltningen varit utlämnad till den  
allmänna bostadssituationen för att finna bostäder, vilka kommit att hamna i  
såväl låghus som höghusområden och i stor utsträckning i relativt nyproducerade  
förortsområden.

I den uppsats som Marie Janse och Inger Nilsson skrivit redogörs för olika  
kvalitéer i bostadssituationen, bl a såsom de definierats av Mats Bäckman. Den  
i mitt tycke mest intressanta delen av uppsatsen är emellertid jämförelsen  
mellan två inackorderingshem, ett i ett låghusområde och ett i ett höghusom-  
råde. Inackorderingshemmet i låghusområdet är beläget i ett område om enbart  
tvåvåningshus omfattande ca 150 lägenheter fördelade på 14 hus. Inackorderings-  
hemmet i höghusområdet ligger i 12-våningshus med ca 150 lägenheter per fastig-  
het. I varje område bor 8 utvecklingsstörda personer på resp inackorderingshem,  
samtliga lindrigt eller måttligt utvecklingsstörda. De arbetar på skyddad verk-  
stad, dagcenter eller öppna arbetsmarknaden. I uppsatsen beskriver författarna  
vardagsmönstret på inackorderingshemmet. Ett vardagsliv som visar att man lever  
på ganska likartat sätt i de två bostadsområdena.

Författarna har också intervjuat personalen om deras synpunkter på inacket och miljön. Här finner man inte oväntat, att personalen i låghusområdet är mer nöjd med bostadsmiljön än personalen i höghusområdet. Samma är förhållandet när författarna intervjuat grannarna till inackorderingshemmet. I låghusområdet visade det sig relativt svårt att komma tals med grannarna. Flera hyresgäster öppnade inte och någon var inte villig att ställa upp för intervju. I höghusområdet hade författarna lättare att komma till tals med grannarna. Grannarna i låghusområdet var mer positiva i sina uttalanden om bostadsområdet än grannarna i höghusområdet. Intervjun gällde också grannkontakterna och kontakterna med de utvecklingsstörda på inackorderingshemmet och med personalen. Här visar det sig att umgänget mellan de utvecklingsstörda och grannarna var mer utvecklat, mer frekvent och djupare till sitt innehåll i höghusområdet än i låghusområdet.

De båda bostadsområdena skiljer sig åt, inte bara till husens höjd, utan också till befolkningsstrukturen. I höghusområdet finns en större andel invandrare och ensamstående än i låghusområdet. I båda områdena har alla intervjuade noterat, att en handikappgrupp bor i området. I låghusområdet hälsade man aldrig på dom utvecklingsstörda, medan samtliga intervjuade i höghusområdet hälsade på dom boende på inacket. I höghusområdet hade man även ibland besök av de utvecklingsstörda i sina lägenheter. Fem av de intervjuade i höghusområdet pratade ibland med dom utvecklingsstörda. På detta sätt föreligger alltså klara skillnader mellan dom boende i dom båda områdena, både vad gäller allmänna grannumgänget som kontakterna mellan grannar och utvecklingsstörda.

Dessa undersökningsresultat som har sammanfattats mycket summariskt diskuteras i en omfattande slutdiskussion av författarna. De jämföres med resultat av andra bostadsundersökningar och finner att deras resultat skiljer sig från vad man funnit i andra sammanhang. Höghusområdet "borde" ge färre sociala kontakter och mindre grannumgänge. Här är det tvärtom. Man pekar också på att många av Stockholms omsorgsnämnds inackorderingshem ligger just i "dåliga" bostadsområden. I höghusområdet finns ett embryo till en social integrering säger författarna. Utvecklingsstörda besöker grannar och umgås något. Någon granne har fått hjälp från inackorderingshemmets personal, t ex lånat saker. Detta förekommer aldrig i låghusområdet. Orsakerna till olikheterna i den relationen och umgänget med de utvecklingsstörda kan ha varierande ursprung. Sannolikt upplevs de



utvecklingsstörda som bor på inacket i höghusområdet, som mindre avvikande än dom utvecklingsstörda som bor i låghusområdet, därför att i höghusområdet är det en mer heterogen grupp människor som bor. Uppfattar även de utvecklingsstörda sig själva som mindre avvikande i höghusområdet än i låghusområdet ??? Den sista frågan låter författarna vara obesvarad och den förblir obesvarad efter undersökningen. Personligen saknar jag intervjuer med de utvecklingsstörda på området. Det tycks mig som en brist att författarna inte försökt få de utvecklingsstördas synpunkter med i sin redovisning.

Hans Wrenne, O-län.

# EFTERLYSNING.

## GRANSKAPSARBETE MED UTVECKLINGSSTÖRDA OCH PERSONAL I INTEGRERAT BOENDE

Under hösten kommer jag att hålla i ett projekt som syftar till att få mer kunskap och erfarenhet om hur granskingsarbete med utvecklingsstörda och personal i integrerat boende skulle kunna se ut. I detta sammanhang är jag mycket intresserad av att komma i kontakt med personer som varit med om eller känner till verksamhet av mer socialt utåtriktad karaktär. Detta gäller både när integrerade boendeenheter startar och när de blir mer etablerade.

Hur har det gått till när integreringen skett? Hur har informationen gått till? Vem har informerat och när? Finns det exempel på hur man genom olika aktiviteter har ökat kontakten mellan granskning och de utvecklingsstörda och boendepersonal? Hur har man tacklat negativa reaktioner från omgivningen i samband med inflyttningen? Finns det exempel på hur det genom en ökad samverkan mellan kommunala organ och vår verksamhet blivit bättre förutsättningar för en bra inflyttning?

Frågorna är många och komplicerade. Jag är som sagt intresserad av att komma i kontakt med personer som kan hjälpa mig att finna svar på dessa frågeställningar. Så vet Du om det finns något dokumenterat eller om Du har synpunkter som kan vara mig till hjälp i projektet är jag tacksam om Du vill ringa eller skriva till mig. Jag är intresserad av både smått och stort.

Peter Brusén  
Omsorgsnämndens distriktskontor  
Optimusvägen 14  
194 34 UPPLANDS VÄSBY

tel 0760/881 20.

# Styrelsens sida

Den nya styrelsen konstituerade sig efter årsmötet vid ett sammanträde den 15 september och ser nu ut så här:

Ordf. Brita Lindroth Seminariegränd 3, 752 28 Uppsala  
Vice ordf. Maj Thunman Diskusgatan 114 722 40 Västerås  
Sekreterare Inga Sommarström syrentunet 18 181 48 Lidingö  
Vice sekreterare Gunnel Winlund Lyckovägen 28 343 00 Älmhult  
Kassör Kersti Åresund Kläringe 740 60 Örbyhus  
Vice kassör Boel Lindholm Holländareplan 5 292 00 Karlshamn  
Övriga ledamöter  
Gunilla Elinder Presidentvägen 6 122 36 Enskede  
Ann-Christin Sundin Thorlund, Munktorp 731 00 Köping

Vid ett styrelsemöte i början på oktober diskuterade vi bl.a. POMS-bladets framtid. Om det står att läsa på annat ställe i detta nummer.

Vi planerade bl a konferensverksamheten fram till och med nästa sommarkonferens. Detta brukar vi vanligen göra tillsammans med kretsombuden, men tyvärr hade det bara infunnit sig ett kretsombud, så vår planering måste denna gång ske utan det stöd från kretsarna som vi skulle behöva.

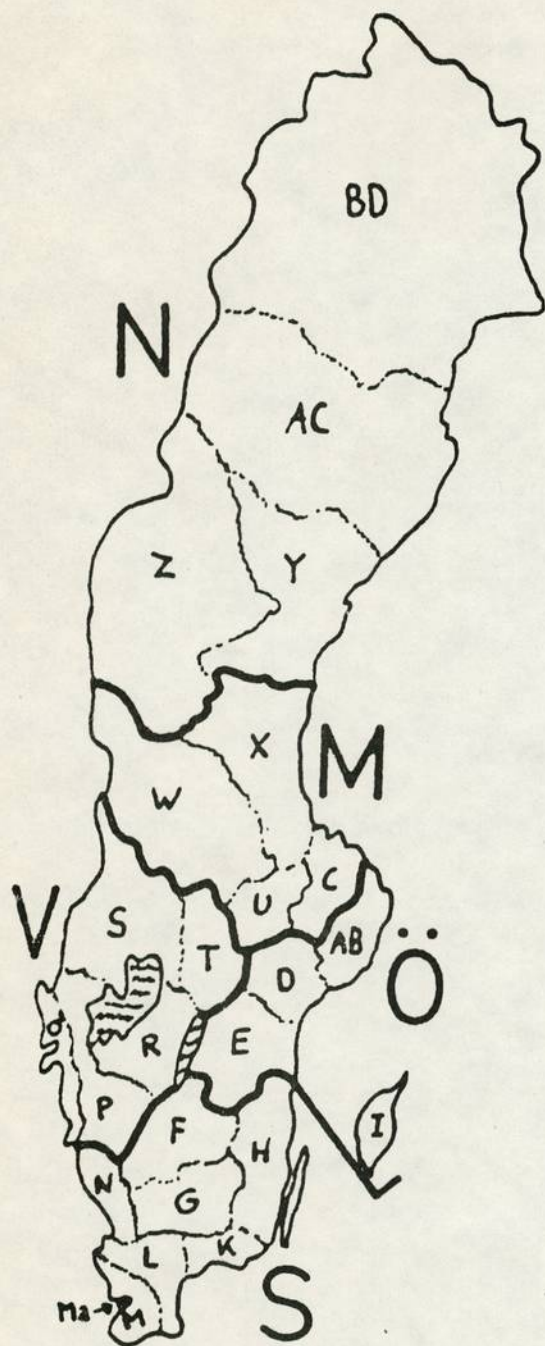
Angående konferenserna kom vi fram till följande:

1. En arbetskonferens kommer att äga rum under vecka 12. Temat för denna konferens kommer att bli ungefär " Psykologens roll i arbetet med nya boendeformer".
2. Sommarkonferensen blir sannolikt under vecka 24.

Mer detaljer kring konferenserna kommer senare.

Höstens styrelsesammanträden, som är öppna för alla POMS-medlemmar bestämdes till den 13/11 i Västerås och den 11/12 i Stockholm.

# Kretsombud



## För norra kretsen:

Karl Göran Sundqvist, Umeå  
tel bost 090/ 11 91 43  
arb 090/ 16 22 49

ers Björn Lövman,  
tel bost ?  
arb ?

## För mellansvenska kretsen:

Jörgen Haraldsson, Mora  
tel bost 0250/ 136 69  
arb 0250/ 149 00

ers Anders Bond, Hedemora  
tel bost 0225/ 134 35  
arb 0225/ 121 20

## För östra kretsen:

Inger Nilsson, Stockholm  
tel bost 0756/ 325 43  
arb 08/ 760 25 85

ers Sara Wallin                      Christer Lindman  
tel bost 08/ 97 74 87      bost 0760/ 190 12  
arb 08/743 03 00      arb 08/ 14 06 00

## För västra kretsen:

Carl Kullgren, Vänersborg  
tel bost 0521/ 147 52  
arb 033/ 11 70 00

ers Eva Frisk, Floda  
tel bost 0302/ 341 14

## För södra kretsen:

Håkan Christiansson, Halmstad  
tel bost 035/ 408 97  
arb 035/ 360 50

ers Björn Fahlén, Falkenberg  
tel bost 0346/ 815 22  
arb 0346/ 512 50

# POMS bladet

**Organ för föreningen**

**Psykologer inom omsorgsverksamheten**

I detta nummer bl a

- konferensrapporter
- inlägg från POMS International
- debattinläggen om fosterdiagnostiken fortsätter
- sammanställning av debatten i DN kring socialstyrelsens tillsynsfunktion
- inlägg från ett par kretsombud
- ALA-nytt
- presentation av kommande kurser
- styrelsens sida m m
- som bilaga POMS' svar på Omsorgskommitténs betänkande

**NR 52**

**DEC 1981**

# Kära läsare!

Här kommer POMS-bladets andra höstnummer! Vi är glada över att i detta nummer kunna presentera POMS' svar på omsorgskommitténs betänkande i sin helhet. Svaret medföljer som bilaga. I övrigt innehåller detta nummer rapporter från två konferenser, dels från föreningen för kliniska psykologer och dels från KOMS. Vidare två artiklar från POMS' International, fortsatt debatt om prenatal diagnostik och DN's ledarartiklar om Socialstyrelsens tillsynsfunktion. Diskussionen om kretsarnas vara eller icke vara fortsätter i detta nummer.

Som första nummer under våren planerar vi ett temanummer. Det kommer att handla om hur vi som psykologer kommer in i arbetet kring nya integrerade boendeformer för utvecklingsstörda. Vi tror att det kan vara intressant att diskutera olika erfarenheter från små integrerade boendeformer, så att vi kan skapa en debatt om hur man bäst skall utforma dessa.

Frågeställningar som kan vara intressanta är:

- hur bör utflyttningen ske?
- vilket stöd behövs?
- vilka fördelar respektive nackdelar upplever de utvecklingsstörda respektive personalen?

Under senare år har målsättningen vad beträffar boendeformer för utvecklingsstörda förändrats. De stora vårdhemmen avvecklas successivt. Olika slag av små integrerade boendeformer växer fram.

Hur skall vi som psykologer bäst kunna ge stöd i denna process? Har ni erfarenheter från detta så dela med er! Under vecka 11 kommer en arbetskonferens med detta tema att äga rum. För att förbereda arbetskonferensen vill vi diskutera denna problematik. Manusstopp för detta nummer är sista januari 1982.

I detta nummer av POMS-bladet har följande medverkat: Kristina Norén, Catharina Ekermo, Gunilla Elinder och Karin Kahlin.

Tills vidare är vi kontaktpersoner för POMS-bladet. Våra adresser är:

Kristina Norén, Omsorgskontoret, Box 20033, 104 60 Stockholm

Gunilla Elinder, Presidentvägen 6, 122 36 Enskede

Catharina Ekermo, Kubbegatan 14, 123 54 Farsta

Karin Kahlin, Riksrådsvägen 81, 121 60 Johanneshov

Vi önskar Eder alla en fröjdefull jul!

Redaktionen

KRETSOMBUD! HÄR KOMMER EN UPPGIFT FÖR ER:

FRÅGOR OM TESTANVÄNDNING

Från Psykologförbundet har alla yrkesföreningar fått en förfrågan om hur man använder test i sitt arbete. En arbetsgrupp har tillsatts för översyn av Psykologiförlagets produktion. Bertil Mårdberg är ordförande i denna arbetsgrupp och han har ställt oss några frågor som vi ber att kretsombuden åtar sig att besvara.

1. Vilka test (instrument och standardiserade mätningförfaranden) och andra hjälpmedel används?
2. Vem har ansvaret för anskaffning av dessa och hur sker anskaffningen?
3. Vem ansvarar för materialet på arbetsplatsen?
4. Har icke-psykologer tillgång till testmaterial? Använder de testen?

