

# Gemensam eller särskild organisation?

– om organisationsval och dess konsekvenser för tolkning av handikappideologiska begrepp

MAGNUS TIDEMAN

*Av tradition har insatser till äldre personer och till personer med funktionshinder samorganiserats i kommunerna.*

*Under 1990-talets första hälft har i en del kommuner handikappfrågor särskilts från äldreomsorgen och särskilda handikappavdelningar tillskapats. I artikeln analyseras och diskuteras, utifrån berörda intressenters bedömningar av organisationernas motiv och effekter, vilken betydelse val av gemensam eller särskild organisationsmodell har för tolkning och förverkligande av de handikappideologiska principerna normalisering och integrering.*

Under 1990-talet har det kommunala ansvaret för samhällets insatser för personer med funktionshinder utökats. Kommunerna har övertagit ansvaret för omsorgsverksamheten för personer med utvecklingsstörning från landstingen och införandet av Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har stärkt rättigheterna för perso-

Magnus Tideman är socionom och doktorand i socialt arbete vid Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet. Han är verksam vid Wigforssinstitutet för välfärdsforskning på Högskolan i Halmstad och inriktad på handikappforskning, särskilt levnadsvillkor för personer med utvecklingsstörning i relation till förändringar av välfärdssamhället.

ner med funktionshinder och därmed de kommunala skyldigheterna. Dessa förändringar, och andra förändringar som t.ex. psykiatrireformen, ökar kommunernas ansvar på handikappområdet och aktualiserar frågan om hur kommunerna ska organisera insatserna för personer med utvecklingsstörning och andra funktionshinder. Ska den traditionellt samorganiserade äldre- och handikappomsorgen bestå eller ska särskilda handikappomsorgsavdelningar tillskapas? Några centrala direktiv eller rekommendationer i organisationsfrågan har inte getts och val av organisationsmodell har i linje med den ökade lokala friheten överlä-

tits till varje kommun<sup>1</sup>. I praktiken har kommunerna valt mellan två huvudmodeller för organisering av handikappverksamheten: antingen en sammanslagning av verksamheter för äldre och för funktionshindrade i en gemensam äldre- och handikappomsorg eller specialisering i form av en särskild handikappomsorg.

Inledningsvis presenteras i artikeln de handikappideologiska principerna normalisering och integrering och de teoretiska utgångspunkterna om organisationer kortfattat. Därefter redovisas, utifrån en studie i Hallands län, kommunernas val av organisation och berörda parter bedömningar och erfarenheter av organisationsmodellerna. Sedan görs, med utgångspunkt i intressenternas synpunkter, ett försök att klarlägga några av skillnaderna mellan äldreomsorg och handikappomsorg. Avslutningsvis diskuteras organisationsvalets betydelse för tolkning och förverkligande av normaliserings- och integreringsprinciperna.

## Handikappideologiska principer

Handikappolitiken, och då särskilt de insatser som riktar sig till människor med utvecklingsstörning, har under de senaste decennierna dominerats av två ledstjärnor, *normalisering och integrering*. Normaliseringsprincipen har sitt ursprung i 1960-talets kritik av institutionsvården av personer

med utvecklingsstörning. Den kraftiga kritiken mot den segregerade vårdformen och dess effekter (se t.ex. Goffman 1961, Kylén 1981) låg tillsammans med de påtagliga olikheterna i levnadsförhållanden för människor med och utan utvecklingsstörning till grund för utformandet av normaliseringsprincipen. Normaliseringsprincipen låg väl i linje med välfärdsstatens ideal om jämlikhet och rättvisa när den uttryckte att människor med utvecklingsstörning är samhällsmedborgare och har rätt till samma standard och levnadsvillkor som andra (Nirje 1970).

Så småningom »kompletterades« normaliseringsprincipen med att personer med utvecklingsstörning inte bara skulle ha levnadsvillkor som andra, de skulle också leva bland andra – dvs. integreringsprincipen. Integrering kan ses både som ett medel för att nå normalisering och som ett mål i sig själv (Söder 1979). Introduktionen av de båda principerna ledde under 1970- och 80-talet, tillsammans med beläggen för institutionsboendets skadliga effekter, till avveckling av institutioner och etablering av sk öppna omsorger. Kommunernas övertagande av ansvaret för verksamheter för personer med utvecklingsstörning på 1990-talet motiverades framförallt med att kommunaliseringen var ett medel för att bättre kunna nå målen normalisering och integrering. Dagens handikappolitik omfattar fortfarande dessa principer, vilket bland annat framgår av regeringens proposition inför riksdagsbeslutet om LSS:

1 Någon samlad nationell kunskap om vilka kommunala organisationsmodeller som valts för handikapp- och omsorgsverksamhet finns ej (Kommunförbundet 1997).

»Målet för verksamheten enligt den nya lagen bör vara att människor med omfattande funktionshinder skall kunna skapa sig ett värdigt liv,

så likt andra människors som möjligt och i gemenskap med andra människor» (prop 1992/93:159)

## Välfärdspolitik och organisation

LSS och handikappreformens genomförande på 1990-talet är en del av den välfärdspolitiska utvecklingen, en utveckling som kan avläsas på tre nivåer (Lindqvist & Borell 1998):

1. Den överordnade välfärdspolitiska nivån där program, principer och lagar utformas
2. Den organisatoriska mellannivån där olika yrkesgrupper ska uppfylla målsättningarna
3. Den individuella nivån där de enskilda individerna återfinns

I denna artikel riktas intresset i första hand mot den organisatoriska nivån. Uppbrottet, åtminstone partiellt, från den centralt utformade svenska välfärdsmodellen får konsekvenser på organisationsnivån (a.a.). Statsmakterna har under senare år har gett kommunerna en större och självständigare roll. Statens påverkan på den kommunala handikappverksamheten sker genom att rättighetslagstiftningen LSS anger individers rättighet till vissa insatser som kommunerna ska svara för. I linje med den generella förändringen av relationerna mellan staten och kommunerna avstår den centrala nivån från att reglera hur dessa insatser ska organiseras på lokal nivå.

