

*Styrgruppen för det nationella genomförandet av programmet
för ordnande av boende för personer med utvecklingsstörning*

Från institutioner till individuellt boende

RIKSOMFATTANDE PLAN FÖR UTVECKLANDE AV TJÄNSTER I NÄRMILJÖN

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	8.11.2012
Författare	Uppdragsgivare
Styrgruppen för det nationella genomförandet av programmet för ordnande av boende för personer med utvecklingsstörning	Social- och hälsovårdsministeriet
Ordförande: Biträdande avdelningschef Reijo Väärälä, SHM	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet SHM071:00/2010; 16.11.2010
Sekreterare: Utvecklingschef Susanna Hintsala, Förbundet Utvecklingsstörning Regeringssekreterare Jaana Huhta, SHM Planerare Kirsti Äijö, SHM	
Rapportens titel	
Från institutioner till individuellt boende Riksomfattande plan för utvecklande av tjänster i närmiljön	
Referat	
<p>■ Den riksomfattande planen fastställer de grundläggande principerna för övergång från institutionsvård till boende i närmiljön. Utgående från dessa principer framläggs förslag till åtgärder för att säkerställa delaktighet och rättigheter för människor med funktionsnedsättning i ändringprocessen och utveckling av tjänster som ersätter institutionsvård. Vikten av att säkerställa kunskaper och samarbete mellan olika förvaltningsområden betonas också.</p> <p>Enligt den riksomfattande planen ska en service- och flyttningsplan utarbetas för alla personer med funktionsnedsättning som flyttar från en institution eller hemifrån. Kommunerna ska utarbeta en plan för den egna kommunen för att tillgodose behoven hos personer med funktionsnedsättning. Boende för personer med utvecklingsstörning ordnas i vanliga bostadsområden i normala bostäder, antingen i en egen bostad eller i små gruppboendeenheter. Barn med funktionsnedsättning placeras inte i institutioner. Smågruppshem utvecklas för barn vars boende i barndomshemmet eller inom familjevården man inte ens kan ordna med betydande stödåtgärder. Hälso- och sjukvårdstjänster för personer med utvecklingsstörning ordnas som en del av den allmänna hälso- och sjukvården, vid behov i form av skraddarsydd tjänster. Upprätthållande och utveckling av behövlig specialkompetens ska säkerställas.</p> <p>Aktörer som upprätthåller institutioner ska tillsammans med kommunerna utarbeta en plan för lösningar som ersätter institutionsvård och lämna in den senast 31.12.2012. Det riksomfattande målet är att det fram till år 2016 ska bo högst 500 personer på institutioner och att dessa ska flytta från institutionen före år 2020 utan att man behöver vidta tvångsöverflyttningar. Det föreslås i planen att utgångspunkten i den reviderade lagstiftningen är att boende ordnas annanstans än på institutioner och att ansvaret för att ordna och utveckla specialtjänster ska förtydligas i lagstiftningen som gäller ordnande, utvecklande och övervakning av socialvården.</p>	
Nyckelord	
Boende, handikappservice, institutionsvård, personer med funktionsnedsättning, personer med utvecklingsstörning, socialservice	
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:27	Övriga uppgifter www.stm.fi/svenska
ISBN 978-952-00-3262-3 URN:ISBN:978-952-00-3262-3	Sidoantal Språk svenska



KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	8.11.2012
Tekijät	Toimeksiantaja
Kehitysvammaisten asumisohjelman valtakunnallisen toimeenpanon ohjausryhmä Puheenjohtaja: Apulaisosastopäällikkö Reijo Väärälä, STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
Sihteerit: Kehittämispäällikkö Susanna Hintsala, Kehitysvammaliitto Hallitussihteeri Jaana Huhta, STM Suunnittelija Kirsti Äijö, STM	HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä STM071:00/2010; 16.11.2010