Ge även gärna synpunkter på de problemområden som arbetsgruppen skall behandla, säger Bertil Mårdberg.

Svar till Inga Sommarström eller någon annan i POMS' styrelse senast den 14 januari 1982!

# POMS har i höst representerats på två viktiga konferenser.

## RAPPORT från KOMS årliga konferens, 10 - 12 november 1981.

Konferensen anordnades av Älvsborgs läns kuratorer och gick av stapeln i Alingsås, de många caféerna och bageriernas stad och hade samlat ett 60-tal deltagare.

Konferensen dominerades av Omsorgskommitténs betänkande men innehöll även annan information av betydelse för framtidens omsorger.

Socialstyrelsen representerades av Ingrid Gunnäs, som redogjorde för socialstyrelsens nya organisation från 1/7 1981. Då socialstyrelsen 1968 slogs ihop med dåvarande medicinalstyrelsen lades tyngdpunkten på sjukvården eftersom socialstyrelsen hade en annan bakgrund.

Den nu genomförda omorganisationen är ett försök att lägga större vikt vid andra verksamheter och har medfört en striktare uppdelning mellan hälso- och sjukvård samt mellan övriga avdelningar. Socialstyrelsens framtida uppgifter kommer att bli färre då mer ansvar läggs ut på kommuner och landsting.

Ingrid Gunnäs påpekar att socialstyrelsen aldrig haft sanktionsmöjligheter mot landstingen. Har endast haft befogenheter att lägga ned en illa skött institution. Denna rättighet kommer att finnas även i framtiden.

Ann-Charlotte Carlberg och Lars Bolander, som båda ingår i Omsorgskommittén, Lars Bolander som dess huvudsekreterare, redogjorde för arbetet med och tankarna bakom Omsorgskommitténs betänkande.

Lars Bolander gav bakgrund till varför Omsorgskommittén tillsattes och fick sitt utredningsuppdrag.

Mellan åren 1975-76 tillsattes en utredning, som skulle utreda hälso- och sjukvårdslagstiftningen i landet. Samma utredning skulle även se över omsorgslagstiftningen, vilket dåvarande socialministern Rune Johansson ställde sig tveksam till. Det gjordes därför en förfrågan ute i landet som resulterade i att Omsorgslagen skulle utredas separat. 1977 tillsattes den omsorgskommitté, som nu utkommit med sitt betänkande. Lars Bolander menar att det är viktigt att ha klart för sig denna bakgrund när man frågar sig varför omsorgerna nu utreds då det fungerar bra och utvecklingen går framåt. Han anser att situationen är helt annorlunda för handikappade i den nu gällande lagstiftningen. Det fodras dock en komplettering till § 21 i socialtjänstlagen för de speciella handikappgrupperna och det är denna komplettering som finns föreslagen i Omsorgskommitténs betänkande.

I direktiven till kommittén angavs att utreda förutsättningarna för samordning av habilitering och samverkan med andra samhällsorgan. Detta direktiv medförde att andra handikapp kom att ingå i personkretsen. Behoven av omsorger skall vara styrande ej arten av handikapp. Lars Bolander redogör sedan för personkretsen vad gäller handikappade barn och ungdomar. Då deltagarna i konferensen uttrycker tveksamhet inför vilka som kommer att ingå under gruppen - vissa andra med intellektuell funktionsnedsättning hänvisar han till de 4 kriterier som anges i betänkandet (s.437).

Han poängterar att LHO är en pluslag och inskränker ej ansvar enl. andra lagar. Det anses nödvändigt att precisera vad pluslagen innebär eller omfattar, varför detta fått utrymme i en särskild paragraf (§ 5). § 6 som anger rätt till särskilda omsorger enl. § 5 ger också rätt till att klaga om rätten ej erhålles. Länsrätten föreslås som besvärmyndighet, vilket ses som en klar fördel eftersom samma myndighet är besvärsinstans för socialtjänstlagen och koppling där kan ske till kommunernas ansvarsområde. När det gäller tillsyn anser Lars Bolander att debatten fått alltför stora proportioner. Han betonar att socialstyrelsen ej kommer att försvinna som tillsynsmyndighet.

Tillsyn kommer att ske dels på statlig nivå och dels på lokal nivå. Den statliga tillsynen skall tillse att likvärdig standard upprätthålles och den lokala tillsynen skall ta tillvara den enskildes rättssäkerhet. Han nämner förtroendenämnderna som besvärsinstans även för de som kommer att omfattas av LHO. Denna utgör nu en instans för klagan på Landstingens sjukvårdsinrättningar. Enl. Lars Bolander förväntas riksdagen fatta beslut ang. LHO under 1982. Han anser det realistiskt med en eventuell övergång 1/1 1984.

Ann-Charlotte Karlberg fortsatte därefter redovisningen av kommitténs arbete. Hon börjar med att hänvisa till familjestödets uppbyggnad som måste ligga ett steg före förslaget och omfatta dels praktiskt och dels psykologiskt familjestöd.

Ann-Charlotte nämner viktiga psykologiska stödåtgärder såsom första information, kristerapi och krisbearbetning. Kommittén har konstaterat att det ej finns förutsättningar idag att ge familjer stöd i form av kristerapi, vilket bl a beror på bristande kompetens ute i landet och låg tillgång på utbildade kristerapeuter. Som ytterligare psykologisk stödåtgärd nämner hon rätten till föräldrautbildning.

Familjer med barn med handikapp skall ha rätt att deltaga i den allmänna föräldrautbildningen men detta anses ej tillräckligt. Dessa föräldrar har behov av att träffa andra i liknande situationer.

Omsorgskommittén stöder Barnomsorgsgruppen som tagit upp denna problematik. Kommittén vill också stödja handikapporganisationernas föräldrautbildning och stödåtgärder. Kommittén ser bristerna i fortgående information och kontakt, som ett organisatoriskt problem, vilket ledde till tanken om samordnad habilitering.



Ann-Charlotte Karlberg liksom Lars Bolander betonar att det är de gemensamma behoven hos de handikappgrupper som omfattas av LHO som skall vara utgångspunkten och ej de särskilda behoven.

I anslutning till föregående föreslår hon - att befintliga kris-terapeuter ges handikappskunskap - att föräldrautbildning för enbart familjer med handikappade barn läggs på organisationen om samordnad habilitering - att fortlöpande kontakt går in under den samordnade habiliteringen.

Landstingen föreslås som samordnare av insatserna för samordnad habilitering. De förslag som framlagts ang. medlemmar i distriktslagen skall ses endast som exempel. Utgångspunkten måste vara landstingens befintliga organisationer.

Basgrupperna inom den samordnade habiliteringen föreslås utgöras av utvecklingsstörda, rörelsehindrade och barndomspsykotiska. Avsikten är att man så småningom även skall kunna rikta sig mot andra handikappgrupper. Behov av omsorg och arten av omsorg kommer att vara olika i olika skeden av barnets liv. LHO skall ses som ett sätt att få tillgång till samhällets omsorger av olika slag.

Distriktslagens uppgift blir bl a att hjälpa de handikappade tillrätta. Åldersgränserna skall vara flexibla, personer som uppnått 20 års ålder skall ej utestängas från habiliterande insatser om de inte uppnått den grad av självständighet som förväntats. Distriktslagen får en viktig funktion när det gäller det praktiska stödet både direkt och som påtryckningsgrupp när det gäller praktiskt stöd enl. socialtjänstlagen.

När det gäller behov av personlig vårdare föreslås kommunens ansvar gälla för anskaffandet och distriktslagen ge stöd, handledning och utbildning. Distriktslagen skall tillsammans med familjen vara beställare av omsorger hos resp. huvudmän.

Ansvaret för annat enskilt hem kan ligga inom socialtjänsten, men eftersom de är starkt knutet till avveckling av institutionerna bör ansvaret ligga hos habiliteringsnämnderna. Institutionsboendet bör vara avvecklat inom 5 år efter LHO:s ikraftträdande och ersättas av grupphem med högst 4 boende och med klärt uttalade kvalitetskrav.

Ann-Charlotte Karlberg fortsatte med att tala om boendet för barn, som är en specialitet för sig och ej bör sammankopplas med andra specialiteter såsom skola. Elevhemmet föreslås i betänkandet övergå till vårdsidan som därmed kommer att handha allt boende. I detta sammanhang refererar hon till en artikel i läkartidningen (nr 7:81) skriven av professor Hagberg, där hon ser en risk i horisonten för de gravt handikappades boendesituation, nämligen en utveckling av elevhemmen till medicinska inrättningar.

Hon ställer frågorna. Behövs särskilda medicinska enheter för utvecklingsstörda barn? Pediatrisk långvård, vad är det?

Lars Bolander anser att debatten om särskolans och huvudmannaskapsfrågan har fått dominera debatten om betänkandet, vilket då överskuggat andra viktiga bitar. Om särskolan nämner han att förskolan som föreslås gå över till kommunerna skall fortsätta med sin strivan mot individuell integrering av handikappade barn. Samtidigt tror han att det fortfarande finns behov av särskilda grupper.

Grundsär- och träningskolan som i betänkandet benämnes stödklasser blir nioårig. Den tionde skolåret läggs på gymnasieskolan/yrkesutbildningen. Han betonar att den särskilda undervisningen skall dimensioneras efter barnens behov och ej efter möjligheterna att få statsbidrag.

Den samordnade specialundervisningen skall bibehållas. Specialskolorna avvecklas. Lars Bolander tar också upp huvudmannaskapet och gör en jämförelse mellan majoritetens uppfattning för ett kommunalt övertagande = 4 ledamöter i kommittén och minoritetens, emot ett kommunalt övertagande = 2 ledamöter + vissa experter. Majoriteten anser att det ej längre finns behovs av att särskilja utvecklingsstörda från grundskolan. Resursgarantierna att all befintlig personal går över till grundskolan så även elevassistenterna och att normtalen för klassindelning bibehålles ställs i betänkandet.

Finns organisatoriska fördelar med ett ändrat huvudmannaskap. Skolskjutsarna kan samordnas och särskolan kommer in i ett tidigare skede i planeringen. En formaliserad individuell planering med föräldrars medverkan bör ske.

Vad gäller vuxenundervisningen påtalar Lars Bolander att vuxna utvecklingsstörda har större behov av vuxenundervisning än andra. Vuxenundervisning skall vara en rättighet för utvecklingsstörda. Vuxensär. bör ingå i Kom.vux. Studiecirkelverksamheten skall vara tillgänglig för vuxna utvecklingsstörda och folkhögskolekurser bör finnas kvar. På frågan om vilken huvudman nuvarande kurator och psykolog får som nu arbetar med skolfrågor, svarar Lars Bolander: "De nuvarande skolkurator resp. skolpsykologresurserna dimensioneras för att ta hand om även denna elevgrupp". Omsorgspsykologen och kuratorn ingår i habiliteringsteamet.

Det psykologiska och praktiska stödet för vuxna föreslås utformas som för barn. Det ses som en naturlig uppgift för socialtjänsten att svara för det praktiska stödet. Det betonas att det sociala stödet bör ändra karaktär från barn till vuxen för att understödja frigörelseprocessen. Distriktslagens uppgift är bl a att tillse att kraven enl socialtjänsten blir tillgodosedda. Distriktslagen för vuxna får i stort sett samma funktion som för barn men får utformas efter nuvarande lokala förhållanden, vilket kan innebära att samma distriktslag arbetar både med barn och vuxna.

Vad gäller bostäder för vuxna kommer enskild bostad att gå in under socialtjänsten medan grupphem kvarstår hos landstinget. Stöd till en person kan utgå från både kommunen och habiliteringsnämnden. Förhoppning uttrycks om att kunna nå skarvgruppen - lindrigt utvecklingsstörda,

som nu ej vill tillhöra omsorgerna men som genom betänkandet ändå kan nås av det stöd och den hjälp som samhället kan erbjuda.

Det kollektiva boendet föreslås avvecklas på sikt. Lars Bolander ser specialsjukhusen som en så gott som avslutad affär, då de flesta landsting redan är i gång med avvecklingen. Bostaden skall ses som en social rättighet och som ett allmänt behov. I de fall där behov uppkommer skall individuella resurser tillföras boendet. Det är ej de speciella behoven som skall styra uppbyggandet av boendet. Lars Bolander betonar att utformningen av grupphemmen skall vara personellt dimensionerade efter behov i boendegruppen. Antalet boende max. 4 och grupphemmen bör ligga i vanliga bostadsområden. Under avvecklingsperioden är det av vikt att det kollektiva boendet inte förslummas, påpekas av kommittén.

Lars Bolander frågar sig varför denna punkt i betänkandet har mötts av ett sådant motstånd. Är det bara de ekonomiska resurserna som är orsaken eller är dagens inackorderingshem så dåliga att man inte vill fortsätta utbyggnaden? Kanske vi inte använt våra kunskaper och resurser rätt för att göra nuvarande inackorderingshem bra?

Kommittén anser vidare att det ej är behövligt att särskilja vissa grupper av utvecklingsstörda som varande i behov av vårdhemsboende. Det skall naturligtvis ställas krav på kvalité i grupphemmen. Att speialsjukhusenheter eller vårdhemsenheter skall döpas om till grupphem är ej kommitténs mening.

Vad gäller arbete och sysselsättning framhåller Lars Bolander att de utvecklingsstörda idag ej finns med i arbetsförmedlingens listor eller ansvarsområde. Dagcenter är idag det enda alternativet för många samtidigt som inte alla får plats på Dagcenter. Mot bakgrund av detta har förslaget ang. arbete- och sysselsättning vuxit fram.

Kommittén menar att stödformer som påverkar och hjälper människor att erhålla arbete också skall göras tillgängliga för utvecklingsstörda. Frågan om kvotlagsstiftning har diskuterats inom kommittén för att få ut utvecklingsstörda på arbetsmarknaden. De skyddade verkstädernas möjligheter att ta emot utvecklingsstörda skiljer sig mycket från landsting till landsting. Kommittén föreslår att 2.800 personer får anställning inom samhällsföretag, vilket kan förverkligas genom att öka utslussningen från samhällsföretag. Ett ökat samarbete mellan dagcenter och samhällsföretag föreslås också.

För de handikappgrupper som är i behov av omsorg i form av Dagcenter skall detta kunna ges på hemorten och utvidgas ätt kunna gälla även de 4.000 som idag ej har daglig sysselsättning. Målsättningen för dagcenter bör ändras så att den vidgar kontakterna med samhället i övrigt. Utvecklingen mot isolerade "dagcenter-slott" bör stoppas.

Kommittén har kritiserats för att ha gjort orealistiska ekonomiska beräkningar. I direktiven till kommittén klargjordes att utredningsförslaget ej får innebära merkostnader. Modellen för beräkning av kostnaden skiljer sig från den som exempelvis används av Svartling i det avseendet att kommittén har gjort sina kostnadsberäkningar vid den tidpunkt när förslaget är fullt utbyggt.