Den ökande friheten och det ökade ansvaret för kommunerna är en följd av för-

ändringar som decentralisering, ramlagstiftning och generella statsbidrag. Formerna för välfärdspolitiken tenderar att bli allt mer varierande till följd av decentralisering och avreglering, vilket leder till en heterogeneringstendens (a.a.). Utöver detta, eller som en del av detta, kan man på organisationsnivå tala om en konflikt mellan diversifiering och renodling av verksamheternas innehåll (a.a.). En gemensam äldre- och handikappomsorg kan sägas utgöra ett exempel på det förstnämnda. Olika typer av verksamheter med skilda inriktningar och skilda målgrupper samlas i en organisationen. Motsatsen, dvs. en renodlad verksamhet, är en specialiserad handikappomsorg där organisationen koncentreras på en mer begränsad målgrupp. Kommunernas val av organisation för handikappverksamheten påverkar sannolikt målsättningen för insatserna. Hur välfärdspolitiken utvecklas blir mot den bakgrunden allt mer en fråga om kommunala organisationers utformning och roll.

## Organisation som diskurs och politik

Historien visar att samhällets synsätt och insatser för människor med funktionsnedsättning varierar över tid (se t.ex. Söder 1981, Förhammar 1991, Holme 1996, Olsson & Qvarsell 1996). Samhällets förhållningssätt gentemot funktionshindrade som grupp präglas vid varje tid av rådande människosyn och det sociala, kulturella och ekonomiska klimatet. En källa till påverkan är också det sätt som samhället väljer att organisera och förmedla stöd och service på. Vilken organisation som väljs är i sin tur en produkt av den rådande diskursen, dvs. det

sätt på vilket samhället tänker, skriver och resonerar kring människor med funktionshinder. Ur diskursperspektiv blir organisationsmodellen betydelsefull både som en produkt av rådande diskurs men också som en producent av diskursen. Enligt ett socialkonstruktionistiska synsätt spelar organisationen en roll som struktur och bärare av värderingar och handlingar som betraktas som legitima. Organisationen är en bärare av idéer, kunskap, mål etc som ska vara vägledande för verksamheten och skapar därmed de kollektiva referensramarna (Alvesson 1998). Organisation och synsätt är ur detta perspektiv nära förbundna.

Valet av organisation är i sig en politisk handling (Rothstein 1991). Organisationer är i sig politiska eftersom de handlar om intressen, föreställningar, preferenser och beteenden och konflikter runt dessa. Politik går ut på att fördela värden och det gör politikerna bland annat via organisationen. Valet av organisation blir därmed en fråga om vilken modell som bäst förmår fördela värdena i enlighet med intentionerna. Ur det politiska perspektivet är *organisationsvalet centralt för såväl resurstilldelning som förutsättningar att förverkliga de handikappolitiska målsättningarna*.

En uppgift för politiken är att ge medborgarna ett fullgott medborgarskap. Till skillnad från det *civila och det politiska medborgarskapet*, som är abstrakta relationer och där staten företrädesvis är passiv, är *det sociala medborgarskapet* konkret och kräver aktiva insatser från samhällets sida. Det sociala medborgarskapet kräver att den enskilde får konkreta insatser som garanterar honom eller henne en social grundtrygghet (Marshall 1964). Dessa insatser måste distribue-

ras, organiseras och betalas (Johansson 1992). För att människor med funktionshinder ska uppnå alla tre dimensionerna av medborgarskap behöver de insatser från samhället som ger dem möjlighet att aktivt delta i samhället och kunna utnyttja sina medborgerliga rättigheter. Dessa insatser förmedlas genom flera av samhällets organisationer, men i huvudsak genom kommunernas handikappverksamhet. Ur medborgarskapsperspektivet blir en grundläggande fråga *vilken organisationsmodell som bäst distribuerar de resurser personer med funktionshinder behöver för att uppnå socialt medborgarskap*.

## Syfte

Personer med utvecklingsstörning eller andra funktionshinder är ofta i stort och livslångt beroende av samhällets insatser. Genom välfärdspolitikens förändring har ansvaret för dessa insatser och förverkligandet av de handikappolitiska målen i allt större utsträckning förlagts på kommunal nivå. Samtidigt har den lokala friheten att välja organisationsmodell ökat. Syftet med artikeln är att analysera kommunernas val av organisation för handikappverksamheten och diskutera organisationsvalets betydelse för tolkning och förverkligande av de handikappideologiska principerna normalisering och integrering. Resultaten från studien kan ses som ett exempel på att välfärdspolitik genom decentraliseringen allt mer blir en fråga om organisation på lokal nivå.

## Material och metod

Kommunerna i Halland var 1991, tillsammans med kommunerna i Jämtland, först i landet med att ta över ansvaret för verksamheterna för personer med utvecklingsstörning från landstinget. Uppgifter om vilka organisationsmodeller för handikappverksamheten de sex kommunerna i Halland valde och hur dessa förändrats över tid har samlats in inom ramen för en longitudinell studie om kommunaliseringen av särskolan och omsorgsverksamheten och dess effekter för levnadsförhållandena för personer med utvecklingsstörning (se Tideman 1997, Sandén & Tideman 1997). Intressenter som berörts av kommunaliseringen har, som en del av sina bedömningar av kommunövertagandets konsekvenser, redogjort för sina erfarenheter och sin syn på kommunernas val av organisation för omsorgsverksamheten. De berörda intressenterna som tillfrågades i varje kommun var handikapporganisationerna Föreningen för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna (FUB) och Föreningen Autism i Halland (FAH), föräldrar till barn med utvecklingsstörning eller autism, anhöriga till vuxna med utvecklingsstörning, personal inom omsorgsverksamheten, tjänstemän med ledningsansvar för omsorgsverksamheten samt ledande politiker och chefstjänstemän. Handikapporganisationerna FUB<sup>2</sup> och FAH<sup>3</sup> i respektive kommun har, liksom tjänstemän med ledningsansvar<sup>4</sup>, 1995/96 besvarat frågor om sin syn på valet av organisation i den egna kommunen. 1995 bedömde föräldrar till barn

2 n=6

3 n=6

4 n=6 (Avdelningschefer eller liknande)

med utvecklingsstörning<sup>5</sup>, anhöriga till vuxna med utvecklingsstörning och personal<sup>6</sup> på gruppboheter och dagcenter organisationsfrågan. Under 1995/96 har ledande politiker och chefstjänstemän<sup>7</sup> i kommunerna intervjuats om sin syn på och bedömning av organisationsmodellerna<sup>8</sup>.