Muistion nimi

Laitoksista yksilölliseen asumiseen. Valtakunnallinen suunnitelma palvelujen kehittämiseksi lähiyhteisöön

Tiivistelmä

■ Valtakunnallisessa suunnitelmassa määritellään peruseriaatteet siirtymisessä laitoshoidosta lähiyhteisölliseen asumiseen. Peruseriaatteiden pohjalta esitetään ehdotukset toimenpiteiksi, joilla turvataan vammaisten ihmisten osallisuus ja oikeudet muutosprosessissa ja laitoshoidon korvaavien palvelujen kehittyminen. Myös osaamisen varmistamista ja eri hallinnonalojen yhteistyötä korostetaan.

Valtakunnallisen suunnitelman mukaan kaikille laitoksista tai kotoa muuttaville vammaisille henkilöille laaditaan palvelu- ja muuttosuunnitelma. Kunnat laativat kuntakohtaisen suunnitelman vammaisten henkilöiden palvelutarpeisiin vastaamisesta. Kehitysvammaisten asuminen järjestetään tavallisilla asuinalueilla normaaleissa asunnoissa joko omassa asunnossa tai pienissä asuinryhmissä. Vammaisia lapsia ei sijoiteta laitokseen. Vammaisille lapsille, joiden asumista lapsuudenkodissa tai perhehoidossa ei pystytä järjestämään voimakkaasti tuettunakaan, kehitetään pienryhmäkoteja. Kehitysvammaisten henkilöiden terveystalvet järjestetään osana yleistä terveydenhuoltoa tarvittaessa räätälöityinä palveluina. Tarvittavan erityisosaamisen ylläpitäminen ja kehittyminen turvataan.

Laitoksia ylläpitävät tahot laativat kuntien kanssa 31.12.2012 mennessä suunnitelman laitoshoidon korvaavista ratkaisuista. Valtakunnallisena tavoitteena on, että vuoteen 2016 mennessä laitoksissa on enintään 500 asukasta, jotka muuttavat laitoksista vuoteen 2020 mennessä ilman pakkosiirtoja. Suunnitelmassa ehdotetaan, että uudistettavan lainsäädännön lähtökohtana on asumisen järjestäminen muualla kuin laitoksessa ja että erityispalvelujen järjestämis- ja kehittämisvastuut selkeytetään sosiaalihuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevassa lainsäädännössä

Asiasanat

Asuminen, kehitysvammaiset, laitoshoido, sosiaalipalvelut, vammaiset, vammaispalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2012:27

Muut tiedot
www.stm.fi

ISBN 978-952-00-3262-3
URN:ISBN:978-952-00-3262-3

Kokonaissivumäärä
Kieli
suomi

Till social- och hälsovårdsministeriet

Statsrådet antog 21.1.2010 ett principbeslut om ett program för att ordna boende och anslutna tjänster för utvecklingsstörda under åren 2011–2015 och beslutade att vidta åtgärderna i programmet. I enlighet med principbeslutet har social- och hälsovårdsministeriet till uppgift att bereda en riksomfattande plan för de lösningar som behövs för att genomföra programmet för att ordna boende för personer med utvecklingsstörning och den långvariga och krävande vården efter programperioden samt att samordna genomförandet av boendeprogrammet vad gäller utvecklingen av den service som behövs till stöd för det individuella boendet.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 16.11.2010 en styrgrupp för att samordna genomförandet av programmet för att ordna boende för personer med utvecklingsstörning enligt statsrådets principbeslut. Styrgruppen har till uppgift att:

1. stödja och handleda beredningen och genomförandet av den riksomfattande planen enligt programmet för att ordna boende för personer med utvecklingsstörning samt följa upp och organisera genomförandet av boendeprogrammet i sin helhet
2. arbeta i ett samarbetsnätverk som omfattar olika aktörer i genomförandet och uppföljningen av programmet för att ordna boende för personer med utvecklingsstörning
3. samarbeta i beredningen av lagstiftningen om social- och hälsovården och beakta de förändringar i kommun- och servicestrukturreformen vilka påverkar ordnandet av tjänster för personer med utvecklingsstörning, vilka genomförs vid kommun- och servicestrukturreformen.