Utgångspunkten har varit 1979 års budget då 3,9 miljarder fanns avsatta. Kommittén kom fram till att ytterligare 280 miljoner skulle krävas. Lars Bolander anser att debatten om de ekonomiska förutsättningarna ej bör föras så länge det ej råder jämlika förhållanden för utvecklingsstörda och andra medborgare. Han pekar då framförallt på det faktum att det i dag finns utvecklingsstörda som ej har tillgång till eget rum.

Efter Ann-Charlottes och Lars' redogörelser följde gruppdiskussioner utifrån följande områden:

1. Lagens utformning - personkrets.
2. Samordnad barnhabilitering.
3. Undervisning.
4. Habilitering för vuxna.
5. Koppling SOL/LHO
6. Socialstyrelsens fortsatt tillsyn?
7. Vård oberodande av samtycke - Handikappades inflytande.

Själv deltog jag i den grupp som diskuterade undervisning. I gruppen deltog också kuratorer som i sin nuvarande situation har kommunen som huvudman. Det framkom tydligt hur olika organisationerna ser ut ute i landet och utgångspunkterna i diskussionen blev därför mycket skilda.

Som alltid på konferenser så hinner man inte med allt som planerats. På denna konferens blev tiden knapp för redovisning av de olika gruppernas diskussioner. Då dessa kommer att sammanställas och redovisar av Älvsborgs läns kuratorer så fort som möjligt, hoppas jag att Ni får det Er till livs trots att jag hoppar över de i min rapport. Kort kan jag väl nämna att KOMS uttalade sig positivt för ett kommunalt huvudmannaskap (efter omröstning) med vissa förbehåll såsom resursgarantier, bevarande av någon form av inskrivningsförfarande samt att behandlingsansvaret för skolbarnen finns kvar hos habiliteringsnämnden.

På onsdagen kom Karl-Axel Johansson från kommunförbundet och informerade om Socialtjänstlagen SoL, som träder i kraft från 1/1 1982. I anslutning till socialtjänstlagen har Rätten till bistånd utgetts. Det framkom under konferensen att det i nämnda råd- och anvisningar står klart uttalat att utvecklingsstörda är undantagna från socialtjänsten så länge omsorgslagen gäller. Detta väckte starka reaktioner bland deltagarna och resulterade i ett allmänt upprop som enhälligt antogs. I uppropet anmodades socialstyrelsen att rätta till "misstaget".

§ 21 i socialtjänstlagen handlar om omsorger om människor med handikapp.

"Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och att han får bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov av särskilt stöd."

Enligt Karl-Axel Johansson blir socialtjänsten från 1/1 1982 även tillämplig på utvecklingsstörda. Omsorgslagen ser han som en möjlighet att erbjuda utvecklingsstörda extra insatser. Som exempel nämner han personer i eget boende som ligger inom socialtjänstens ansvarsområde.

Den ekonomiska merkostnaden ser han som en annan fråga som får regleras på något sätt.

Kommunen kommer att få skyldighet att meddela landstinget när någon är i behov av omsorger enligt omsorgslagen.

Som ett extra inslag i programmet presenterades KOMS-international och även kuratorerna fick ta del av bildbandet "Varför vill man glömma Luco".

Konferensen avslutades på torsdag eftermiddag med en paneldebatt. I panelen satt Karl-Axel Johansson, kommunförbundet, Lars Bolander, omsorgskommitténs sekreterare, Ingrid Gunnäs, socialstyrelsen, Nils G. Lindström, särskolechef i Älvsborgs län samt John Wärngren, FUB-representant från Älvsborg.

Jag skall försöka ge en sammanfattning av paneldebatten som avslutning på min rapport från de mycket givande KOMS-dagarna.

Lars Bolander betonar att LHO är en pluslag, som skall tillämpas när andra lagar ej räcker till. John Wärngren vill ge den ramlagskaraktär, men emotsägs av Lars B. På frågan om vad som kan anses samhällsekonomiskt svarar Lars Bolander, att dålig vård ej kan anses varken samhällsekonomiskt eller humanitärt ekonomiskt. FUB-representanten anser att LHO är ett sätt för landstingen att skjuta över ansvaret på kommunerna. Ingrid Gunnäs påpekar att de råd och anvisningar som ges ut av socialstyrelsen måste ha regeringens godkännande om de innebär kostnadskrävande åtgärder för kommunerna.

John W. frågar sig "vad är rimliga levnadsvillkor i en pluslag?" Han får svar av Lars B. som menar att handikappade människor idag ej uppnått de levnadsvillkor som vi andra och därför ej lever under rimliga levnadsvillkor. John W. anser att det är orimligt att rimliga levnadsvillkor skall stå i lagtexten, det finns ju människor som t o m tycker att utvecklingsstörda har det för bra.

På fråga ang. LHO's avgränsning till mentalvården menar Lars B. att de 4 kriterier som def. personkretsen ger en klar avgränsning. Ingrid Gunnäs informerar om att socialstyrelsen håller på med en kartläggning om hur många psykiskt sjuka som finns och som är i behov av resurser dock ej inom ramen för LHO.

Vad gäller särskolans huvudmannaskap uttalar sig FUB-representanten klart mot ett kommunalt övertagande. Nils-G Lindström refererar en utredning där det framkommit att de stora kommunerna är för ett övertagande medan de små är emot. Han frågar: "När är tiden mogen för ett kommunalt övertagande av särskolan?" Han ser nyorganisation och nya reformer som en belastning för skolan idag. K-A Johansson menar att kommunförbundets representanter i kommittén har reserverat sig för ett kommunalt huvudmannaskap och han hänvisar till de små kommunernas små möjligheter att bygga upp en specialistorganisation för särskolelever. Kommunerna är också rädda för att reformen skall kosta pengar. Från en representant för landstingspolitikerna i Älvsborgs län framfördes tanken om att politikerna måste sträva framåt och att det är angeläget att inom politiken föra fram tankar om de svagpresterande elevernas situation överlag.

Lars Bolander påpekar att det är viktigt att klarlägga inskrivningsförfarandet. På frågan om vårdhem för vuxna som nyligen upprustats för stora pengar, nu skall läggas ned menar FUB-representanten att de stora institutionerna bör avvecklas på lång sikt men att det inte kan ske i den takt som omsorgskommittén föreslår, det samma gäller specialsjukhusen. Det bör arbetas främst med vårdinnehållet på institutionerna och att utbyggnaden av grupphem bör fortskrida.

Ingrid Gunnäs påpekar att avvecklingen av vårdhem för barn bör kunna ske inom 5 år men att det är mera tveksamt när det gäller vårdhem för vuxna. Avvecklingen får dock ej innebära att vårdhemmen förslummas och även hon betonar det inre arbetets betydelse.

Lars Bolander framhåller att all fortsatt planering för utbyggnad av vårdhem bör stoppas. Erfarenheten har visat att människor, som i ett institutionsboende visar beteendestörningar, har genom utflyttning till grupphem börjat fungera på ett helt annat sätt.

Grupphem kan läggas in i stadsbilden om det planeras för det. Det bör ej inrättas speciella behandlingshem, de personella resurserna bör dimensioneras efter behov. På frågan om vilken koppling som skett mellan omsorgskommittén och SoL svarar Lars B. att de båda utredningarna är beroende av varandra och det har förekommit ett nära samarbete mellan de olika kommittéerna.

Till panelen ställdes frågan om fler utvecklingsstörda kommer att få arbete på öppna marknaden och om vi skall fortsätta att bygga ut dagcenterverksamheten. Lars Bolander menar, att 30 % av de vuxna utvecklingsstörda bör ha möjlighet att få arbete utanför dagcenter.

2.000 platser finns redan tillgängliga på skyddade verkstäder men utnyttjas ej på ett dåligt resursutnyttjande.

Karl-Axel Johansson påpekar att gallring av journalhandlingar ej finns med i omsorgskommitténs betänkande. I SoL däremot finns en bestämmelse om gallring inom 5 år, med undantag för faderskapsfastställelse. Vad säger SoL om barnomsorgsfrågan för barn över 12 år?

K-A Johansson informerar om att barnomsorg för barn över 12 år ej finns med i SoL och att det är nödvändigt med en uppgörelse på central nivå för denna grupp.

Tyvär kom frågor om samordnad barnhabilitering ej upp i paneldebatten. En representant från barnhabiliteringen påpekade dock behovet av att de vuxnas rörelsehindrades situation allvarlig utreds.

John Wärngren uttrycker avslutningsvis stor oro över att socialstyrelsens tillsynsfunktion kommer att ge huvudmännen alltför fritt spelrum vad gäller utformandet av omsorgerna. Ingrid Gunnäs däremot är ej orolig för socialstyrelsens framtida roll gentemot LHO.

Eva Frisk

## RAPPORT FRÅN FÖRENINGEN FÖR KLINISKA PSYKOLOGERS STUDIEDAGAR I GÖTEBORG

### Diagnostikens plats i klinisk arbete - igår - idag - i morgon

Diagnostik men också ansvarsfrågor och ansvarsfördelning var teman då Sveriges Kliniska psykologers förening hade sina studiedagar. Det hölls den 19 -20 oktober i Göteborg. Stort intresse och 130 deltagare.

Inledare och huvudtalare var Kristina Humle. Rapporten kommer i huvudsak att referera hennes anförande men också sammanfatta något av det övriga innehållet. Jill Hoffman teamledare vid Nacka-Värmdö psykiatriska sektor, och Björn Nilsson chef vid Barn och Ungdomspsykiatriska verksamheten i Kalmar, vittnade om sina erfarenheter av ansvar och ansvarsfördelning. Hur psykologer kan arbeta praktiskt med diagnos fick vi höra från Marita Aronsson och Mikael Heiman, båda barnkliniker i Göteborg, Elisabeth Hjelmkvist, neurologen Sahlgrenska och Torbjörn Svensson, institutet för gerontologi i Jönköping. De två dagarna avslutades med en paneldiskussion.

Ställ diagnos, våga se störningen och våga sedan tala om den (både för individ och samhället)!

Kristina Humle skissade först diagnosen historiskt. Psykologerna gjorde då mycket utredningar, som kanske aldrig kom till användning eller felanvändning. Diagnosen tog fasta på dysfunktionen, numera försöka se helhetsbilden med betoning på styrkefaktorerna. Efter mer än 30 års ambitiös förkovran i individuell teoretisk metod uppstod ett större intresse för sociologiskt - politiska förklaringsmodeller. Det hävdades att det inte var någon skillnad mellan människor - alltså behövdes ingen diagnostik. Men detta har nu vänt menade Kristina Humle. Det finns ett större intresse för diagnos och teori. Barnpsykologin och i viss mån barnpsykiatrin försöker fånga "människan i sin värld".

Kristina Humle pekade här på vikten av integration av teorin genom god handledning. Sådant som terapeut - patientrelationen och den etiska delen kan inte läsas in. Ett av handledningens etiska ansvar är förstås att kräva kunskap. Och det vi främst skall ha kunskap om är individen menade Kristina Humle: "Vi är de sista på skansen som försvarar individen!"

Grunden för det diagnostiska arbetet är att välja och lära in en god teori. Att generera ny teori måste vara centralt i vårt arbete. Det är teoretiska modeller som kan ge oss kunskap på djupet. Teoretisk förståelse och empati kolliderar inte utan är tvärtom varandras förutsättningar menade Kristina Humle. Bästa sättet att komma nära en patient är att förstå (teoretiskt). Att förstå är att våga se störningen. Att våga se är också att våga sätta sig in i (empati). Empatin är i sin tur förutsättningen för rätt diagnos. Det är nödvändigt både med intellektuell förståelse och emotionell förståelse.

Utifrån en undersökning på PBU material framhöll Kristina Humle vikten av en snabb och realistisk diagnos. Föräldrarna frågar sig om det finns hopp. Var då realistisk, lova inte mer än vad som kan hållas men se också till kraften i familjen, ge hopp.

## Forskning - utvärdera - föra ut

Vi bör tyckte Kristina Humle ta mera del av hjärnfysiologisk forskning bl a på handikappområdet. Men samtidigt, som psykologer, utforska t ex jagfunktionens utveckling hos blindfödda och dövfödda. Detta skulle ge oss ny kunskap om jagapparatens utveckling. Vi behöver också mer systematisk kunskap om tidiga störningar. Borderline t ex? Går det att mera precist bestämma när den skadan uppstår i utvecklingen? Mer grundforskning behövs om jagfunktionen. Det vi skall vara experter på är den normala jagfunktionen och avvikelserna därifrån. Störningar kan beskrivas som hinder i utvecklingen. Om störningen försvinner genom behandling är det viktigt att visa att det inte är trolleri utan att behandlingen varit en hjälp att frigöra bundna resurser hos individen som i sin tur möjliggör ett växande.

Här tog Kristina Humle upp sin röda tråd - det etiska ansvaret. Ansvaret att föra ut kunskapen om de störningar vi ser och de förklaringsmodeller vi har. Vi måste tala om att vi inte kan bota alla de skador vi ser. Vi måste diskutera hur illa barn far i Sverige idag och vad de behöver för sin utveckling. Men vi talar i stor utsträckning om abstraktioner. Hur talar vi om vad jagstyrka är? Ett psykotiskt barn, hur är det? Vi måste formulera teori så att det inte uppfattas som teori! Vi måste formulera oss i termer av barns (föräldrars etc) behov.

Det faktum att vi allt mer möter familjerna direkt i det kliniska arbetet kräver en ökad relationsforskning framhöll Kristina Humle. Familjesyn får inte bara vara "kommunikation" utan en kombination av relations- och individperspektiven. Vi behöver höja den teoretiska nivån i familjediagnostik och familjebehandling. Det mesta är metoder utan teoretisk grund för varför man gör så eller så menade Kristina Humle och tog Minuchin som ett bra exempel på en familjeterapeut som arbetar individualterapeutiskt.

Ett annat område där vi behöver mer kunskap är barn i grupp. Grupper med störda barn i eller daghemmens intentioner med syskongrupper är exempel där vi vet för lite menade Kristina Humle. Hon efterlyste också mer organisationskunnande och kom in på psykologernas benägenhet för självmedvärdering, " jag jobbar hårt men det jag gör har ingen effekt". Kristina Humle menade att vi här är övergivna av förvaltningar och politiker men att vi själva har del i detta. Målformuleringen lämnas till oss och blir ej förankrad hos politikerna. Utvärderings och metodutvecklingsbehovet har vi inte heller förståelse för. Vi försöker kanske ändå, men i brist på tid och ork rinner det oftast ut i sanden. Vi måste våga göra utvärderingar och bedriva metodutvecklingsforskning. Våga visa att Ni är lönsamma och hitta utvärderingskriterier som politiker kan acceptera och förstå!