Metoderna för insamling av synpunkter från intressenterna har skett på något olika sätt. Alla intressentgrupper har svarat på skriftligt likalydande formulerade frågor om deras bedömning av motiv till och konsekvenser av organisationsvalet. Undantaget i datainsamlingsmetod utgörs av politikerna och chefstjänstemännen som istället för besvara en enkät lämnat sina svar vid intervjuer. Frågeställningarna var desamma men intervjuformen i sig ger möjlighet till något mer uttömmande och nyanserade svar än enkätformen. Datainsamlingen har genomförts under åren 1995–1996. Tidsspannet gör att smärre organisatoriska förändringar kan ha skett i enskilda kommuner under datainsamlingsperioden, vilket kan ha påverkat svaren eftersom synpunkter relateras till vid insamlingstillfället gällande organisation.

## Begränsningar

Organisationsfrågan kan analyseras och diskuteras ur olika perspektiv och på olika nivåer. Organisationer är ofta så komplexa fe-

5 n=356

6 n=165

7 n=50

8 För en fullständig redovisning av de olika delundersökningarna hänvisas till Tideman (1997) och Sandén & Tideman (1997).

nomen att vi aldrig kan uppnå någon fullständig kunskap om dem (Morgan 1986). Som betraktare måste man fokusera på några olika fenomen i denna komplexitet. Några viktiga infallsvinklar som inte berörs i denna artikel kan nämnas.

Den första är att det är lätt att underskatta individernas roll i en organisation. Det finns en tendens att se på hur de olika organisationsrutorna är ritade och bedöma organisationen utifrån det. Det står i kontrast till t.ex. handikapporganisationernas praktiska erfarenhet av att en enskild tjänsteman eller en ordförande i den politiska nämnden kan ha stort inflytande över hur verksamheterna fungerar och utvecklas, eller inte utvecklas (Tideman 1997). Enskildas människosyn, värderingar, kompetens etc har ett visst genomslag (Lipsky 1980) eller t.o.m. ett avgörande inflytande (Larsson & Morén 1988) på organisationer och hur de fungerar.

I denna artikel är den formella organisationsmodellen i fokus men man bör skilja mellan organisation och organisering (Björkemarken 1995). Identisk lika organisatoriska lösningar kan t.ex. motsvaras av en mycket varierad praktik. Dessutom kan organisationer betraktas ur flera olika aspekter som rättssäkerhetssynpunkt (Bengtsson 1997),

samarbetsperspektiv (Boklund 1995), som arenor för professionskamp (Brint 1994) eller interna och externa intressestrider (Mintzberg 1983) vilket lämnas utanför denna artikel.

## Organisationsval i kommunerna

I tabell 1 redovisas omsorgsverksamheten för personer med utvecklingsstörning och dess organisatoriska hemvist i de halländska kommunernas socialtjänst 1991 och 1996 fördelat på de två huvudalternativen gemensam äldre- och handikappomsorg respektive särskild handikappomsorg. Med gemensam organisationsmodell avses att omsorgsverksamheten ingår i en avdelning tillsammans med äldreomsorg. Med särskild organisationsmodell avses att omsorgsverksamheten själv eller tillsammans med verksamheter för andra funktionshindrade bildar en egen avdelning.

Som framgår av tabell 1 hade fem kommuner 1991 valt särskild organisation och en kommun valt gemensam organisation. 1996 hade tre kommuner särskild organisation medan tre hade gemensam. Enligt kommunernas utredningar inför beslut om organisation var det huvudsakliga motivet för de kommuner som valt en gemensam äldre-

Tabell 1.

### *Organisationsval för de särskilda omsorgerna 1991 resp 1996*

Kommun/år	Organisation 1991	Organisation 1996
Laholm	Särskild	Gemensam
Halmstad	Särskild	Särskild
Hylte	Särskild	Särskild
Falkenberg	Särskild	Gemensam
Varberg	Gemensam	Gemensam
Kungsbacka	Särskild	Särskild

och handikappomsorg att en integrering av omsorgsverksamheterna i äldreomsorgen markerade att det inte skulle byggas upp någon säromsorg för personer med utvecklingsstörning i kommunen. Äldreomsorgen och handikappomsorgen bedömdes ha mycket gemensamt när det gäller t.ex. stöd och service till personer i eget boende. Den organisatoriska integreringen ansågs medföra en positiv utveckling för omsorgsverksamheten, bl.a. i form av ökat utbyte med personal från äldreverksamheterna. Därutöver skulle lösningen kunna ge ekonomiska effektivitetsvinster.

Motiven för att särskilja handikappomsorg från äldreomsorg, och låta omsorgsverksamheten för personer med utvecklingsstörning bilda en särskild organisation (oftast tillsammans med insatser för andra grupper funktionshindrade), var att en specialisering sågs som det bästa sättet att garantera kvalitet på stöd och service och tillförsäkra bevarande och utveckling av en speciell handikappkompetens. En särskild organisation sågs i dessa kommuner inte som något hinder för förverkligande av integrerings- eller normaliseringsprinciperna eftersom principerna handlar om funktionshindrades villkor och inte organisationens eller personalens integrering.

## Intressenternas bedömningar

Vilka erfarenheter har de berörda intressenterna av gemensam respektive särskild organisationsmodell? Vilken modell förespråkar de och med vilka motiv?

*Handikapporganisationernas* bedömningar av kommunaliseringens konsekvenser för personer med utvecklingsstörning är

både positiva och negativa. Flest positiva bedömningar gör de handikapporganisationer som verkar i kommuner som valt en särskild handikappomsorg. Samtliga företrädare för handikapporganisationerna anser, oavsett vilken modell kommunen som de verkar i har valt, att en egen organisation för personer med utvecklingsstörning och andra funktionshindrade är den bästa lösningen för både brukarna och verksamheterna. Motiven är framförallt att de behov människor med utvecklingsstörning har tenderar att komma i skymundan av den politiskt mer intressanta äldregruppens behov, att handikappkompetens bäst utvecklas i en särskild organisation och att en särskild organisation underlättar såväl för brukare som för samarbete mellan kommuner. Handikapporganisationerna anser att det för enskilda vore positivt med utökat samarbete mellan de olika verksamheterna inom socialtjänsten, men menar att detta kan åstadkommas utan att de olika verksamheterna samorganiseras.