4. höra olika intressegruppers synpunkter på genomförandet av programmet och besluta hur genomförandet av boendeprogrammet ska följas upp från det att styrgruppens mandatperiod upphör fram till slutet av programperioden
5. vid behov väcka motioner för att granska programmet under programperioden.

Styrgruppens mandatperiod är 1.12.2010–31.12.2012.

Biträdande avdelningschef Reijo Väärälä från social- och hälsovårdsministeriet valdes till ordförande för styrgruppen. Till medlemmar i arbetsgruppen utsågs bostadsråd Raija Hynynen från miljöministeriet, överläkare Matti Ojala, som ersattes av utvecklingschef Päivi Nurmi-Koikkalainen från 3.11.2011, båda från Institutet för hälsa och välfärd, jurist Pasi Pajula från Folkpensionsanstalten, sakkunnig Jaana Viemerö från Finlands Kommunförbund, chef för handikappservicen Riitta Hakoma från Södra Karelens social- och hälsovårdsdistrikt Eksote, samkommunsdirektör Märta Marjamäki från Kårkulla samkommun, samkommunsdirektör Jouni Nummi från Eskoo samkommun för socialtjänster, överläkare Sami Pirkola från HUCS, överläkare Jan Schugk från Finlands Näringsliv, avtalsfunktionär Ritva Väli-Heikkilä från Förbundet för den offentliga sektorn och välfärdsområdena JHL och verksamhetsledare Susanna Lohiniemi, som från 15.3.2011 ersattes av chef för påverkansarbetet Jutta Keski-Korhonen, båda från De utvecklingsstördas stödförbund rf. Regeringssekreterare Jaana Huhta och Kirsti Äijö, båda från social- och hälsovårdsministeriet, samt utvecklingschef Susanna Hintsala från Invalidförbundet valdes till sekreterare för arbetsgruppen. Till permanent sakkunniga i arbetsgruppen utsågs överinspektör Tuulikki Forssén, som från 3.11.2011 ersattes av socialråd Hanna Ahonen, båda från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, överinspektör Sari Loijas från det riksomfattande handikapprådet, verksamhetsledare Markku Niemelä från Eteva samkommun, ordförande för arbetsutskottet Markku Virkamäki från Delegationen för boende för personer med utvecklingsstörning och från 3.11.2011 konsultativa tjänstemannen Anne-Mari Raassina från social- och hälsovårdsministeriet. Konsultativa tjänstemannen Sari Kauppinen från social- och hälsovårdsministeriet utarbetade tillsammans med Anne-Mari Raassina en utredning om kostnadseffekterna av reformen av tjänsterna för personer med funktionsnedsättning, vilken har fogats till den riksomfattande planen.

Vid utarbetandet av den riksomfattande planen har man hört aktörer inom funktionsnedsättningsbranschen i stor utsträckning. Styrgruppen har ordnat två diskussionsmöten, som hölls vid social- och hälsovårdsministeriet 7.6.2011 och 7.3.2012. Alla specialomsorgsdistrikt, företrädare för undervisningsförvaltningen, flera kommuner, organisationer, serviceproducenter, tillsynsmyndigheter och andra sakkunniga fick en inbjudan till båda diskussionsmötena. Vid diskussionsmötena var det även möjligt att lämna skriftlig respons på utkastet till planen. Totalt 92 aktörer bjöds in till det diskussionsmöte som ordnades med anledning av utkastet till den riksomfattande planen (version 8.2.2012) 7.3.2012. Sammanlagt 62 personer deltog i tillfället, av vilka 6 var företrädare för kommunerna och 10 för specialomsorgsdistrikten. Vid diskussionsmötet hölls 18 anföranden som hade begärts på förhand. Skriftlig respons gavs av 26 aktörer.