Kristina Humle anknöt också till egen forskning om uppkomsten av kriminalitet. (Longitudinell undersökning, först vid 11-15 års ålder sedan uppföljning vid 18 resp vid 21-28 års ålder). Hon ville här bl a peka på att det går att klassificera kvalitativa data och bearbeta dem med statistiska metoder. Resultaten visade att både inter- och intrapsykiska variabler är viktiga för en kriminell utveckling. Jagsvaghet slog ut som en viktig variabel.

Frågor från deltagarna gav Kristina Humle anledning att säga mera om barn, barn i grupp och tidiga störningar. Hon menade bestämt att många barn far mycket illa i Sverige idag. De får för lite av sina föräldrar. Innan separationen måste föräldrarna stå som garanter för evigheten eller odödligheten, dvs att föräldrarna finns till hands, tar hand om barnet etc.



Då man hör lärare rapportera att 40% av barnen i deras klasser är störda måste det vara något fel i själva samhällsfunktionen. Orsaken tror Kristina Humle är att individuations- och separationsprocessen är i fara. De störningar vi ser är andra än tidigare. Där vi förr såg jagsvagheter ser vi nu fler förvirrade, psykosnära. Barn känner sig ensamma, oälskade. Vi ser fler depressioner, där barnen eller ungdomarna inte ens mobiliserar sin aggressivitet för att ta för sig. De resignerar, gäller t ex många arbetslösa ungdomar. Vad vi behöver är mera spädbarnspsykologisk forskning. Mera om vad symbios är t ex. Men eftersom vi ser allt fler vuxna med tidiga störningar bör vi också veta hur vi behandlar 55-åringens 6 månaders-störning. Behandla men ändå det vuxna hos honom. Det kollektiva samhället med barnet mer i grupper är på både gott och ont tror Kristina Humle. Men hon pekar på risken för jagsvagheter och hävdar som avslutning bestämt: "Ett samhälle som bygger in jagsvagheter i sina individer är dömt!"

### Ansvarsfrågor och ansvarsfördelning

Under denna rubrik talade Jill Hoffman och Björn Nilsson. Jill Hoffman inledde och berättade om sina erfarenheter från ett psykiatriskt öppenvårdsteam (Nacka-Värmdö) där hon är teamledare. Många svårigheter och oklarheter. Ett misstag de gjorde var att förväxla delegering av arbetsuppgifter med delegering av ansvar. Alltså att många fick arbetsuppgifter som de formellt inte hade ansvar för. En arbetsgrupp kom fram till att kräva ansvar för var och en. Men vem ska ha det totala behandlingsansvaret? Kan teamledaren ha det om han - hon inte är läkare? Lösningen här blev en uppdelning av det administrativa och det medicinska ansvaret. Jill Hoffman väckte diskussion genom frågor som: Vad har vi för ansvar nu? Vilket ansvar vill vi ha? Om vi åtar oss arbetsuppgifter som vi inte formellt har ansvar för - i vems intresse gör vi det? Det övergripande behandlingsansvaret (sammanvägning) - är vi mer kompetenta till det?

Björn Nilsson, själv ett levande exempel på en psykolog med detta övergripande ansvar, svarar inte direkt på denna sista fråga men spädde på med ytterligare frågor: Hur blir psykiatrin med psykolog som chef? T ex vad gäller medicinering, syn på psykisk sjukdom/behandling, vårdklimat, målsättning med vården, syn på/attityder till patienten och journalskrivandet. Förändras språkbruket och hur blir förhållandet till samhället och andra institutioner?

### Diagnostisk verksamhet inom neuropsykologi och gerontologi

Mikael Heiman gav oss en lektion i neuropsykologisk teori. Maria Aronsson berättade konkret från sitt arbete inom speciell hälsokontroll av barn, det hon själv kallade för "produktkontroll" av de barn som haft det jobbigt under eller strax efter förlossningen. Hon redogjorde bl a för barnobservationer och olika kriterier vid hjärnskadediagnostik. Elisabeth Hjelmkvist, som arbetar vid afasilaboratoriet vid neurologen på Sahlgrenska sjukhuset, berättade om hjärnskador hos vuxna patienter. Hennes uppgift är diagnos och behandling av afasipatienter. Psykologen bidrar också till att fastställa skadans lokalisering. Somliga skador går inte eller är för tidiga att fastställa med röntgen. För rätt behandling är det sedan viktigt att få en bild av på vilket sätt patienten är störd. Elisabeth Hjelmkvist påminde om hjärnans hierarkiska organisation. Att den är mer specifik ju närmare cortex, exempelvis I syn, II tolkning, III symbolförståelse. Nivå I är neurologens arbetsfält medan psykologens är på nivå II och III.

Torbjörn Svensson, institutet för gerontologi i Jönköping, pekade bl a på diagnostikens betydelse för att skilja på demenser och depressioner. Det är svårt då man ofta ser förvirring och minnesstörningar vid depressioner. Han angav en feldiagnos på 25%. Den sociala anamnesen är här viktig framhåll han. Aktuella förluster kan t ex väcka minnen av tidigare förluster eller separationer.

Paneldiskussionen kom mest att handla om testens funktion vid diagnostik. Varför nytt testintresse? Hur väljer man att testa allt. att inte testa? Etiska frågor kom upp t ex att testa någon som inte bitt om det. Vikten av öppenhet vad beträffar syfte och metoder framhölls. Några efterlyste ett större testkunnande och att vi måste värna om detta kunnande. Torbjörn Svensson: Test är en form av systematiserad kunskap. Men vi måste vara klara över testens för och nackdelar. Vad vill vi veta genom testningen? Vilka svar får vi?

De flesta tycktes dock vara överens om diagnostikens betydelse, med eller utan test, som grund för ett riktigt behandlingsarbete.

Rune Arvåsen, Göteborg.

# EFTERLYSES

Under våren 1981 skrev Karl Grunewald på Socialstyrelsen till samtliga överläkare vid barnkliniker och BB-avdelningar i landet och föreslog internkonferenser kring skriften BARNET NI FÅTT. Han rekommenderade i programförslaget att man skulle ta kontakt med bl a representanter från omsorgsstyrelsen.

HAR DET HÄNT NÅGOT I DITT LANDSTING?

HAR DU BLIVIT KONTAKTAD?

Skriv till POMS-bladet och berätta!

## Första samtalet avgörande

Hela livet kan avgöras för ett nyfött, utvecklingsstört barn då läkare och föräldrar talas vid första gången. Otillräcklig information kan få så allvarlig konsekvenser att barnet lämnas till institutionsvård utan att det är medicinskt eller socialt befogat.

Läkarnas avgörande roll beskrivs i en broschyr i serien Socialstyrelsen anser.

När föräldrar får veta att deras barn är utvecklingsstört blir reaktionen ofta att livet slås i spillror.

Socialstyrelsen vill ha konferenser där all personal i kontakt med handikappade barn diskuterar hur föräldrarna skall stödjas.

DN våren 1981

# POMS international

## Internationella stipendiater i AB-län

I ett tidigare nummer av POMSbladet har jag berättat om att arbetsgivaren/landstinget gett oss pengar att dela ut som stipendier till personer, som i andra länder arbetar med psykiskt utvecklingsstörda, så att de under två-tre månader verkligen skulle kunna sätta sig in i vad vi gör i vår omsorgsverksamhet.

Jag skall här redovisa några fakta kring den praktiska uppläggningsen för att i ett senare nummer förhoppningsvis kunna återge stipendiaternas "omdömen".

Först bestämde vi att de 55.000:- skulle räcka till fri resa hem-orten-Stockholm och åter, fri lunch och middag måndag-fredag, fri bostad och ett "80-kort" för fria resor med buss/tunnelbana/pendeltåg, allt för cirka 6 personer.

Vi ledigförklarade stipendierna med dessa förmåner via ILSMH ("Internationella ligan"), som distribuerade kungörelsen till sina 90 medlemsländer. Ett 30-tal intresserade från Texas i väster till Korea i öster hörde av sig. Till dessa skickade vi ut ett frågeformulär med uppgifter om deras utbildning, erfarenhet av handikappade, anledning till att de sökt stipendiet, vad de var särskilt intresserade av och hur de tänkte använda sina erfarenheter.

Ett 20-tal returnerade formuläret och bland dessa valde vi ut sex sökande (och 3 reserver). Urvalet underlättades av att vi i förväg satt upp vissa kriterier, t ex hur länge de arbetat med förstånds-handikappade, omsorgernas utveckling i resp land, våra möjligheter att tillmötesgå deras specialintressen o likn.

I juni kunde vi så skicka ut definitiva inbjudningar till en sjuksköterska/vårdhemsföreståndare från Thailand, en föreståndare för en yrkesträningsskola/skyddad verkstad i Indien, en förskollärare från Portugal, en kurator från Belgien, en vårdhemsföreståndare från Irland och en kurator från Finland. Irländaren blev efterhand tvungen att lämna återbud, men de andra tackade ja.

Vi sökte förbereda dem på vistelsen här genom att skicka över en sammanställning över kostnader och priser, klimat och lämpliga kläder och andra praktiska uppgifter. Det gav dem också en finger-visning om hur mycket de behövde ta med sig för att finansiera övriga måltider, nöjen och andra personliga utgifter.

Bostad för dem fann vi i ett elevhem, som råkade stå tomt under dessa höstmånader. Genom att de bodde bakom samma ytterdörr (men alla i eget rum) hoppades vi att de skulle få litet "hemkänsla", känna stöd i varandra och kunna diskutera och jämföra upplevelser och erfarenheter.

Så kom de då i mitten av september. Äntligen blev pappersuppgifterna förvandlade till levande människor, som granskade allt nytt med ivriga och förväntansfyllda ögon.

Första veckan blev en allmän acklimatiseringstid. Vi hade för avsikt att presentera för våra gäster allt vi kunde erbjuda för att så långt möjligt kunna planera vistelsen tillsammans med dem. Det visade sig dock vara svårt för några av dem att riktigt förstå vad som dolde sig bakom våra beteckningar. Vår styrning blev kanske därför litet tydligare i början.

Inledningsvis ville vi ge en allmän orientering om Sverige. Svenska Institutet visade en rad videoprogram om vår geografi, ekonomi, politiska organisation.

Vi fortsatte med information om social-Sverige, bl a vårt sätt att skattevägen finansiera långtgående insatser för särskilt hjälpbehövande, gamla, sjuka, handikappade m fl. (En sak som t ex alltid förvånar utlänningar är att varje skattebetalare ger c:a 1 krona av varje intjänad hundralapp till omsorger om utvecklingsstörda.)

Därefter kom vi in på de svenska omsorgerna: tidigare utveckling, nuvarande organisation och uppbyggnad, omsorgslagen, skillnaden mellan ideologi/målsättning och krass (ekonomisk) verklighet, troliga utvecklingslinjer, omsorgskommitténs rapport och liknande.

Vi ordnade också kontakter med/studiebesök vid olika samarbetspartners: tillsynsmyndigheter, handikapporganisationer, personalutbildning, forskare och andra.

Redan andra veckan började vi så att sätta in studiebesök vid våra egna verksamheter: skolor och dagcentrer, vårdhem och integrerade boendeformer, men också kristeam, föräldrautbildningsgrupp m m.

Varje fredag eftermiddag har vi avsatt en timme eller två till ett mini-seminarium, där vi kunnat evaluera och diskutera veckans upplevelser, besvara frågor samt ordna praktiska detaljer som nästa veckas program. Gästerna har då också visat bilder och berättat om sina egna verksamheter.

Vi har på detta sätt haft någon programpunkt nästan varje veckodag (ej veckoslut), ibland två, men detta visade sig vara i ambitiösaste laget - gästerna menade att de också behövde tid för att smälta intryck, ordna anteckningar och diskutera med varandra (och oss).

De sista veckorna skall nu våra gäster få tillfälle att fördjupa sina kunskaper inom något område: teamarbete, integrerad förskolverksamhet, arbete vid centralt vårdhem. Sista veckan skall vi så mötas för en slutsummering av intryck och erfarenheter.

Men veckorna här har ju inte bara inneburit omsorgsstudier. Fritiden har ägnats åt strövtåg i Gamla stan, skärgårdsbåttur till Vaxholm, bio, dans o likn. Kring Allhelgonahelgen gjorde fyra av dem en 5-dagarsresa till Trondheim - enligt uppgift mycket lyckad.

I ett följande nummer skall jag återkomma med en redovisning av stipendiaternas och våra intryck och erfarenheter.

Lars Molander

# POMS international

Från POMS international:

Inbetalningskortet till stipendiefonden kom inte med förra gången och ni kommer att sakna det även den här gången. Gå själv till posten och fyll i ett inbetalningskort eller girera från ditt eget personkonto till POMS' postgatorokonto 35 89 78 - 5. Märk inbetalningskortet med "Stipendiefonden". Minst 20 kronor per person har vi kommit överens om att satsa.

På KOMS' konferens nu i november beslöt man sig för att vi tillsammans ska satsa på det här projektet.

Vi behöver få in 5 000 kronor själva. Resten söks från Studieförbundet Vuxenskolan som redan hjälpt till med bildbandet om Luco, samt från Svenska Institutet. Vi hoppas att psykologen från Lima ska kunna komma i februari eller mars. Hon heter Graciela i förnamn. I skrivande stund har jag inte tillgång till hela namnet och adressen.

När vi får brev från Graciela om vad hon är speciellt intresserad av kommer jag att skriva om det och kanske även ta kontakt personligen med dem av Er alla som sagt att Ni är intresserade och vill ställa upp. Jag tror att det även finns möjligheter för oss att ställa krav på Graciela att hon ska berätta om sitt arbete för oss. Så ta gärna kontakt med mig eller någon KOMS-are om du har någon idé i den här riktningen.

För arbetsgruppen

Inga Sommarström

På allmän begäran publicerar vi höstens debatt på ledarsidan i DN (Dagens Nyheter), som handlar om regeringens förslag att avveckla socialstyrelsens tillsyn över landstingens vårdhem och inackorderingshem för utvecklingsstörda.

**DN.**

debatt

Sept.

"Den här propositionen skall ses som ett led i regeringens kamp mot onödigt krångel och byråkrati." Så motiverade statsrådet Karin Ahrland (fp) regeringens förslag att avveckla socialstyrelsens tillsyn över landstingens vårdhem och inackorderingshem för utvecklingsstörda. — En fruktansvärd betygsättning av vårt arbete för de utvecklingsstörda, skriver medicinalrådet Karl Grunewald, socialstyrelsen, när han här riktar hård kritik mot förslaget.

## I 20 år har Karl Grunewald kämpat för att utvecklingsstörda ska få ett anständigt liv:

2/10-81

# Byråkrati, sa statsrådet

□□ — Men vem tar hand om vår vuxne utvecklingsstörda son när vi inte längre finns till? Han behöver ju vård hela sitt liv.

— Det gör självklart landstingets omsorgsstyrelse, det har dom laglig skyldighet till.

— Men vem garanterar att det inte blir på stora anstalter med många i samma sovrum och överbelagda avdelningar?

— Det gör vi på socialstyrelsen. Vi kommer aldrig att godkänna något sådant.