*Föräldrar* till barn och ungdomar och *anhöriga* till vuxna med utvecklingsstörning framhåller, liksom *omsorgspersonal* som arbetar med vuxna med utvecklingsstörning, att det ligger ett viktigt symboliskt värde i att personer med utvecklingsstörning har blivit »kommunmedborgare« istället för »landstingsmedborgare«. Genom kommunaliseringen har den negativa kopplingen mellan handikapp och sjukdom försvunnit. Kommunövertagandet anses dock för personer med utvecklingsstörning ha inneburit en ny risk för destruktiv och negativ stämpling när verksamheter för äldre och för funktionshindrade förs samman i en gemensam organisation. Det visar sig menar respondenterna i tolkningen och det praktiska för-

verkligandet av de handikappideologiska principer i kommuner som valt gemensam äldre- och handikappomsorg. I dessa kommuner genomförs försämringar av såväl kvantiteten som kvaliteten på stöd och service och försämringarna motiveras med, enligt respondenterna, felaktiga tolkningar av normaliseringsprincipen. Ett återkommande exempel är att normalisering sägs vara att »alla måste dra sitt strå till stacken i dåliga tider«. Denna typ av argument anser många föräldrar, anhöriga och personal vara ett tecken på stor okunskap om människor med utvecklingsstörnings speciella behov och om gruppens historiska eftersläpning i förhållande till andra grupper vad gäller levnadsstandard. För att motverka en sådan negativ utveckling och för att öka tillgängligheten till insatser samt att bibehålla handikappkompetens förespråkar en klar majoritet av föräldrar, anhöriga och personalen särskilda avdelningar för handikappomsorg i kommunerna.

*Tjänstemännen* (avdelningschefer) argumenterar för båda huvudmodellerna med en liten övervikt för de som förespråkar en särskild organisation. Huvudintrycket är att tjänstemännen är lojala med den modell den egna kommunen valt. De tjänstemän som föredrar en gemensam organisation betonar att det är svårt att dra en gräns mellan äldre- och handikappfrågor och att kommunen istället för att se till ålder, diagnos eller orsak till hjälpbehov ska se till individen och dennes behov av service. Sammanförande av äldre- och handikappomsorg ses också som ett led i normaliserings- och integreringssträvandena för personer med utvecklingsstörning. De tjänstemän som argumenterar för en särskild organisation menar att äldre-

omsorg och handikappomsorg är skilda kunskapsområden som kräver olika kompetens. De gemensamma nämarna mellan äldre- och handikappomsorg är få. Personer med utvecklingsstörning är i motsats till äldreomsorgens brukare i alla åldrar och har ofta servicebehov under hela livet. Funktionshindrets karaktär kräver speciell kunskap hos personalen och handikappverksamhet bedöms i sig själv vara ett så stort och sammansatt område att det kräver sin egen organisation.

Flertalet *politiker och chefstjänstemän* är i sina svar otydliga beträffande motiven till den organisationsmodell som kommunen valt för handikappverksamheten. Det framgår dock att det sällan är brukarnas behov som varit vägledande för valet. I de flesta svar talas istället om rationella organisationsprinciper och ekonomiska besparingar. Motiven för en särskild organisation har, när detta alternativ har valts, varit att underlätta för brukaren genom att begränsa antalet handläggare, men framförallt att en mer specialiserad organisationsmodell bedömts innebära resursbesparingar. Vid val av en gemensam organisationsform uppger respondenterna att organisationsvalet ses som ett medel på vägen mot normaliseringen för människor med utvecklingsstörning eftersom de då integreras med andra. Det vanligaste argumentet för en gemensam äldre- och handikappomsorg är dock att bristen på pengar gör att kommunerna hela tiden ser över organisationen och samorganiserar olika verksamheter för att uppnå ekonomisk effektivitet. Både politiker och chefstjänstemännen förutspår fortsatta organisationsförändringar. Bevekelsegrunden till kommande förändringar bedöms framförallt



vara att förändra organisationen för att uppnå ekonomisk effektivitet.

En sammanfattning av intressenternas ståndpunkter ger följande bild:

- Handikapporganisationer, föräldrar, anhöriga och personal förespråkar särskilda handikappavdelningar med hänvisning till i första hand kompetens- och tillgänglighetsaspekterna.
- Tjänstemännen är lojala med den egna kommunens organisationsval
- Ledande politiker och chefstjänstemän betonar rationalitet och ekonomi som ledande organisationsprinciper

## Skillnader mellan äldreomsorg och handikappomsorg

Kommunernas verksamheter för äldre och för människor med funktionshinder har gemensamma drag men också sådant som skiljer dem åt. Till det gemensamma hör att båda är riktade mot avgränsade målgrupper, och kan betecknas som målgruppsspecialiserade om än i olika grad, och att de är sk gräsrotsbyråkratier (Lipsky 1980). I svaren från framförallt handikapporganisationer, föräldrar, anhöriga och personal lyfts dock skillnaderna fram och jag ska nedan koncentrera mig på att kortfattat lyfta fram några av de skillnader som finns mellan insatser till äldre och till personer med utvecklingsstörning (och andra funktionshinder).