Programmet för ordnande av boende för personer med utvecklingsstörning och beredningen av den riksomfattande planen har presenterats och diskuterats 8 gånger under åren 2010–2011 i sakkunniggruppen för specialomsorg, som samlas under ledning av Finlands Kommunförbund. Arbetsgruppens ordförande, sekreterare, sakkunniga och medlemmar har presenterat beredningen av boendeprogrammet och den

riksomfattande planen även vid flera andra tillfällen, t.ex. vid Dagarna för sakkunniga inom specialomsorgen (2010 och 2011), vid seminarier som har ordnats av Invalidförbundet och Delegationen för boende för personer med utvecklingsstörning (2010 och 2011), Dagarna för den personliga assistansen (2010 och 2011), Finansierings- och utvecklingscentralen för boendet ARA:s nationella seminarier om utvecklingen av boendet och tjänster 27.5.2011 samt vid motsvarande seminarier i Varkaus, Uleåborg, Rovaniemi, Tammerfors, Åbo och Lahtis på hösten 2011. Programmet för ordnande av boende för personer med funktionsnedsättning och den riksomfattande planen har tagits upp även i Kommun-tv och flera olika tidningsartiklar.

Efter att ha utarbetat en nationell plan enligt programmet för att ordna boende för personer med utvecklingsstörning överlämnar styrgruppen högaktningsfullt planen till social- och hälsovårdsministeriet. Styrgruppens arbete fortsätter och den utför de uppgifter som den har tilldelats fram till slutet av 2012.

Helsingfors den 15 maj 2012

Reijo Väärälä

Raija Hynynen

Päivi Nurmi-Koikkalainen

Pasi Pajula

Jaana Viemerö

Riitta Hakoma

Märta Marjamäki

Jouni Nummi

Sami Pirkola

Jan Schugk

Ritva Väli-Heikkilä

Jutta Keski-Korhonen

Susanna Hintsala

Jaana Huhta

Kirsti Äijö

INNEHÅLL

1	Utgångspunkter och bakgrund	11
2	Centrala begrepp	15
3	Nuläge och utmaningar	20
4	Erfarenheter i andra länder	30
5	Framtidens service och kunnande	36
6	Grundprinciper vid övergången från institutioner till boende i närmiljön	41
6.1	Ökning av medvetenheten om de grundläggande fri- och rättigheterna samt de mänskliga rättigheterna beträffande personer med funktionsnedsättning	41
6.2	Iakttagandet av rättigheter och självbestämmanderätt av personer med funktionsnedsättning	41
6.3	Utvecklande av tjänster och närmiljön	42
6.4	Nedläggning av institutionsboendet	42
6.5	Effektiv användning av resurserna och bedömning av de ekonomiska effekterna	43
6.6	Utveckling av verksamhetskulturen i ledarskapet och organisationen	44
6.7	Kvalitetskontroll och -uppföljning	45
6.8	Samarbetet mellan förvaltningsområdena	45
7	Slutsatser och åtgärder	47
7.1	Tryggande av delaktighet och rättigheter för personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga	47
7.2	Säkerställande av rättigheterna för barn med funktionsnedsättning	48
7.3	Utvecklande av tjänsterna	48
7.4	Nedläggning av institutionsboendet	49
7.5	Säkerställande av kunnandet och samarbetet mellan förvaltningsområdena	50
	KÄLLOR	51

BILAGOR

Bilaga 1	Statsrådets principbeslut om program för ordnande av boende och anslutande tjänster för utvecklingsstörda	53
Bilaga 2	Kostnadseffekter av reformen av servicen för personer med utvecklingsstörning	56
Bilaga 3	Klienter vid institutionerna för personer med utvecklingsstörning och vård-dagar 2000 och 2005-2010	63