Så där har jag svarat oroliga föräldrar på hundratals föräldramöten runt om i landet. Hur bra situationen än är för deras barn för närvarande, finns hos dem en djupt liggande oro för framtiden. Därför måste de få en garanti för att staten (regering och riksdag) är den sista som sviker deras barn.

Men så blir det inte om regeringen får som den vill. Hälsovårds- och handikappminister Karin Ahrland har nämligen lagt en proposition (1981/82:6) på riksdagens bord om att socialstyrelsen inte längre skall godkänna platsantalet på vårdhem, specialsjukhus, inackorderingshem och dagcentra och skolöverstyrelsen ej heller längre på elevhemmen för psykiskt utvecklingsstörda. Landstingen skall själva få bestämma om beläggningen på dessa inrättningar. Inte heller skall vi godkänna utformningen av dem eller var de läggs i samhället.

Därmed blir föräldrarnas oro en verklighet. Vårdhem, inackorderingshem och elevhem kommer att bli större än vad vi skulle tillåta, det kommer att ta lång tid innan varje vuxen utvecklingsstörd får ett eget rum, rummen kommer att bli mindre än vad vi har föreskrivit, dagcentra kommer att få överinskrivningar etc.

Personalen kan ställa krav genom sina fack. Men de utvecklingsstörda har inga företrädare, ingen som landstingen måste

fråga, ingen som försvarar deras situation eller behov vid planeringen. Landstingen — dess politiker och tjänstemän — blir helt självbestämmande. Det kommer att betyda en mycket ojämn standard i de olika landstingen. Jag kan faktiskt redan nu peka ut vilka som kommer att sänka standarden till en nivå som vi har lämnat bakom oss.

De psykiskt utvecklingsstörda är den största grupp livslångt handikappade som vi har i vårt samhälle. De flesta av dem är faktiskt helt beroende av landstingens hjälp från de första åren till de sista i livet. Hela innehållet och meningen med deras liv är

och ge tips om hur andra har gjort.

Hur kan då en regering komma på en så befängd idé att på detta sätt försämrade rättsskyddet för de mest rättslösa människor vi har i vårt samhälle? Jo, det beror på att Landstingsförbundet efter en missnöjesenkät bland omsorgsstyrelserna ansåg sig kunna ställa dessa krav.

Självfallet fanns det missnöjda landsting, eftersom vi faktiskt har ställt krav på dem.

Landstingsförbundets verkliga motiv var naturligtvis att omsorgerna om utvecklingsstörda ansågs ha blivit för dyra och att kurvan måste brytas.

Socialdepartementet hade inget att sätta emot. Det är som bekant fullständigt beroende av Kommunförbundet och Landstingsförbundet och har också föresatt socialstyrelsen i samma situation.

Återstod för regeringen att hitta ett eget motiv till att slopa bestämmelsen om godkännandet. Om det säger Karin Ahrland i ett pressmeddelande: "Den här propositionen skall ses som ett led i regeringens kamp mot onödigt krångel och byråkrati."

Det är alltså det som vi i socialstyrelsen — jag själv i tjugo år — har gjort. Allt vårt arbete för att få fram normer och principer, alla ritningsgranskningar och förelägganden om hur inrättningar för utvecklingsstörda skall utformas för att ge de utvecklingsstörda en chans till ett anständigt liv, kallar Karin Ahrland för onödigt krångel och byråkrati. Det är en fruktansvärd betygsättning!

Och det kommer från ett parti som annars brukar ordå om hur minoriteter ska värnas. Och från den person som är ordförande för det internationella handikappåret! Det är då sammanlagt de flesta för handikappade negativa beslut fattades i vårt land, så långt jag kan minnas.

KARL GRUNEWALD



Karl Grunewald.

beroende av hur landstingen ordnar deras boende, vad de tillåts göra på dagen och på fritiden. Men varken föräldraföreningarna eller några andra har någon formell rätt eller möjlighet att lägga sig i hur detta utformas. Det är därför som ett annat statsråd skrev i en annan proposition nyligen, att det finns få områden där socialstyrelsens inspektionsverksamhet är så viktig som när det gäller omsorgsvården. Och att det kan tas för givet att socialstyrelsens befogenheter inom omsorgsområdet kommer att klart uttryckas i lag och förordningar.

Tillsyn kan naturligtvis betyda inspektioner och anmärkningar, men socialstyrelsen kan inte ge några förelägganden som innebär kostnadsökningar. Det är därför som socialstyrelsens godkännande innan landstingen har byggt eller köpt en inrättning är viktigt. Det innebär att vi kan förebygga en felaktig utformning

## Karin Ahrland om Karl Grunewald:

# "Långt från sans och saklighet"

8/10-81



Karin Ahrland

— Kommunalmännen är, enligt Karl Grunewald, ansvarslösa och ute för att förfölja "de mest rättslösa människor vi har i vårt samhälle". Riksdagen och svenska folket har emellertid beslutat om en kommunal demokrati. Det får också Karl Grunewald respektera, så länge han är statstjänsteman. Det skriver hälsovårdsminister Karin Ahrland (fp) i en replik.

□ □ I en artikel på denna sida den 2 oktober går Karl Grunewald, byråchef i socialstyrelsen, till angrepp mot mig för att jag föreslagit riksdagen att ta bort en mängd byråkratiskt krångel i samband med byggande av hem för psykiskt utvecklingsstörda. Enligt Karl Grunewalds version försämrar "rättskyddet för de mest rättslösa människor vi har i vårt samhälle", om inte Karl Grunewald får vara med om att bestämma exakt hur rummen skall utformas och byggnaderna se ut.

Detta är självöverskattning, och inte bara ett angrepp på mig och regeringen, utan minst lika mycket på alla landstingspolitiker oavsett parti. Jag vet genom mina kontakter över hela landet att det finns många människor av olika politiska åsikter som sitter i de olika omsorgsstyrelserna och i landstingen och intensivt arbetar för utveckling av omsorgsvården.

Ta tex ordföranden i landstingets sociala nämnd i Västerbotten. Han är samtidigt ordförande i Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna (FUB). Dessa människor skiljer sig emellertid från Karl Grunewald på det sättet att de i varje ögonblick också måste skaffa fram pengarna. Det är de som svarat för omsorgsvårdens stora utveckling under de senaste decennierna.

Det är också ett orättvist underkännande av FUB-rörelsen, som ju har många och intensiva kontakter med landstingspolitikerna ute i länen. Jag vet att man inom de politiska partierna nog lyssnar på FUB och söker diskutera fram lösningar på de olika problemen. När Karl Grunewald skriver att de utvecklingsstörda

har "ingen som landstingen måste fråga, ingen som försvarar deras situation eller behov vid planeringen", är ju detta ett direkt förnekande av FUB:s roll och uppgifter. Jag vill tvärtom påstå att FUB genom sina kontakter på det lokala planet har åstadkommit minst lika mycket för de utvecklingsstörda som Karl Grunewald.

Vad är det vi föreslagit som fått Karl Grunewald att gå i taket på sitt sedvanliga sätt? Jo, precis samma sak som gäller för sjukhus eller alla andra landstingsinstitutioner, nämligen att landstingen skall anses kompetenta att själva utforma sina institutioner, bygga dem och utrusta dem utan statligt förmynderskap. Jag har ansett att människor som väljs direkt av medborgarna ute i länen och som förvaltar miljarder i skattepengar är kompetenta att bygga exempelvis ett inackorderingshem för fyra boende utan att statliga tjänstemän skall detaljgranska ritningarna.

Men vad Karl Grunewald gör är faktiskt att underkänna den kommunala demokratin! Kommunalmännen är, enligt Karl Grunewald, ansvarslösa och ute för att förfölja "de mest rättslösa människor vi har i vårt samhälle". Riksdagen och svenska folket har emellertid beslutat om en kommunal demokrati. Det får också Karl Grunewald respektera, så länge han är statstjänsteman.

Vi är alla överens om att de stora vårdhemmen skall ersättas av små, integrerade inackorderingshem och elevhem. Det fordras att hundratals sådana byggs den närmaste tiden. Det är helt primligt att på kvar en detaljgranskning av dessa projekt. Det

vore verkligen byråkrati i sin värsta form!

Det är att märka att socialstyrelsens alla övriga byråer fungerar — såvitt jag har mig bekant — utomordentligt bra utan att behöva ägna sig åt ritningsgranskningar och åt att utfärda föreskrifter tjogvis. Varför? Jag kan inte se annat än att det beror på att tjänstemännen på dessa har förmåga att prata med kommunalpolitikerna på normalt sätt och med sakargument nå betydande resultat.

Tilläggas kan att stat- och kommungruppsens förslag om slopande av den här detaljgranskningen remitterats till socialstyrelsen för yttrande. I sitt remissvar (undertecknat av generaldirektören och Karl Grunewald) har socialstyrelsen inte yttrat sig i sakfrågan. Om nu det här förslaget är så katastrofalt, varför teg Grunewald då?

Det är slutligen viktigt att understryka att socialstyrelsen självfallet har kvar sitt tillsynsansvar och även i fortsättningen skall spela en aktiv roll i utvecklingen av omsorgerna. Detta har jag klart och tydligt markerat i den av Grunewald kritiserade propositionen. Jag säger där bl a: "Enligt min mening kommer styrelsen att kunna spela denna roll i konstruktivt samarbete med huvudmännen vid upprättandet av planen för omsorgen för psykiskt utvecklingsstörda. Socialstyrelsens överblick och kompetens är i hög grad behövliga även i fortsättningen."

Slutligen talar Karl Grunewald om att Internationella handikappåret i Sverige inneburit de sammanlagt flesta "för handikappade negativa beslut". Utlandet visar bara hur långt från saklighet och sans som herr Grunewald befinner sig.

KARIN AHLAND

# DN.

debatt

När det gäller målen för samhällets tillsyn av omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda är Karl Grunewald och jag fullständigt överens. Däremot har vi inte alltid haft samma syn på vilka medel som bäst främjar dessa mål. Det skriver generaldirektör Barbro Westerholm, socialstyrelsen, när hon här går in i debatten hälsovårdsminister Karin Ahrland (fp) och byråchef Karl Grunewald, socialstyrelsen.

Barbro Westerholm svarar Karin Ahrland:

## "Grunewald och jag överens om målen"

□ □ Frågan om samhällets tillsyn av omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda är inte okontroversiell. Den nuvarande omsorgslagen lägger landstingen att upprätta planer som bl a ska uppta de inrättningar som behövs för omsorgerna. För att en sådan inrättning ska kunna godkännas måste den vara lämplig för sitt ändamål beträffande lokalisering, utformning, utrustning etc. Vid godkännandet fastställs antalet platser.

Stat-kommungruppens förslag att slopa detta godkännande av landstingens planer och inrättningar har vällat förnyad diskussion om hur samhället ska ta sitt ansvar för de utvecklingsstörda. I Dagens Nyheter har hälso- och sjukvårdsminister Karin Ahrland och byråchef Karl Grunewald, socialstyrelsen, drabbat samman (DN 2 och 8 oktober).

Karin Ahrland hävdar bl a att Karl Grunewald i sina uttalanden kring den föreslagna inskränkningen av socialstyrelsens tillsyn av omsorgerna befinner sig "långt från saktlighet och sans". Här vill jag bestämt framhålla att Karl Grunewald under sina tjugo år på socialstyrelsen på ett utmärkt sätt och med stort engagemang arbetat för de psykiskt utvecklingsstörda bästa. Någon brist på "sans och saktlighet" i det arbetet har jag inte kunnat skönja.

När det gäller målen för tillsynsverksamheten är Karl Grunewald och jag fullständigt överens. Däremot har vi inte alltid haft samma syn på vilka medel som bäst främjar dessa mål. Karl Grunewald vill ha kvar möjligheter att "tvinga" landstingen, min uppfattning är att man många gånger kan komma längre med hjälp av "Operation Övertalning".



— Någon brist på "sans och saktlighet" har jag inte kunnat skönja i Karl Grunewalds arbete för de psykiskt utvecklingsstörda, skriver Barbro Westerholm i polemik med hälsovårdsminister Karin Ahrland.

Denna meningsskiljaktighet förtar dock på intet sätt det faktum att det till mycket stor del är tack vare Karl Grunewald som omsorgerna, och socialstyrelsen, nått så långt beträffande arbetet för de utvecklingsstörda som vi i dag trots allt gjort. Grunewalds insatser har också lett till att man inom landstingen i dag har betydligt bättre insikter om de utvecklingsstörda behov.

I sitt inlägg hävdar Karin Ahrland vidare att socialstyrelsen i sitt remissvar på stat-kommungruppens förslag inte yttrat sig i sakfrågan. Samtidigt frågar hon varför Karl Grunewald teg den gången, om gruppens förslag var så katastrofalt. I socialstyrelsens remissvar framgår det dock klart att vi ville avvakta omsorgskommitténs betänkande, som bl a innehåller förslag i de frågor som

stat-kommungruppen tagit upp. I socialstyrelsens svar, som under-tecknats av mig och Karl Grunewald, står: "Mot bakgrund härav anser socialstyrelsen att man bör avvakta med ändringar i gällande omsorgslagstiftning i varje fall till dess nämnda betänkande framlagts och remissbehandlats."

Avslutningsvis understryker Karin Ahrland i sitt inlägg att socialstyrelsen kommer att ha kvar sitt tillsynsansvar och även i fortsättningen ska spela en aktiv roll i utvecklingen av omsorgerna. Det är en viktig markering som vi tacksamt noterar. I en tid av ekonomiska åtstramningar är det särskilt viktigt att värna om de svagaste gruppernas behov så att deras rättmätiga krav på ett gott liv blir tillgodosett.

BARBRO WESTERHOLM



## Riksförbundet FUB till Karin Ahrland:

# "Hoppas riksdagen visar bättre omdöme"

Nej, Karin Ahrland, du har gjort dig förtjänt av all kritik för din proposition. FUB-rörelsen kan bara hoppas att riksdagen visar bättre omdöme än du och lämnar propositionen utan avseende. Det skriver Thorsten Nilsson, ordförande i riksförbundet FUB (för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna) i en replik.

Tyvärr har du fel, Karin Ahrland, när du i din replik till Karl Grunewald (DN 8/10) tillmäter FUB ett så stort inflytande. Landstingen nöjer sig oftast med att diskutera och välvilligt lyssna till oss för att i slutändan besluta som de själva finner bäst. Bara under det senaste halvåret har vi rader av bevis för det.

Det är heller inte någon tillräcklig garanti med de "många människor av olika politiska åsikter som sitter i de olika omsorgsstyrelserna och i landstingen och intensivt arbetar för utveckling av omsorgsvården". Visst har många omsorgspolitiker en fin inställning till utvecklingsstörda människor och gör vad de kan. Men omsorgsstyrelsen är i allmänhet inte en nämnd som drar till sig de tunga politikerna. Omsorgerna är inte ett område som förvaltningsutskottet prioriterar. När ekonomin är svag är det så lätt, så lätt att låta omsorgerna komma i andra hand.