Funktionshindrade har mer tydligt formulerade rättigheter än äldre. På lagstiftningsnivå finns en betydande skillnad som innebär att insatser till äldre regleras främst via ramlagstiftningarna Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

medan insatser till personer med utvecklingsstörning i huvudsak regleras via rättighetslagstiftningen LSS. Ambitionen med insatserna ligger på olika nivåer då SoL anger skälig levnadsnivå som ambitionsnivå medan LSS talar om goda levnadsvillkor (Lewin 1998). Vad gäller insatsernas inriktning, syfte och varaktighet finns också skillnader (Ringsby-Jansson 1998). Stödinsatser till äldre ges främst för att bemästra problem i en förändrad livssituation så att ett värdigt liv kan uppehållas under slutfasen av livet. Till de behov av insatser äldre har finns med stigande ålder en ökande medicinsk del. För personer med utvecklingsstörning finns ofta behov av stöd under hela livet och stödet är främst inriktat på att utveckla social kompetens och sociala relationer. Funktionshindret utvecklingsstörning och dess specifika karaktär och konsekvenser ställer särskilda krav på insatsernas utformning och innehåll. Det ofta livslånga och omfattande beroendet av samhällets insatser personer med utvecklingsstörning har innebär också en stor utsatthet. Därtill kommer att människor med utvecklingsstörning i jämförelse med äldre är föremål för mindre politiskt intresse, har sämre social och ekonomisk status och de har större svårigheter att föra sin egen talan (Hasenfeld 1992).

Skillnader mellan handikappomsorg och äldreomsorg framgår tydligt i ÄDEL-reformens slutrapport (Socialstyrelsen 1996). Äldreomsorgen handlar mycket om långvarig sjukvård, ökad medicinsk kompetens, sjukvårdsfrågor etc. Under senare år har det utvecklats ransoneringsstrategier inom äldreomsorgen för att klara de nya krav en större målgrupp och minskande resurser ställer (Borell & Johansson 1998). Ett exempel på

detta är att verksamheten har inriktats på omvårdnad och tillsyn på bekostnad av sociala serviceinsatser. För personer med utvecklingsstörning eller andra funktionshindrade är det inte i första hand mer medicinsk kompetens som behövs utan insatser och verksamheter som ger förutsättningar för ett så normalt liv som möjligt. De problem som de skilda livssituationerna för funktionshindrade och äldre aktualiserar, liksom skillnader i det stöd de olika grupperna behöver leder till att den kompetens och kunskap som organisationen bör ha är olika. De frågor som står i fokus för t.ex. en yngre person med utvecklingsstörning är av naturliga skäl annorlunda än för den vårdbehövande pensionären. Även om likheter finns är målen med samhällets insatser till de båda grupperna till stora delar olika och metoderna, kunskaperna och kompetensen som krävs är av relativt skilda slag.

## Process- eller resultatlikhet?

Intressenternas syn på organisationsval kan kopplas till den övergripande handikappolitiska målsättningen att personer med utvecklingsstörning och andra funktionshinder ska tillförsäkras jämlikhet i levnadsförhållanden med andra medborgare. Denna jämlikhet eller likhet kan något förenklat ses på två olika sätt. Det ena synsätt betonar processlikhet, det andra resultatlikhet (efter Sandvin 1992).

*Processlikhet* fokuserar på likhet inför lagen och lika formella rättigheter. Som en följd av detta ska alla likabehandlas. Det innebär att lagstiftning, regler, rutiner, organisationer etc som särbehandlar eller diskriminerar grupper eller personer ska undvikas. Process-

likhet innebär inte bara att alla ska ha samma rättigheter till en tjänst utan också att tjänsterna ska ges i samma former och genom samma kanaler till alla. I förhållande till frågan om organisation av handikappverksamheter på kommunal nivå innebär detta perspektiv gemensam organisation för olika grupper som behöver likartad stöd och service. En egen avdelning för människor med utvecklingsstörning och andra funktionshindrade är i strid med processlikheten eftersom den ses som en form av särlösning.

*Resultatlikhet* är inte primärt fokuserat på de formella rättigheterna eller på vilket sätt de ges, utan inriktar sig på vad de enskilda i praktiken får för hjälp. Utgångspunkten är att om samma hjälp ges till en person med funktionshinder och till en icke-funktionshindrad förlorar den funktionshindrade på detta. Just beroende på sitt funktionshinder behöver hon kompensation för sina »brister«. För att nå verklig likhet i praktiken behöver den funktionshindrade en olik behandling. Följden av detta resonemang blir att det är viktigt att organisera verksamheten så att likhet i levnadsförhållanden uppnås. För detta krävs en organisation som står på de funktionshindrades sida. I en kamp om begränsade resurser kommer personer med utvecklingsstörning och andra funktionshindrade att vara förlorare om inte någon ser det som sin uppgift att driva deras frågor. En betoning av resultatlikhet talar för en särskild organisation för personer med funktionshinder.

## Normaliseringstolkningar

I politikernas och tjänstemännens svar på frågan om motiv till val av gemensam äldre-

och handikappomsorg ges en tolkning av normaliseringsbegreppet som ligger i linje med processlikhetstanken. Den betonar att man inte ska peka ut, inte segregera, personer med utvecklingsstörning. Utgångspunkten är att man tar avstånd från identifiering av funktionshindrade därför att man inte vill bidra till stämpling. En icke-stämplande hållning kan leda till uppfattningen att funktionshindret/handikappet inte är något problem, det ska inte pekas ut, inte synas. Det är en välmenande inställning att inte fokusera svårigheterna utan individernas starka sidor istället, men då riskerar man glömma eller t.o.m. förneka vilka dramatiska effekter funktionshindret kan ha för den enskilde individen (Löchen 1996). Icke-stämpling kan bli en strategi för försämring av kvantitet och kvalitet på servicen då man i ekonomiskt svåra tider söker efter mindre kostsamma alternativ. Om det inte är något speciellt med att vara funktionshindrad och om personer med funktionshinder inte ska pekas ut så kan alla insatser som riktar sig till just funktionshindret undvikas eftersom de är potentiellt stämplande och segregande (Söder 1989).