1 UTGÅNGSPUNKTER OCH BAKGRUND

Statsrådet antog 21.1.2010 principbeslutet om ett program för att ordna boende för personer med utvecklingsstörning (bilaga 1). Programmets mål är att möjliggöra individuellt boende för personer med utvecklingsstörning som flyttar från en institution eller sitt barndomshem. De viktigaste målen för genomförandet av boendeprogrammet i Finland har fastställts utifrån de grundläggande fri- och rättigheter samt de mänskliga rättigheter vilka grundlagen och internationella avtal tryggar för alla individer. Artikel 19 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (nedan konventionen om funktionsnedsättning) förutsätter att personer med funktionsnedsättning har möjlighet att välja sin boställningsort och var och med vem de vill leva på lika villkor som andra och inte är tvungna att bo i särskilda boendeformer.

Syftet med programmet är att ingen bor på en institution i framtiden. Nedläggningen av institutionerna är en långvarig samhälllig process, som inleddes redan i slutet av 1960-talet i västländerna, till en början med att mentalvårdspatienter och senare även andra människogrupper flyttade från institutioner till närmiljön. Norge och Sverige är föregångare i nedläggningen av institutioner för personer med funktionsnedsättning i Norden. Även i Finland har avvecklingen av institutionsvården av personer med utvecklingsstörning varit på tapeten redan från början av 1970-talet. Den internationella och nordiska diskussion, där man började förhålla sig kritiskt till institutionsvård, fungerade som jämförelseunderlag för omvärderingen av tjänsterna för och vården av personer med utvecklingsstörning (Niemelä, 2007).

Institutionsfrågan var aktuell i Finland redan då lagen angående specialomsorger av utvecklingsstörda (519/1977, nedan lagen om utvecklingsstörda) stiftades. Lagen bereddes från slutet av 1960-talet till 1976 och ersatte lagen om psykiskt efterblivna (107/1958), som vid den tidpunkten hade varit i kraft i cirka 20 år. Utifrån lagen om psykiskt efterblivna hade ett nät av centralanstalter inrättats i landet. I regeringens proposition med förslag till lag angående specialomsorger av utvecklingsstörda (rp 102/1976) konstaterade man att *”Vid sidan av anstaltsvården har det centrala syftet med vården av psykiskt utvecklingsstörda emellertid blivit att sörja för rehabiliteringen och främja de utvecklingsstördas anpassning till samhället. Den nuvarande lagstiftningen erbjuder inte tillräckliga möjligheter för en sådan utveckling, ty stadgandena är utarbetade huvudsakligen med tanke på upprätthållandet av anstalter och bland annat stadgandena angående öppen vård är rätt bristfälliga.”*

I regeringens proposition med förslag till lag om utvecklingsstörda konstaterades det dessutom att lagen om psykiskt efterblivna var institutionsvårdsinriktad trots de partiella revideringar som ökar förutsättningarna för öppenvård. Lösgöring från det institutionsbaserade systemet och utveckling av en omfattande öppenvård var kärnbudskapet i förarbetet till lagen om utvecklingsstörda. De detaljerade motiveringarna till lagen klargör linjen klart och tydligt. Enligt motiveringen till 35 § i lagen om utvecklingsstörda *”skulle anstaltsvård komma i fråga först i sista hand eller som ett tillfälligt komplement till den öppna vården”*. I ovan angivna paragraf står det att man *”vid genomförandet av ett individuellt specialomsorgsprogram skall eftersträva, att bostad för person, som icke är i behov av anstaltsvård, ordnas på annat sätt”*.

I regeringens proposition med förslag till lag om utvecklingsstörda från 1976 ansågs det även vara viktigt att man inte ordnar sådana tjänster som kan ordnas t.ex. som hälsovård eller yrkesundervisning som specialomsorg. Det föreslogs att statsrådet t.o.m. kunde ålägga de berörda aktörerna att tillhandahålla gemensamma tjänster.