**Därför behövs socialstyrelsen och därför behövs Karl Grunewald, som i FUB-rörelsen har ett utomordentligt starkt stöd!**

Den 2-3 oktober 1981 arrangerade Riksförbundet FUB en ordförandekonferens på PTK:s kursgård, Djurönaset, för att diskutera omsorgskommitténs slutbetänkande. De 250 deltagarna gjorde följande uttalande med anledning av Karin Ahrlands

proposition. Den proposition som vill slopa bestämmelserna i omsorgslagen angående socialstyrelsens godkännande av landstingens planer på omsorgsområdet samt platsantalet på inrättningar.

"Sjukvårdsminister Karin Ahrland har förklarat att underställningsplikten rimmar dåligt med den kommunala självstyrelsen och att propositionen skall ses som ett led i regeringens kamp mot onödigt krångel och byråkrati. FUB hävdar att i en tid av krympande ekonomiska resurser är socialstyrelsens inflytande över planer och platsantal en nödvändighet.

Fortfarande lever tusentals utvecklingsstörda människor i stora institutioner med flerbäddsrum, är utan daglig sysselsättning och har en ytterst torftig fritid. Att tala om hög standard för utvecklingsstörda annat än i undantagsfall är lögn. Utvecklingsstörda människor har ett livslångt handikapp och är nästan alltid helt beroende av landstingens stöd. De flesta kan inte föra sin egen talan. FUB-rörelsen behöver socialstyrelsen i arbetet att bevaka de utvecklingsstördas rättigheter.

FUB ser med mycket stor oro på propositionen. Vi uppfattar den som ett klartecken för landstingen att dra ner på takten i utbyggnaden av omsorgerna. Det faktum att man inte ens velat

invänta remissbehandlingen av omsorgskommitténs slutbetänkande stärker oss i den tron.

FUB kräver att socialstyrelsens inflytande bibehålles."

Om propositionen innehållit en tvingande bestämmelse om samråd med FUB, hade vi inte behövt känna så stark oro. Men det gör den inte.

Om propositionen sagt ifrån att regeringen i stället för socialstyrelsens godkännande har för avsikt att av riksdagen begära tillstånd att utfärda normer för omsorgsverksamheten, hade det känts mycket bättre. Men icke.

Och vad händer om det inte blir någon ny lag? Då kan socialstyrelsen inte åberopa de utmärkta målparagraferna och vad som sägs om den personliga integriteten i förslaget till ny lag. Målparagrafer som saknas i den nuyarande omsorgslagen men som delvis kompenseras genom kravet på socialstyrelsens godkännande. Då är vi verkligen illa ute.

Nej, Karin Ahrland, du har gjort dig förtjänt av all kritik för din proposition. FUB-rörelsen kan bara hoppas att riksdagen visar bättre omdöme än du och lämnar propositionen utan avseende.

THORSTEN NILSSON

# Sörj för omsorgen

Det var bra att socialstyrelsens chef Barbro Westerholm på DN-debatt i går vågade försvara Karl Grunewald — de utvecklingsstörda — uttröttlige advokat och skyddsinspektör — mot sin egen departementschef Karin Ahrland, som på samma plats den 8/10 gjorde ett utfall om att Grunewald skulle sakna sans och saktighet och sinne för den kommunala demokratin, andra oförsämdheter att förtiga.

Det var mindre beaktat hon samtidigt deklarerade sin uppfattning att man "många gånger" kan komma längre med "Operation Övertalning" än med att "tvinga" landstingen; därmed stiftande på socialstyrelsens gamla — och mycket viktiga — funktion att tillförsäkra de utvecklingsstörda landet över en någorunda likvärdig standard, genom att förhandskontrollera deras planer för vårdhem, inackorderingshem, dagcentra och andra anläggningar.

Sådant mjukt tal kan låta bra, men är i sammanhanget snömos, eftersom kärnpunkten är att de utvecklingsstörda — landets största handikappgrupp, och samtidigt de som minst av alla kan föra sin egen talan — skulle berövas sitt enda rättsskydd gentemot eventuellt likgiltiga eller njugga landstingspolitiker och byråkratier, de "många" eller få gånger då "Operation Övertalning" misslyckas. Om det sen blir många eller få gånger, när kontrollen tagits bort, beror av oförutsägbara ekono-

miska och vårdpolitiska konjunkture; och även få vore för många.

I sin artikel försökte Karin Ahrland konstigt nog åberopa FUB och dess ordförande Thorsten Nilsson mot Karl Grunewald och som ett slags garant för de utvecklingsstörda. Men samme Thorsten Nilsson framförde i går, både på DN-debatt och i riksdagens socialutskott, samma hårda kritik som Grunewald levererat (2/10).

Inte en enda fråga ställdes i utskottet efter föredragningen. Ska det tolkas som att ledamöterna insamlar i så fall vore det i linje med ett tidigare lagförslag från utskottsordföranden, Gabriel Romanus. Där han just poängterade att det finns få områden där socialstyrelsens inspektionsverksamhet är så viktig som när det gäller omsorgsvården, och att socialstyrelsens befogenheter givetvis måste klart uttryckas i lag och förordning. Men när hans efterträdare, Karin Ahrland, vill slopa samma befogenheter har Romanus och hans kolleger inte en enda fråga att ställa till de utvecklingsstörda starkt oroadе företrädare. Det låter oroväckande.

Förslaget att slopa socialstyrelsens kontroll har brutits ut som ett russin, eller snarare en bittermandel, ur omsorgskommitténs stora betänkande, som fortfarande är på remiss. Bara det ser onödigt och konstigt ut. Sloppet tillstyrks av Landstingsförbundet, givetvis, och av den s k stat-kommungrup-

pen, som ska begränsa statlig normgivning och annan tillsyn "som medför ökade kostnader för kommunerna". Det är där skön förmodas klämma förstås, även om den kommunala självstyrelsen körs fram — som om folk-tandvården och omsorgen om utvecklingsstörda vore jämförbara med tanke på insynsbehov och standardrättvisa...

Men det är ett märkligt sparnit. Trots att omsorgsvården förbättrats starkt under 70-talet, så att nu över 40 procent av landets 36 000 utvecklingsstörda kan bo kvar hemma och vårdhemsandelen har reducerats från 35 till 26 procent och 11 procent kan bo i egen bostad, så kostar den inte mer än 6—7 procent av landstingens totala utgifter.

Man skulle alltså tjäna mindre på att skära hela tio procent där, ett dräpplag, än på att ta en försiktig enda procent från sjukvårdskostnaderna, som tar mer än fyra femtedelar av landstingens budget. Och det är ju samtidigt just personkostnaderna, inte bygginvesteringarna, som är den verkligt tunga posten inom omsorgsvården. Dessutom — bygger man mindre och bättre inackorderingshem, elevhem etc, och fler egenrum, så belastas nog också personalen och personalkostnaderna mindre.

Socialutskottet och riksdagen bör tänka sig för innan man av oförstånd eller missförstånd börjar rasera huset som, bland andra, Karl Grunewald byggde. OA

# Mer om fosterdiagnostik

Kent Ericsson har skickat denna artikel ifrån den engelska tidningen "The Observer", 1981 den 8/11.

## WHEN A BABY HAS THE RIGHT TO DIE.

IF Dr Leonard Arthur, the Derby paediatrician, had been convicted of murdering or attempting to murder John Pearson, the Down's syndrome baby who died after 69 hours of life, few of his colleagues in this country would not have felt that they, too, had been convicted.

During the 18-day trial at Leicester crown court, when for once medical secrecy over the life-or-death dilemma of how to treat handicapped babies was swept aside, it became clear that many doctors not only respected Dr Arthur's views but would also be prepared to prescribe 'nursing care only' in similar circumstances.

Conviction could have changed present medical practice overnight, giving the green light to LIFE, the anti-abortion organisation, to press for more prosecutions. It was its informant—still anonymous—whose report led to the present case, and the group has openly called on all hospital staff to report suspicious cases to it. Doctors might well have felt driven to defensive actions, perhaps 'condemning' many more severely handicapped children to life.

Does acquittal have similarly drastic but opposite implications? Does it mean the 'death sentence' for hundreds more helpless, handicapped babies, as Mrs Nuala Scarisbrick, founder and organiser of LIFE, declared stridently on BBC radio's 'World at One' last week?

The British Paediatric Association and the British Medical Association hope that the trial 'will make no difference' to present practice. This covers a wide spectrum, with parents, doctors and other health workers taking differing views. All are mostly agreed that no moral or legal purpose is served by saving the baby with its brain spilling out or with no brain at all, though astonishingly some of these can survive for days

### CHRISTINE DOYLE considers the effect of the Down's syndrome baby verdict.

and even months without anyone striving officiously to keep them alive.

Most people probably take the view that it would be merciless to use every device of modern medicine to save grotesquely handicapped babies who might otherwise die within a year. Very severely handicapped spina bifida babies are an example.

After such severe handicap comes the 'grey area' where, as Dr Peter Dunn, one of the main defence witnesses, said after the trial, every doctor will now continue to tread his own path in a dreadfully difficult no-man's-land.

Down's babies who even at best are severely handicapped, fall into this grey area. Some may have such heart, lung or other defects that they die rapidly, even when efforts are made to keep them alive. They are, as Mr George Carman QC for the defence said, 'a time-bomb' of infection and defects.

Doctors' reactions vary within this grey area. They may choose not to treat an infection such as pneumonia, unless parents ask them to. One paediatrician said: 'It is an amazingly difficult area of communication. Very often parents don't say what they want and are perhaps guilty and afraid. Doctors really do have to sense when parents feel it is better that a baby should be allowed to die. Others, of course, say so outright.'

The recent public exposure of this dilemma may mean that more parents of apparently uncomplicated newborn Down's babies will press doctors into taking some action. But some paediatricians fear that, in practice, the trial, despite the acquittal, means that more handicapped babies will survive. They say



Dr Leonard Arthur and his wife, Janet.

the atmosphere of mistrust caused by the spying tactics of LIFE will not disappear and may make doctors reluctant to sail as close to the margins of the law as in the past. Not only would more babies then survive, but more would die slowly, perhaps without the help of sedation. The non-treatment might start later.

The case a few weeks ago of the Down's baby, with an intestinal blockage whose life-saving operation was ordered by the courts against the parents' wishes, is cited as an example of defensive medicine in action. 'I am sure,' said one doctor at Queen Charlotte's Hospital in London, where the baby was born, 'that were it not for the prevailing climate of suspicion, the parents' wishes would have been respected.'

Yesterday, inquiries by THE OBSERVER discovered that the baby, who is now three months old and has been placed with foster parents, is doing well and is in good health. There have been no further complications since the court-approved operation was performed.

There are, of course, no guidelines for the selective non-treatment of Down's babies or other babies in the grey area, and most doctors do not want them. 'There are three variables: the parents'

wishes, the doctors' views and the clinical condition of the baby,' said one. 'How can you formulate concrete guidelines?'

Yet doctors may have to rethink their attitudes on this front. At one time it seemed unlikely that guidelines for spina bifida babies could be drawn up, yet these were achieved. LIFE may not have 'won' the case, but it has forced the debate over this ethical dilemma into the open. Some of the voluntary organisations dealing with the mentally handicapped are calling now for more guidance.

MENCAP, for instance, is issuing proposed guidelines after sounding out its members in recent weeks. These suggest that life-saving operations for such handicaps as Down's syndrome *should* be carried out. Where parents are agonising over giving permission for such an operation, MENCAP says that not only should doctors and other health workers counsel the parents but that they should also be able to talk to experienced parents of mentally handicapped children.

The Down's Children's Association also believes that more counselling around the time of birth is crucial to remove the idea that all such babies are doomed to a 'mindless' or unrewarding life.

Alan Macdonald, a spokesman for the association, says that because of the nature of the defence during the trial, the blackest and most pessimistic picture was painted of these children. He himself has a 10-month old daughter, Sophie, who is a great delight to him. 'When she was born with Down's syndrome, she also had pneumonia and she was given antibiotics. She also had a gut blockage which cleared by itself, although we would have agreed to an operation had this been necessary. We have no hesitation whatever in saying we are glad she is alive.'

Some doctors, however, look much farther ahead—perhaps 20 to 25 years—when the medical and ethical arguments may have swung to believing in a measure which would now seem abhorrent to many people.

Eventually, says Dr Herbert Barrie, a consultant paediatrician at the Charing Cross Hospital in London, 'we will have to consider closing the gap between abortion and the new-born with some form of very restricted active euthanasia for new-born babies with proven chromosomal abnormalities.'

The debate is set to continue. Many doctors believe that Dr Arthur should never have been brought before the courts. So do some members of the jury at Leicester crown court. After the case, they said to one of the main defence witnesses: 'Please tell Dr Arthur that we think the case should never have been brought. Tell him we wish him well for the future.'

To a large extent the trial reaffirms trust and faith in doctors who do not face life-or-death dilemmas lightly. Yet distressing though the trial has been for Dr Arthur and John Pearson's parents, medical ethics are also social ethics and should be discussed openly. For many people, this trial was their first glimpse of a hitherto mysterious and almost taboo subject.



## Viktigt att debattera fosterdiagnostiken

# Idag: Försvarbar och humanitär Vilken väg väljs för framtiden?

— Fosterdiagnostik görs av humanitära skäl och inte för att minska landstingens vårdkostnader genom abort av sjuka foster. Men det vore oärligt att helt blunda för de ekonomiska aspekterna.

Det säger Felix Mitelman, professor i klinisk genetik i Lund. Där görs omkring 800 fostervattenprov om året. Nu utnyttjas resurserna maximalt. Om efterfrågan ökar, måste en del kvinnor nekas provtagning, om inte resurserna förstärks.

Eller: Är det möjligt att finansiera en del av verksamheten genom att ta ut avgift i de fall, där det inte är medicinskt motiverat med fostervattenprov?

Sedan verksamheten började för några år sedan har (t o m 1980) totalt cirka 2 100 prov tagits i Lund. Bland dessa har man funnit 37 foster med svåra missbildningar eller sjukdomar, varav femton var Downs syndrom (mongolism).

Det finns tre grupper av ärftligt betingade sjukdomar och rubbningar som kan identifieras på fosterstadiet. Det är dels kromosomrubbningar som t ex Downs syndrom, dels svåra ämnesomsättningsrubbningar (varav cirka 100 kan identifieras i odlade celler) och dels neuralrördefekter som ryggmärgsbräck eller avsaknad av storhjärna. De två sistnämnda missbildningarna förekommer i en av 2 000 graviditeter.

### Liten risk med prov

Diagnosen sker genom analys av kromosomerna hos fosterceller som finns i fostervattnet eller genom mätning av vissa ämnen i fostervätskan. Vid ett ryggmärgsbräck är halten av äggviteämnet alfafetoprotein förhöjt.

Fostervattenprovet tas i 16:e—17:e graviditetsveckan och görs i samband med att läkaren med ultraljud fastställer fostrets och moderkakens exakta läge.