En tolkning av normaliseringsprincipen som innebär att vi ska undvika att se funktionshindret/handikappet, kan tolkas som ett förakt för svaghet (Ofstad 1972). I enlighet med samhällets ideal om prestationer som mätare på människors värde ser vi ned på och föraktar de som inte är produktiva, effektiva och självständiga, som t.ex. människor med utvecklingsstörning. Detta synsätt kommer i konflikt med ett annat samhälleligt värdemönster, att alla oavsett prestationsförmåga är lika mycket värda. För att hantera denna konflikt omformas förak-

tet till ett nedlåtande »tyckasyndomtänkande«. Medlidande hyses med personer med utvecklingsstörning men när pengarna tryter och vi inte anser oss ha råd att ge tillräcklig hjälp till dem det är synd om, används normalisering som täckmanteln för att inte se deras funktionshinder och de speciella behov det medför. Istället betonas att personer med utvecklingsstörning är lika andra människor och ska behandlas på samma sätt som andra. När stöd till människor med utvecklingsstörning inte ska skilja sig från det stöd som ges till andra bortser man från de speciella behov människor med utvecklingsstörning till följd av funktionshindret har. Föraktet för svaghet och ekonomiskt betingade försämringar kan på detta sätt sägas döljas i en handikappideologisk dräkt.

Föräldrar, anhöriga och personal framhåller att det i kommuner med gemensam äldre och handikappomsorg förekommer tolkningar av normaliseringsprincipen som går ut på att barn, ungdomar och vuxna med utvecklingsstörning ska bidra när kommunerna ska spara. I stället för att, som normaliseringsprincipen ursprungligen var tänkt, ha den vanlige medborgarens liv som rättesnöre, väljer man att jämföra situationen för personer med utvecklingsstörning med andra hjälpbehövande grupper. Olika grupper, som har det gemensamt att de är beroende av kommunens insatser, ställs mot varandra och jämförs med varandra istället för med befolkningen i övrigt. Utsatta grupper, som redan före besparingar hade sämre levnadsförhållanden än befolkningen i övrigt på alla livsområden (Tideman 1997), ska i denna tolkning av normalisering få sina förhållanden ytterligare försämrade.

De här beskrivna tolkningarna av normaliseringsprincipen, som i studien framförallt återfinns i kommuner med gemensam organisation för äldre- och handikappfrågor, har uppstått i tider av ekonomisk knapphet. I normalitetens namn framhålls likheterna mellan människor med utvecklingsstörning och andra kommuninvånare och därmed ska inte personer med utvecklingsstörning ha särskilda fördelar eller behandlas på annorlunda sätt än andra. I den ständiga kampen om begränsade resurser kan under normaliseringens täckmantel försämringar för personer med utvecklingsstörning döljas eller rättfärdigas.

## Integreringstolkningar

Integrering i den ursprungliga betydelsen innebär att varje människa utifrån sina egna förutsättningar och behov ska kunna leva och delta tillsammans med andra i det vanliga samhället. De som behöver extra stöd för att nå delaktighet ska få det stödet/servicen utifrån sina individuella behov.

Integreringsprincipen tolkas, liksom normaliseringsprincipen, på olika sätt i olika kommuner. I kommuner med gemensam organisation finns en tendens till att tjänstemän och politiker anser att integrering inte handlar om relationen mellan människor med utvecklingsstörning och befolkningen i allmänhet utan om personer med utvecklingsstörnings relation till andra hjälpbehövande grupper. Integrering blir i denna tolkning uppnådd genom att blanda olika svaga hjälpbehövande grupper i samma organisation (framförallt äldre i behov av stöd och personer med utvecklingsstörning) och genom att blanda tjänstemän och personal

från äldre- och handikappomsorgen med varandra (samma utveckling finns i Norge, se Sandvin 1996).

Tyngdpunkten i argumentationen för lösningar där människor med utvecklingsstörning och andra utsatta grupper blandas ligger skenbart på ett ideologiskt plan. Förespråkarna menar att människan är viktigare än organisationen, att man ska bort från diagnostänkandet och istället tänka utifrån behov. I huvudsak verkar det dock handla om att dessa »integrerade« lösningar ökar flexibiliteten för organisationen och är kostnadseffektiva eftersom personal och resurser kan samutnyttjas. En av farorna med denna utveckling är att den kan leda till en koncentration och fysisk »integrering« av en stor grupp hjälpbehövande (senil dementa, personer med utvecklingsstörning, psykiskt funktionshindrade, medicinskt färdigbehandlade äldre etc). På sikt skapas en »ny-gammal« klass, personer med stora hjälpbehov som har det gemensamt att de är beroende av samhällets hjälp och har svårt att slåss för sina egna intressen (Söder & Sandvin 1996).

Välfärdsstaten löste länge olika problem genom en ökad differentiering (Sandvin 1996). Konkreta problem löstes genom en ökad specialisering och nya reformer inom begränsade områden. Detta sätt att möta nya problem underlättades av den ekonomiska tillväxten som medgav att nya resurser kunde satsas och fördelas. Kritiken mot välfärdsstaten kunde »hållas på mattan« så länge man kunde möta problemen med nya resurser och nya reformer. Den ekonomiska krisen på 1980-talet öppnade för att gå ifrån de traditionella lösningsmetoderna och genomföra mer djupgående förändring-

ar. Det »nya« sättet att lösa problem är dedifferentiering, dvs. att inte särskilja olika grupper. I detta perspektiv kan man se kommunernas strävan att göra insatserna så generella som möjligt ses (Söder & Sandvin 1996) och sammanföra äldre- och funktionshindrade i gemensamma organisationer.

## Positiv särbehandling

Att för personer med utvecklingsstörning och andra funktionshinder ha en särskild rättighetslagstiftning, särskilda verksamheter, särskilda organisationer etc kan beskrivas som en form av särbehandling. Men frågan är om denna särbehandling är positiv eller negativ? Är det rimligt att befrämja en diskriminerad grupps villkor, som de funktionshindrade, genom positiv särbehandling?

Bakgrunden till positiv särbehandling är att man genom särskilda åtgärder vill förbättra förhållanden för grupper som är diskriminerade (jfr t.ex. diskussionen på jämställdhetsområdet om inrättandet av professorer för kvinnor eller varannans damernas i politiken). Den positiva särbehandlingen tar sig ofta uttryck i att speciella rättigheter ges till en definierad grupp, som t.ex. handikapplagstiftningens särskilda rättigheter för personer med omfattande funktionshinder. Ett grundläggande argument för positiv särbehandling är att den bidrar till att skapa rättvisa i betydelsen likvärdiga livsvillkor för alla. Ur ett socialt medborgarskapsperspektiv är det orimligt att bortse från att enskilda individer eller grupper har olika förutsättningar och att det krävs kompensatoriska insatser för att utsatta och svaga

grupper ska nå samma nivå som andra medborgare. Genom särskilda regler, organisationer och liknande får grupper tillgång till sådant som de annars skulle varit utestängda från och därmed får de diskriminerade grupperna/individerna sin ställning stärkt. Positiv särbehandling kan bidra till uppfylla det sociala medborgarskapet. Särskilda insatser eller specialisering bidrar till ökad jämlikhet och det är ur detta perspektiv ett misstag att förväxla specialisering med segregation (Romören 1995).