Alla väsentliga rättsliga förutsättningar för att genomföra de reformer som nu föreslås har alltså funnits redan från 1978, då lagen om utvecklingsstörda trädde i kraft.

Målen med programmet för att ordna boende för personer med utvecklingsstörning

Programmet för att ordna boende för personer med utvecklingsstörning genomför i praktiken de nationellt och internationellt godkända riktlinjerna för att säkerställa grundläggande fri- och rättigheter och mänskliga rättigheter, likabehandling, delaktighet samt ett självständigt liv för handikappade. Boendeprogrammets mål hänför sig också till den pågående totalreformen av socialvårdslagstiftningen och handikapplagstiftningen samt utvecklingen av tjänsterna för handikappade.

Boendeprogrammets mål är att, under den programperiod som pågår till 2015, möjliggöra att personer med utvecklingsstörning som flyttar från en institution eller från sitt barndomshem har tillgång till ett individuellt boende, som omfattar en tillgänglig och funktionell bostad i en vanlig bostadsomgivning, samt tillräckliga, individuella och ändamålsenliga tjänster och stödåtgärder.

I syfte att öka bostadsutbudet för personer med utvecklingsstörning och stödja styrningen av boendekostnaderna har miljöministeriet gett anvisningar om att Finansierings- och utvecklingscentralen för boendet ARA årligen ska bevilja cirka 30 miljoner euro för boendeprojekt som gäller personer med utvecklingsstörning under åren 2010–2015, då boendeprogrammet genomförs. Med detta understöd kommer man årligen att bygga cirka 470 nya bostäder för personer med utvecklingsstörning och stödja ombyggnaden av minst 60 bostäder för personer med utvecklingsstörning. Dessutom bereder sig Penningautomatförbundet (RAY) att, under programperioden, bevilja ett investeringsunderstöd på högst 4,9 miljoner euro om året för att finansiera organisationernas anskaffning och byggande av stödbostäder. Denna finansiering täcker anskaffningen eller byggandet av cirka 130 stödbostäder om året.

Utgångspunkten för boendeprogrammet är boende i vanliga bostadsområden. Funktionsnedsättningen i sig förutsätter inte att man bor med en annan person med funktionsnedsättning och diagnosen leder inte till att personen i fråga ska bo på ett visst sätt. Boendet borde allt oftare ordnas genom att man utnyttjar det normala bostadsbeståndet och där hittar bostäder som lämpar sig för de individuella behoven hos personer med funktionsnedsättning.

I strid med boendeprogrammets mål planeras och genomförs fortfarande olika bostads- och servicekoncentrationer för personer som behöver särskilt stöd. De stora boendekoncentrationer där man tillhandahåller tjänster till olika målgrupper, t.ex. äldre, rehabiliteringsklienter inom missbrukarvården, rehabiliteringsklienter inom mentalvården, bostadslösa och personer med utvecklingsstörning, är inte förenliga med målen om att minska den långvariga institutionsvården och ordna boendet för personer med utvecklingsstörning.

En stor mängd pågående bostadsprojekt för personer med utvecklingsstörning håller sig fortfarande till de traditionella modeller där man bor i grupphem och där enhetsstorleken är relativt stor. Denna utveckling upprätthåller den tunga servicestrukturen och tillfredsställer inte de individuella behoven hos klienterna. Genomförandet av boendeprogrammet förutsätter bostadsplanering och -byggande, utveckling av tjänster som stödjer ett självständigt liv och boende, en tillräcklig och kompetent personal samt styrning av boendekostnaderna.