Risken för att provet ska framkalla missfall kan i och för sig inte uteslutas men bedöms som mycket liten. Det inträffar bara vid tre av ettusen provtagningar. Det kan jämföras med normala missfallsrisken som är två till tre procent i detta skede av graviditeten.

Cellerna odlas och efter två, tre veckor kan kromosombilden analyseras och de oroliga föräldrarna få besked. Har fostret en missbildning eller rubbning kan de välja abort i stället för att föda ett barn med svårt handikapp.

Vilka grupper av gravida är det som kommer ifråga för fosterdiagnostik?



→ *Stämpla inte fosterdiagnostik som kvalitetskontroll, säger professor Felix Mitelman, professor i klinisk genetik i Lund. Den görs av humanitära skäl. Det är helt och hållet föräldrarna som beslutar om eventuell abort av ett sjukt eller handikappat foster.*

Eftersom äldre mödrar löper ökad risk att få barn med kromosomrubbningar är principen den i Lund att kvinnor fr o m 35 år erbjuds möjligheten att låta göra fostervattenprov och de som fyllt 40 rekommenderas att göra det. Vid den åldern ökar risken brant — från en procent till sju procent några år senare.

Kvinnor som tidigare fött barn med kromosomrubbningar eller andra av de ovan nämnda sjukdomarna är andra självklara grupper. En kvinna som fött barn med ryggmärgsbräck löper fem procents risk

att det andra barnet ska ha samma missbildning och två barn med sjukdomen ger en risk på tio procent vid tredje graviditeten.

■ Men en fjärdedel av den fosterdiagnostik som sker i Lund är i princip inte medicinskt motiverad. De kvinnor det här gäller är så oroliga inför tanken på att få ett barn med t ex Downs syndrom, att de själva tar initiativ till ett fostervattenprov. Läkarna bedömer att ett prov är den enda möjligheten att stilla deras oro. Det är t ex kvinnor som arbetar med utvecklingsstörda barn eller på andra sätt har kontakt med handikappade barn.

Det går aldrig att med hjälp av fostervattenprov "utrota" en sjukdom som Downs syndrom. Då skulle det fordras screening av samtliga gravida kvinnor och en sådan åtgärd är varken möjlig eller rimlig.

— Om vi fångar in samtliga kvinnor i riskgrupperna så kan vi ändå inte minska frekvensen med mer än en tredjedel, påpekar Felix Mitelman.

### Möjligt ta avgift?

Märkligt nog är det bara en fjärdedel av kvinnorna i åldersriskgrupperna som utnyttjar möjligheten till fosterdiagnostik.

— Det kan bero på otillräcklig information, men det är nog många som väljer att avstå, tror Felix Mitelman. Risken för en 40-årig kvinna att föda ett barn med mongolism är dock bara en procent.

Men om samtliga i riskgrupperna skulle vilja ha fosterdiagnostik utförd, skulle Felix Mitelman tvingas avvisa många av de övriga kvinnorna. Resurserna skulle inte räcka till. Kostnaden för ett prov är 2 000 kr och en laboratorieassistent hinner inte med mer än 175 prov om året.

I det läget kan det kanske bli aktuellt

med förslag om självfinansiering i högre eller lägre grad.

— Vore det orimligt att ta ut en avgift på t ex 500 kr i de fall där det inte finns medicinska skäl för kvinnorna att genomgå fosterdiagnostik? undrar Felix Mitelman försiktigt. Det är alltså sådana kvinnor som är allmänt mycket oroliga för att de kan föda ett handikappat barn.

— Egenavgift måste ju vara ett bättre alternativ än att helt avvisa dem i brist på resurser och låta dem plågas av ängslan under hela graviditeten.

— Det vore i alla fall värt att undersöka om kvinnor i den gruppen skulle vara beredda att betala och i så fall hur mycket för att låta ta ett fostervattenprov, föreslår han.

■ Felix Mitelman betonar dock att de kvinnor som är i riskgrupperna självfallet ska få tillgång till fosterdiagnostik utan att krävas på avgift.

— Många kvinnor som inte får fosterdiagnostik utförd i den egna regionen ringer till mig och är beredda att resa till Lund. Men jag tvingas avvisa dem. Det har t o m ringt kvinnor från Finland och Norge som velat åka till Lund och låta göra fostervattenprov, berättar han.

Klinisk genetik och fosterdiagnostik är en verksamhet som kritiseras och ifrågasättes på sina håll. Felix Mitelman förstår de synpunkterna men tycker det är helt fel att stämpla fosterdiagnostik som "kvalitetskontroll". Tanken att alla foster med sjukdomsrisiker, låg intelligens och smärre defekter ska kunna sorteras bort — ja, den är helt orimlig.

— Det är så otroligt många genetiska faktorer som samspekar och i så många kombinationer så det kommer aldrig att gå. Och kommer den dagen då vi kan förutsäga vilka foster som så småningom får cancer, hjärtinfarkt eller någon av de andra stora folksjukdomarna, så skulle vi med det synsättet abortera så gott som alla foster...

— Men det är viktigt att debatten om fosterdiagnostik hålls igång. Om verksamheten leder till att kvinnor väljer abort bara för att deras väntade barn har anlag för vissa sjukdomar så är det en tvivelaktig utveckling, menar han.

— Som det är i dag så är det bara gravt sjuka eller gravt handikappade foster som aborteras. Men det är föräldrarna som beslutar — inte vi, påpekar Felix Mitelman.



*På avdelningen för klinisk genetik i Lund analyseras nu 800 fostervattenprov om året. Resurserna är maximalt utnyttjade. Om de inte förstärks måste vissa gravida nekas fosterdiagnostik. Nu frågar man sig: Är det rimligt att börja diskutera avgiftsfinansiering som alternativ till att avvisa en del?*

*Bilder: BO TIDMAN*

■ Han anser att de som kritiserar verksamheten bör tänka på att med den fria abort som vi har i Sverige så är det nu 32 000 friska foster som aborteras varje år. Att acceptera detta och samtidigt vara kritisk mot fosterdiagnostik är en etisk-logisk kullerbytta.

Ett argument han känner för är risken att abort av foster med en viss sjukdom skulle kunna skapa negativa attityder mot de människor som har den sjukdomen. En sådan effekt måste i så fall motarbetas effektivt.

Men man kommer inte ifrån att ett handikappat barn kan innebära en enorm påfrestning för både föräldrar och eventuella syskon. Man vet att det är fler skilsmässor bland föräldrar till handikappade barn. Sådana synpunkter bör tas med i debatten om fosterdiagnostik, anser Felix Mitelman.

Det finns många som anser att fosterdiagnostik är försvarbar som den utnyttjas i dag men som är rädda för vad allt mer utvecklade och förfinade metoder kan föra med sig.

Är det risk att vi i framtiden väljer att "slå ut" foster med smärre defekter och lindrigare sjukdomar som t ex diabetes?

— Jag kan inte föreställa mig ett samhälle som använder sig av fosterdiagnostik

för att sortera bort vissa grupper. Ett samhälle med den inriktningen skulle ju i så fall ha mycket effektivare metoder att ta till och inte väja för dem heller, menar Felix Mitelman.

Men han tycker att exemplet med diabetikerbarn är värt att diskutera. Om ett föräldrapar där bägge är diabetiker får veta att deras väntade barn kommer att få sjukdomen är det kanske förstäligt om de väljer abort.

■ — Men det är helt och hållet föräldrarnas beslut. Om de väljer abort så är det ju inte för att samhället ska slippa kostnader för diabetikervård utan för att de ser sjukdomen som ett svårt handikapp som de vill skona ett barn ifrån.

— Samhället kan varken neka eller råda till abort i deras fall. Med vårt fria abortsystem kan ju ändå kvinnan i princip få abort vilken dag hon vill och åberopa något annat skäl, påpekar han.

Utvecklingen inom fosterdiagnostiken går mycket snabbt. Felix Mitelman tror att man snart ska vara nära ett mål för verksamheten — nämligen att inte bara kunna diagnostisera utan också behandla en del ärftliga skador och sjukdomar på foster innan skadorna har blivit obotliga.

Det är dit forskningen syftar.

*SOLVEIG STÅHL*

## Du slösar

med föreningens medel om vi måste eftersända Ditt POMSblad. Anmäl därför alltid adressförändring i god tid!

# ala-nytt

## "Ska det vara nå'n sorts recension?"

I förra veckan fick jag ett telefonsamtal från Inga Sommarström. Hon bad mig skriva lite om två häften som kommit ut under hösten här hos oss på ALA. "Ska det vara nå'n sorts recension?" undrade jag och tänkte att jag kunde komma undan genom att påpeka att jag nog är lite för partisk när det gäller att skriva recensioner om ALA-böcker. "Nej", sa Inga, "skriv bara nå't så att så många som möjligt får reda på att dom finns. Dom är så lättförståeliga och bra och när man är ute och pratar är dom så behändiga att ha med sig."

## Begåvning och begåvningshandikapp

Det ena häftet, på ca 40 sidor, heter "Begåvning och begåvningshandikapp" och är skrivet av Gunnar Kylén. ALA har gett ut det tillsammans med Handikappinstitutet, vilket bl a innebär att det inte är utformat som en vanlig ALA-rapport. Texten är större och mera lättläst (den är satt) och häftet innehåller även teckningar.

"Begåvning och begåvningshandikapp" är indelad i fem huvudavsnitt. Först beskrivs vad begåvning är. Ordet begåvning är ju, för många av oss tror jag, ett starkt värdeladdat ord, som nästan blivit fullt att använda. Det är också ett lite diffust begrepp, som vi lägger in olika betydelse i. Gunnar Kylén avgränsar och definierar begreppet, vilket bl a leder till att man kan få en mer saklig och mindre värdeladdad inställning till begåvningen. I det andra avsnittet beskrivs begåvningsutvecklingen och hur tänkandet gestaltar sig på olika abstraktionsnivåer. Därefter tas begåvningens roll i personlighetsdynamiken upp. Förutom begåvning och erfarenheter påverkar ju även våra känslor vårt handlande. Gunnar Kylén beskriver detta förhållande och sammanfattar genom att citera konstnären Evert Lundquist "man måste känna vad man vill och veta vad man gör". I det fjärde avsnittet beskrivs själva begåvningshandikappet samt skillnaderna mellan en hämmad, skadad och störd begåvningsutveckling.

Slutligen tar Gunnar upp begåvningshandikappets konsekvenser för samspillet med den sociala och fysiska miljön.

#### Begåvningsutveckling hos utvecklingsstörda

Det andra häftet, "Begåvningsutveckling hos utvecklingsstörda" av Gunnar Kylén, har vi gett ut i samarbete med FUB. Även i detta fall har samarbetet inneburit att texten är satt, vilket gör materialet mer lättläst. Häftet omfattar drygt 20 sidor.

Som namnet nästan låter förstå behandlas ungefär samma frågor som i "Begåvning och begåvningshandikapp". I det här andra häftet är dock beskrivningarna mer kortfattade och konkreta. Begåvningen och begåvningsutvecklingen beskrivs, förhållandet mellan begåvning, ålder och erfarenheter tas upp och illustreras med tre korta fallbeskrivningar. Elisabeth som är gravt begåvningshandikappad och bor på institution, Hans som bor tillsammans med en vän i egen lägenhet och Kajsa som bor på ett inackorderingshem. Slutligen beskrivs skillnaderna mellan begåvningshandikapp p g a hämning, skada och störning. Hur en störning kan uppkomma och effekterna av störning diskuteras också i detta avsnitt.

#### Kompletterar varandra

Sammanfattningsvis kan man säga att de två häftena fungerar bra som komplement till varandra. Där det sist beskrivna är det enklaste och mest konkreta, medan "Begåvning och begåvningshandikapp" är lite mer teoretisk, men som samtidigt ger större överblick.

Begåvningsutveckling hos utvecklingsstörda, G Kylén, pris: 6:10

Begåvning och begåvningshandikapp, G Kylén, pris: 19:-.

Kan beställas från:

Stiftelsen ALA

Box 5410

114 84 STOCKHOLM Tel: 08/60 82 84



# INSÄNDARE

Heinz Mauermann

## Invandrabarns språkproblem

Det finns ur efterkrigstysklands skolvärld en "söt" historia om pojken som var sämst i klassen i franska men hade femmor i alla övriga ämnen. När mamman ställde honom mot väggen kröp det ur honom med en stor portion förebråelse "Aber Mutti, die Franzosen haben doch Vati todgeschossen".

Det är skrivierna om invandrabarns språkproblem som fick mig att tänka på anekdoten. Problemen upptäcktes av språkforskare i bl a Göteborg och Helsingfors. De har konstaterat att barn till invandrare varken behärskar modersmålet eller svenska, barnen har ett alldeles för litet ordförråd. Språknämnden i Stockholm vågade sig inte på en kvantitativ jämförelse mellan t ex engelskan och svenska, man kan inte uttrycka ett språks ordförråd i siffror. När det gäller barn som inte har svenska till modersmål kan man däremot fastställa att de bara kan hälften eller som språkforskarna uttrycker det - de är halvspråkiga.

Anledningen till det ska vara dels människans oförmåga att lära sig två språk samtidigt dels misstänker man att barnen inte blir tillräckligt stimulerade språkligt därhemma.

Konsekvenserna av denna "halvspråkighet" utmålas som mycket dystra - barnen får svårt att tänka, svårt att följa med i skolan, svårt att stanna kvar grundskolan ut och svårt att fortsätta på högre skolor. Som den enda vettiga lösningen på problemen föreslår man en grundskola - helst även förskola - som visserligen är uppbyggd efter svenska normer men där all undervisning sker på barnens respektive modersmål.

I en av våra större invandrargrupper i vilken medlemmarna har den jugoslaviska nationaliteten gemensam, talas serbokroatiska (serbiska och kroatiska) slovenska, makedonska, tyska, ungerska, rumänska, turkiska, albanska, italienska, romani, tjeckiska, ukrainska och rusiska. Det är modersmål det är frågan om. Visserligen misstänker jag att denna typ av forskning bedrivs av "hjärnor" hos vilka endast språkcentrat återstår som fungerande enhet, men det är inte vettigheten i dessa undersökningar som jag vill gå in på i första hand. Jag ifrågasätter inte heller resultaten utan orsaksförklaringarna och följderna. Dessa vetenskapliga rön visar något som vi har vetat sen tornbygget uti Babylon - GUD ville jävlas med människorna för att stävja deras högmod och HAN har lyckats. Men i all sin banalitet är rönen på väg att få samma konsekvenser för en redan hårt drabbad grupp av människor som mycket av barnpsykologin har haft på föräldrar helt allmänt. De skapar osäkerhet. Man - och då speciellt invandrarföräldrar - kan få uppfattningen att alla barn som inte får sin undervisning på respektive modersmål blir utestängda från ett intellektuellt tillfredsställande liv för att inte säga de är dömda till ett liv i andlig misär. En av de säkra effekterna diskussionen om invandrabarns halv-språkighet kommer att ha är en utökning av deras föräldrars redan betydande dåliga samvete, en annan är en ännu större osäkerhet hos dessa barn och en ännu mindre tilltro till den egna förmågan. Hur många svenskar lider t ex av att det svenska språket är så mycket ordfattigare än andra kulturspråk? Har svensken överhuvudtaget en möjlighet att bli medveten om det?