Motståndarna till positiv särbehandling anser ofta att särskilda regler, insatser eller organisationer kan gynna fel grupper, att det är inte de som behöver stödet bäst som får det. En annan kritik menar att den positiva särbehandlingen kan leda till en grupp-egoism där olika grupper försöker tillskansa sig fördelar på andras bekostnad och att den bidrar till en stämpling av avvikare.

Även om det finns risker och nackdelar är det utan tvekan så att positiv särbehandling i form av särskild lagstiftning för personer med utvecklingsstörning har betytt mycket för förbättrade villkor för denna grupp under de senaste 30 åren i Sverige. Den positiva särbehandlingen har två huvudfunktioner (Roth 1996): Den kan ha positiva materiella konsekvenser och den kan ha en viktig symbolisk funktion. Genom särskilda insatser och särskild lagstiftning har de materiella levnadsvillkor för personer med utvecklingsstörning förbättrats och blivit mer lika den övriga befolkningens, dvs. mer normaliserade, även om det fortfarande finns påtagliga skillnader (Tideman 1997). Det symboliska värdet ligger i att samhället markerar sin vilja att satsa på och prioritera en utsatt grupp. En positiv särbehandling genom or-

ganisation med särskild handikappomsorg kan, förutom som en symbolisk funktion, ses som ett uttryck för politisk vilja att uppnå normalisering i form av likvärdiga levnadsvillkor.

## Sammanfattning och slutsats

Frågan om den kommunala handikappverksamhetens organisationstillhörighet har relevans på flera olika sätt. Framförallt medför decentraliseringen av välfärdspolitiken att den lokala organisationens betydelse för hur handikappolitiken förverkligas ökar. För personer med utvecklingsstörning eller andra funktionshinder innebär det att tolkningen och praktiska genomförandet av de handikappideologiska principerna i stor utsträckning blir en fråga om kommunal politik och organisation. Eftersom huvudsyftet med organisationsstrukturen är att påverka beteendet i en speciell riktning (Jacobsen & Thorsvik 1998) får val av organisationsmodell effekter på såväl synsätt som praktik. Organisationens påverkan på hur handikappideologiska principer tolkas vilar på antagandet om att verkligheten konstrueras på det sätt man pratar om den på möten, konferenser och i fikarum (Åberg 1997). Den organisatoriska kulturen har betydelse både för hur människor handlar och för deras åsikter. Förändringar i organisation medför att sannolikheten för att människor väljer vissa handlingar eller åsikter förändras (Johansson 1996). Olika organisationer ger olika diskurser som i sin tur lägger grunden för

framtida handlande och förhållningssätt. Organisationen kan därmed ses som en institution som har konsekvenser för handlande gentemot de som är beroende av organisationens verksamhet vilket i sin tur påverkar de beroendes syn på sig själva (Douglas 1987). Med den utgångspunkten blir frågan om kommunernas val av organisation en strategisk fråga och något som förstärks av välfärdspolitikkens decentralisering.

De två organisationsmodellerna som diskuterats ger möjligheter att tolka de handikappideologiska principerna på olika sätt, vilket också sker enligt intressenterna. Slutsatsen i denna artikel är att den särskilda organisationsmodellen har bättre förutsättningar än en gemensam äldre- och handikappomsorg att förverkliga de handikappideologiska principerna normalisering och integrering i enlighet med de ursprungliga definitionerna. Den särskilda organisationen bedöms vara ett bättre medel att uppnå resultatlikhet och socialt medborgarskap för personer med utvecklingsstörning eller andra funktionshinder och därmed målsättningen med handikappolitiken.

Minst två garderingar bör dock göras, dels att inga empiriska belägg kan förevisas eftersom organisationer i dagens snabba förändringstider sällan får verka tillräckligt länge för att få chans att visa sina effekter (Jacobsson 1994), dels att även ideala organisationsmodeller består av människor vars värderingar och handlingar påverkar organisationens sätt att fungera.

## Summary

### *Separate organization for the care of disabled or joint elderly and disability care?*

#### *Choice of organization and its consequences for interpretation of disability-ideological concepts.*

Traditionally measures for elderly and for disabled people have been jointly organized in local authorities. When during the first half of the 1990s the care of people with intellectual disabilities in Sweden was transferred to the responsibility of local authorities, and the Act on Support and Service to Disabled People came into force, in some local authorities the care of disabled people and the care of the elderly were separated, and special departments for disability matters were created. The aim of this article based on

judgements from different fields of interest is, to analyse and discuss whether the choice of organizational model is of any significance for the interpretation of disability-ideological principles, and if so in what way. Results indicate that the organization of joint elderly and disability care or the organization of separate care for disabled people is realized on the basis of different motives and that the choice of organizational model affects the interpretation of the implication of disability-ideological principles.

## Litteratur

- Alvesson, M (1998). Kritisk organisationsteori. I Czarniawska, B (red) *Organisationsteori på svenska*. Malmö: Liber ekonomi.
- Bengtsson, H (1997). *Från central intention till lokal verklighet. En studie av LSS-reformen*. Rapport nr 4. Halmstad: Wigforssinstitutet, Högskolan i Halmstad.
- Björkemarmen, M (1995). *Implementeringsanalys som komplement vid utvärdering. En fråga om perspektiv och förklaring*. Monografi nr 56, Göteborg: Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Boklund, A (1995). *Olikheter som berikar? Möjligheter och hinder i samarbetet mellan socialtjänstens äldre- och handikappomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg*. Rapport i socialt arbete nr 71. Stockholm: Stockholms universitet.
- Brint, S (1994). *In the age of experts. The changing role of professionals in politics and public life*. New Jersey: Princeton University Press.
- Douglas, M (1987). *How institutions think*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Förhammar, S (1991). *Från tärande till närande. Handikapputbildningens bakgrund och socialpolitiska funktion i 1800-talets Sverige*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Goffman, E (1961). *Asylums*. New York: Doubleday.
- Hasenfeld, Y (red) (1992). *Human services as complex organizations*. London: Sage publications.
- Holme, L (1996). *Konsten att göra barn raka. Ortopedi och vanförevård i Sverige till 1920*. Stockholm: Carlssons.
- Jacobsen, D-I & Thorsvik J (1998). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur.

- Jacobsson, B (red) (1994). *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Nerenius & Santérous.
- Johansson, R (1992). *Vid byråkraterns gräns*. Lund: Arkiv.
- Johansson, V (1996). *Vem gör vad, när och var? Omsorgens organisationsform i kommuner och kvinnors och mäns omsorgsarbetsdelning*. Stockholm: Publica.
- Kommunförbundet (1997). Skriftligt svar på förfrågan.
- Kylén, G (1981). *Institutionsboendets psykologiska effekter på utvecklingsstörda*. Stockholm: Stiftelsen ALA.
- Larsson & Morén (1988). *Organisationens mänskliga insida*. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet.
- Lewin, B (1998). *Funktionshinder och medborgarskap*. Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 55. Uppsala: Akademiska sjukhuset.
- Lindqvist, R & Borell, K (1998). Organisation och välfärdspolitik. I Lindqvist, R (red) *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.
- Lipsky, M (1980). *Street-level bureaucracy*. New York: Rusell Sage.
- Löchen, Y (1996). "De funktionshemmete". Oslo: Rådet för funktionshemmede.
- Marshall, T H (1964). *Class, citizenship and social development*. New York: Doubleday.
- Mintzberg, H (1983). *Structure in fives*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
- Morgan, G (1986). *Images of organization*. London: Sage.
- Nirje, B (1970). The normalization principle - implications and comments. I Nirje, B (1992). *The normalization principle papers*. Uppsala: Centre for handicap research, Uppsala University.
- Ofstad, H (1972). *Vårt förakt för svaghet*. Stockholm: Prisma.
- Olsson, I & Qvarsell, R (1996). De handikappade i historien. I Tideman, M (red) *Perspektiv på funktionshinder och handikapp*. Stockholm: Johansson & Skyttmo förlag.
- Proposition 92/93:159. *Stöd och service till vissa funktionshindrade*.
- Ringsby-Jansson, B (1998). Socialt stöd, socialpedagogik och social omsorg, i arbetet med människor med utvecklingsstörning. I Gustavsson, A & Möller, A (red) *Omsorgsvetenskaper, perspektiv, forskning, praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Romören, T-I (1995). Reformen för psykisk utvecklingshemmete. I Romören, T-I (red) *HVPU-reformen i forskningens lys*. Oslo: Ad Notam Gylendal.
- Roth, H-I (1996). Positiv diskriminering. *Tvårsnitt* häfte 2, sid 34-43.
- Rothstein, B (red) (1991). *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem*. Stockholm: SNS förlag.
- Sandén, S & Tideman, M (1997). *Detta är ingen politisk fråga. Om politikens och chefstjänstemäns syn på verksamheter för utvecklingsstörda i kommunal regi*. Rapport nr 2, Halmstad: Wigforssinstitutet, Högsolan i Halmstad.
- Sandvin, J (1992). Fra saeromsorg till saerlig omsorg. I Visnes, T (red) *Fra saeromsorg till saerlig omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandvin, J (1996). *Velferdsstatens vendepunkt*. Bodö: Nordlandsforskning.
- Socialstyrelsen (1996). *ÅDEL-reformen. Slutrapport*. 1996:2. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Söder, M (1979). *Skolmiljö och integrering. En empirisk studie av särskolans integrering i olika skolmiljöer*. Uppsala: Sociologiska institutionen, Uppsala universitet.
- Söder, M (1981). *Vårdorganisation, vårdideologi och integrering. Sociologiska perspektiv på omsorger om utvecklingsstörda*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis 25.
- Söder, M (1989). *Brukarinflytande, livsinflytande, delaktighet. Om situationen för människor med funktionsnedsättningar i det offentliga hjälpsystemet*. Seminarierapport. Uppsala: 1989-års handikapputredning.
- Söder, M & Sandvin, J (1996). Welfare state reconstruction. I Tøssebro, J et al (red) *Intellectual disabilities in the nordic welfare state*. Kristiansand: Norwegian academic press.
- Tideman, M (1997). *Lever som andra? Om kommunaliseringen och levnadsförhållanden för personer med utvecklingsstörning*. Rapport nr 3.



Halmstad: Wigforssinstitutet, Högskolan i  
Halmstad.  
Åberg, J-O (1997). *Det rationella och det legitima.*

*En studie av utvärderingars teori och praktik.*  
Monografi nr 64, Göteborg: Sociologiska insti-  
tutionen, Göteborgs universitet.

## **Du har väl förnyat prenumerationen på Socialvetenskaplig tidskrift? Annars är det hög tid nu!**

### **Prenumerationspriser per år, SEK**

	Sverige	Norden	Övriga länder
Enskild	175:–	210:–	220:–
Institution	375:–	410:–	420:–

FORSA tillhandahåller tidskriften åt medlemmarna. Enskilda nummer av tidskriften kostar 110:–, dubbelnummer 150:–.

### **OBS! Nytt telefonnummer och postgiro för medlemservice och prenumerationer!**

Forsa och Socialvetenskaplig tidskrift  
har bytt firma som sköter medlemservice och prenumerationsservice

I fortsättningen skall Du alltid kontakta **Prolog medlemservice, Sjödalsbacken 2, 141 61 Huddinge** (organisationsnummer 556200-3862). Telefon 08-779 55 19, telefax 08/774 13 77. Försök att använda fax så mycket som möjligt!

Postgironummer för prenumerationer och medlemsavgifter är 134 35 97-9.

## **FORSA SVT**