Jag vill gärna återvända till anekdoten. Under ett år arbetade jag som hemma-hos-arbetare. När jag var ihop med en ensamstående jugoslavisk mor fick jag en släng av den nedlåtenhet som många utlänningar är utsatta för i Sverige. Man måste ha blivit behandlad som tredje klassens varelse för att skrämmas av utsikten vad detta har för inflytande på en människas självuppfattning. Sen denna omskakande upplevelsen utgår jag ifrån att det finns ett djupt liggande hat hos våra mest utsatta invandrare. Är det vettigt att vänta sig en större entusiasm när det gäller att tillägna sig ett språk som så effektivt bidrar till att beröva en ens värdighet? Och är det inte rätt enkelspårigt och ett utslag av högmod när man utgår ifrån att det är bristande intelligens som ligger till grund när utlänningar trots många år i Sverige fortfarande föredrar att tala sitt modersmål?

Men varför lär då inte barnen sig sitt modersmål? Egentligen är det ju ologiskt att tro att dessa ofta grymt isolerade invandramödrar skulle tala mindre med sina barn än svenska mödrar.

Vi vet att det av de mest graverande inslagen i ett invandrabarns liv är anpassningen till samhällets attityder. Oftast börjar även barnen att se ned på sina föräldrar och hyser förakt för den egna bakgrunden. Det leder till olösliga lojalitetskonflikter och till oförställbara familjetragedier. Man måste vara motiverad för att lära sig något - även språk - det är nog sensmoralen i historien om pojken som var så dålig i franska. Motivationen till att lära sig ett språk är behovet och viljan att meddela sig med sina medmänniskor. Men att lära sig ett modersmål som man skäms för? Hela framställningen av språkproblemen präglas av en förbryllande smalspårighet för att inte säga fackidioti. Först när man spekulerar över barnens framtid - och då med de egna resultaten som utgångspunkt - först då lämnar man sin språkliga sandlåda och går över till måleri - ödesmättat svartmåleri. Varför skulle invandrabarnen vara så angelägna att lära sig svenska? De som talar språket vill ju ändå inte ha med dem att göra. Dessa hinder ska den svenska grundskolan övervinna genom att gå över till diverse främmande tungomål. Om det inte gjorde så ont skulle man kanske le åt skolstyrelsens iver att nappa på förslaget. Har dom alltid gått så "förutsättningslöst" till verket är det inte förvånande att denna inrättning har utvecklats till en av landets största "flopgeneratorer".

För att titta lite närmare på invandrabarnens svårigheter i skolan vill jag återkomma till den ensamstående jugoslaviska trebarnsmamman. Utan underhållsbidrag från sin f d make och - det var före 1976 - utan bidragsförskott envisades hon med att klara sig och sina tre flickor på den inkomsten hon hade från sitt fabriksarbete. Dessutom vägrade hon att ta emot socialhjälp. Den kvinnan hade aldrig gått i en skola varken i Jugoslavien eller i Sverige. Det kändes löjligt att få henne att fatta att skolgång var livsviktig. Och hennes flickor tyckte förstas inte heller att den var viktigare än allt annat. Det gick inte speciellt bra i skolan men dessa flickor - åtta, nio och elva år gamla hade en kapacitet som simulantolkare som jag aldrig kommer i närheten av - jag har tyska som modersmål. Tyvärr finns i den svenska grundskolan inte öra för förmågor av det slaget.

Att gå nio år i skolan kan för somliga invandrarbarn innebära att de får lika mycket skolbildning som övriga släkten fick tillsammans. Varför skulle de offra ytterligare några inkomstbringande år? För övrigt "importerar" Sverige inga akademiker utan invandrarna är "hantverkare". Var ska då drivfjädern till hög utbildning komma ifrån? Har vi glömt hur det ser ut på våra universitet? Hur stor andel svenska arbetarbarn är det som fortsätter?

Att vilja råda bot på dessa "problem" genom 30 timmars "konversation" på modersmål i veckan är fåfängt. Det är ungefär lika intelligent som att ge en människa som lider av hemorrojder rådet att inte gå på toaletten några veckor. Om skolan ställer upp på det skulle den ådagalägga en övervärdering av den egna betydelsen för samhällsdaningen som tangerar storhetsvansinne. Skolan har än så länge inte lyckats göra speciellt mycket åt de fördomar som även detta samhälle är genomsyrat av. Det är våra fördomar som är orsaken till invandrarnas och invandrarbarns lidanden - inte några eventuella språksvårigheter.

## Vill Du bli recensent?

Till varje nummer av POMSbladet söker vi recensenter till de nya böcker, som vi får oss tillskickade eller som vi läser eller hör talas om. Boksidorna tycks också höra till de mer uppskattade inslagen i tidningen.

Redaktionen har sökt efter intresserade granskare över hela Sverige, men med blandad framgång. Mycket ofta kommer de från östra Svealand.

Men Du, som bor i annan del av vårt land, kunde väl också vara med? Du får ett trevligt tillfälle att delge andra läsare Dina intryck av och synpunkter på en bok eller rapport. Dessutom får Du förstås behålla skriften.

Om Du är intresserad av att vara med, så hör av Dig!

Redaktionen

# KURSER 1982

Här följer ett utplock av olika kurser som kan vara av intresse:

- Statens invandrarverks informationsbyrå anordnar en grundläggande kurs om invandrar- och minoritetsfrågor. Invandringsregler och flyktingpolitik. 3 - 5 febr. 1982 i Kungälv. Information 011-10 88 00/1098, 1104 Kostnadsfri.
- Fördjupningskurs om invandrapolitik mål och verklighet 15 - 17 mars 1982 i Sigtuna. Information se ovan. Kostnadsfri.
- Kurs i Griffiths utvecklingskala 0 - 8 år, 25 - 26.1 + 20-21.9. Anmälan senast 11.1. Dialogstudium AB, Anita Stenberg 08/96 54 49.
- Sjölungs grupprelationsträning, 22-26.3, 13-17.9. Anmälan senast 1.3 resp 23.8. Dialog Studium AB, Anita Stenberg 08/96 54 49.
- UGR-kurs i Frostigs träningsprogram för utveckling genom rörelse/perceptionsutveckling, 11-12.3, 22-23.4. Anmälan senast 25.2 resp. 8.4. Dialog Studium. Se ovan.
- Grundkurs i Bliss-kommunikation, 29.3 - 2.4 alt. 22-26.3. Anmälan 15.2. Svenska arbetsgruppen för Blisskommunikation, Kerstin Lörström, Kerstin Wester 013/19 24 05.
- Familjedynamik och familjebehandling, en orienteringskurs, 10-14.5. Anmälan 19/4. Göteborgs socialpsykologiska institut, Roland Ferm, 031/16 73 01.
- Fortsättningskurs i familjeterapi: Maketerapi och coterapi, 14 - 18.6. Anmälan 4.5. Institutet för familjeterapi. Karl Gustaf Pilz, 031/28 82 70.
- Psykoanalytisk teori och metod i individual- och familjeterapi, 24 - 26.3, 21-23.4. Institutet för holistisk psykoterapi, Gert Hansson, 031/12 88 66.
- Psykoanalytisk teori och metod i individual- och familjeterapi, fortsättningskurs. 12-14.5. Institutet för holistisk psykoterapi. Se ovan.
- Bioenergetisk analys: Engergidynamik och sexualitet, 19-23.4. Institutet för kropsinriktad psykoterapi, Gunilla Blomqvist, 08/96 36 41.
- Introduktionskurs i familjeterapi, 24-28.5. Institutet för familjeterapi, Karl Gustaf Pilz. 031/28 82 70.
- Omsorger- bara om utvecklingsstörda? 8-10.6. Anmälan 10.5. POMS
- Psykologens roll gentemot små boendegrupper, 2 dgr, v 12. Anmälan 1.3 POMS i samarbete med socialstyrelsen.
- Familjerådgivningens metodik i relationsbehandling, 21-23.4. Anmälan 1.3. Föreningen kommunal- och landstingsanställda familjerådgivare. Ulla Holmberg 08/24 57 20.

# EFTERLYSNING!

POMS-bladet har kommit i retur från:

Jette Buhl, Garvarevägen 6, 310 70 Torup

Lars Sarius, Manillagatan 15 B, 392 45 Kalmar

Kerstin Almborg, Granvägen 5, 791 00 Falun

P-O Östlund, Repslagargatan 17, 753 33 Uppsala

Marianne Carlsson, Djäknegatan 39, 3 tr, 754 25 Uppsala

Ingrid Sundström, Jungfrustigen 10, 695 00 Laxå

Christer Lindman, Friggagatan 33, 195 00 Märsta

Anna Jonasson, Timmervägen 60 F, 921 00 Lycksele

Eva Pärsson, Luthergatan 6 A, 802 23 Gävle

Katarina Nordlund, Mariehemsvägen 5 N, 902 36 Umeå

Barbro Jöberger, Åkerbyvägen 82, 183 35 Täby

Är det någon som känner till någon av dessa? Be dem skicka sin nya adress, så att de kan få POMS-bladet.

Du slösar med föreningens medel, om vi måste eftersända Ditt POMS-blad.  
Anmäl därför alltid adressförändring till Kristina Norén, Omsorgskontoret,  
Box 20033, 104 60 Stockholm.

## Nya medlemmar

Vi hälsar tre nya medlemmar välkomna i POMS:

Eva Rosén- Soerdén, Växjö

David Sundbaum, Östersund

Gunnel Sundén, Gytterp

# KRETSARBETE

ÄR DET STILTJE I KRETSARNA?

Reflexioner från kretsombudet i södra kretsen, Håkan Christiansson

Då jag för drygt ett år sedan ombads att vara kretsombud för POMS, informerades jag av min företrädare om att arbetet huvudsakligen bestod i att vara en länk mellan styrelsen och medlemmarna i södra kretsen bl a genom att delta på vissa styrelsemöten. Hur den här "länken" mera konkret skulle fungera hade jag rätt diffusa begrepp om. Kanske hade det varit värdefullt om någon från styrelsen hade berättat vad som förväntades av mig.

Efterhand har det dykt upp ett fåtal men dock arbetsuppgifter, som t ex att undersöka om någon arbetsgrupp i kretsen ville arrangera en arbetskonferens. Jag har också, med stor hjälp av psykologerna i Växjö kunnat medverka till att vi i södra kretsen samlades för att diskutera omsorgskommitténs betänkande. Det har alltså inte varit någon direkt betungande uppgift att vara kretsombud.

Gensvaret från medlemmarna har varit blandat. Glädjande nog har man i Malmöhus län tagit på sig ansvaret för nästa års arbetskonferens. Däremot blev uppslutningen vid kretsmötet relativt liten. Skälen härtill kan väl dels vara att behovet av att träffa arbetskamrater från andra län har blivit allt mindre efterhand som antalet psykologer i varje län har ökat, dels att många fick ta ut semester för att kunna komma till mötet. Arbetsgivaren har förmodligen blivit mera restriktiv till våra träffar nu när det ekonomiska klimatet blivit bistrare.

Jag vet inte om intresset för kretsmöten var större för några år sedan, men det är väl rimligt att anta att behovet av att få impulser från arbetskamrater i andra län var större förut, när man t o m kunde vara ensam psykolog i sitt län.

Jag tror att vi omsorgspsykologer alltid kommer att ha ett stort behov av att träffas på konferenser typ Åre, och att vi måste få arbetsgivaren mera positiv till sådan verksamhet. Däremot är jag mera tveksam till regelbundna möten kretsvis. Jag föreslår istället att kretsarbetet bryts ner till länsnivå.

VI VILL HÖRA MER IFRÅN KRETSARNA- HUR FUNGERAR ER KRETS ?  
VI VILL HA IGÅNG EN DEBATT OM DETTA I POMSBLADET UNDER VÅREN!

FRÅN ÖSTRA KRETSEN .....

Det senaste året har Östra kretsen inte haft något kretsombud. Sedan årsmötet delar jag, Sara Wallin och Christer Lindman på denna funktion.

Östra kretsen omfattar Stockholms, Östergötlands, Gotlands och Sörmlands län. Kretsen omfattar med andra ord ett 70-tal psykologer!

Eftersom det tidigare inte funnits något kretsombud, infinner sig en rad frågor till kretsens medlemmar:

Vilka frågor ska vi i kretsen jobba med? Ge förslag!

Är denna krets "bra" till sitt omfång? Geografiskt?  
Till antalet - ett 70-tal psykologer?

GIV RESPONS TILL EN HELT NY KRETSOMBUDSGRUPP SOM  
KÄNNER SIG OSÄKRA !

Skriv dina synpunkter till Inger Nilsson  
Rinkeby distriktskontor  
Box 5092  
163 05 SPÅNGA

# Styrelsens sida

Laggruppen har, efter den arbetskonferens den 29 oktober som årsmötet beslutade om, arbetat vidare med yttrandet över omsorgskommitténs slutbetänkande och räknar med att ha ett förslag klart innan nästa styrelsesammanträde den 11 december.

För att så snabbt som möjligt sprida yttrandet till samtliga POMS-medlemmar kommer förslaget till styrelsen att bifogas detta nummer. Yttrandet kommer att överlämnas till Sveriges Psykologförbund och till Omsorgskommittén.

Diskussioner har förts om den nuvarande kretsindelningen, kretsombudens uppgift och förutsättningar för kretsarbete. Omsorgspsykologernas arbetssituation har förändrats mycket sedan nuvarande kretsindelning gjordes. Fyller kretsen idag någon funktion för medlemmarna? Vad finns det för alternativa organisationsformer? Skulle exempelvis en indelning av medlemmarna utifrån länstillhörighet medföra bättre förutsättningar för samarbete och gemensamt ansvar för vissa uppgifter.

Kretsombuden kommer att kallas till styrelsemötet den 12 /2 för att diskutera dessa frågor. Hör gärna av dig till ditt kretsombud med synpunkter och förslag innan dess!

Datum och plats för vårens styrelsesammanträden blir: 15/1 i Växjö, 12/2 i Stockholm, 19/3 i Uppsala, 16/4 i Stockholm och 14/5 i Karlshamn.

Vårens arbetskonferens kommer att arrangeras av södra kretsen och äga rum under vecka 11. Den kommer att behandla omsorgspsykologens roll som handledare och stöd i de nya bostadsgrupperna.

Sommarkonferensen 1982 kommer att anordnas av västra kretsen. Den planeras äga rum under vecka 24. Konferensen kommer att handla om andra handikapp dvs habilitering av andra än utvecklingsstörda.

För styrelsen

Ann-Christin Sundin