Regeringsprogrammets mål

Enligt statsminister Jyrki Katainens regeringsprogram ska främjandet av välfärd och hälsa och minskandet av ojämlikhet beaktas i allt samhälleligt beslutsfattande och tas med i verksamheten inom alla förvaltningsområden och vid alla ministerier. Förebyggandet av fattigdom, ojämlikhet och utslagning är ett av tre prioritetsområden i regeringsprogrammet. Social- och hälsovårdsministeriet samordnar åtgärdsprogrammet för att minska fattigdomen, ojämlikheten och hälsoproblemen, vilket har startats av regeringen. Programmet har som mål (1) stärka likabehandlingen av olika medborgargrupper, (2) främja hälsan genom att minska hälsoskillnaderna, (3) förebygga utslagning från arbetet och arbetsmarknaden, (4) förbättra de lågavlönades ställning, (5) minska utslagningen bland barn och unga, (6) förnya social- och hälsovårdstjänsterna samt (7) förbättra genomslagskraften för frivilligorganisationernas arbete.

Enligt regeringsprogrammet ligger tonvikten i utvecklingen av social- och hälsovården på att förbättra tjänsternas kvalitet, tillgång och genomslagskraft, förstärka klientorienteringen samt att förnya servicestrukturen som en del av reformen av kommunstrukturen. Det förebyggande arbetet, primärvården och den övriga basservicen, rehabiliteringen samt fungerande vårdkedjor i social- och hälsovården är i nyckelposition. En lag om ordnandet, finansieringen, utvecklingen och övervakningen av social- och hälsovården stiftas för att genomföra servicestrukturen.

Under regeringsperioden fortsätter genomförandet av det handikappolitiska programmet (VAMPO). Genomförandet av programmet omfattar bl.a. författningsändringar, t.ex. att man utarbetar en lag om klienternas och patienternas självbestämmanderätt och begränsningen av denna, vars beredning och införande möjliggör att man ratificerar FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Särskild uppmärksamhet riktas även mot att man främjar sysselsättningen bland handikappade, ökar tillgängligheten och stärker handikappforskningen.

Regeringen förbinder sig att fortsätta den pågående strukturen av omsorgen av personer med utvecklingsstörning och att utveckla tjänster som möjliggör att även de mest gravt handikappade kan bo i närmiljön. Regeringsprogrammet fäster särskild vikt vid utvecklingen av den långvariga institutionsvården, omfattningen på den personliga assistansen, tillgången till tjänster i hemmet samt hjälpmedelstjänsterna. Utvecklingen av stödet för närståendevård, som ingår i regeringsprogrammet, är även viktig för de handikappade. Regeringsprogrammet omfattar även en utveckling av klientavgiftssystemet och avgiftstaket på så sätt att avgifterna inom social- och hälsovården inte ska utgöra ett hinder för att använda tjänsterna. Regeringen utreder även om upphandlingslagen kan tillämpas mer begränsat än för närvarande i situationer där det handlar om ordnade av tjänster till särskilt sårbara klientgrupper, t.ex. handikappade, eller tjänster som är långvariga eller som behövs sällan.

Utarbetandet av det bostadspolitiska åtgärdsprogrammet för regeringsperioden (2012–2015) grundar sig på regeringsprogrammet. Regeringens bostadspolitiska mål är att trygga en socialt och regionalt balanserad och stabil bostadsmarknad, eliminera långtidsbostadslöshet och utveckla boendekvaliteten samt att se till att boendebehoven hos särskilda grupper tillfredsställs. Genom bostadspolitiken främjas alla befolkningsgruppers möjligheter till ett med tanke på livssituationen lämpligt boende, en hållbar utveckling, samhällets behov, en fungerande arbetsmarknad och invånarnas möjlighet till påverkan. Beredningen av åtgärdsprogrammet omfattade fem andra tväradministrativa uppgifter som har skrivits in i regeringsprogrammet, vilka bl.a. är att man fortsätter programmet för att minska långtidsbostadslösheten, utarbetar ett utvecklingsprogram för äldre personers boende samt genomför programmet för ordnande av boende för personer med funktionsnedsättning. Förutom åtgärdsförslagen för

bostadspolitiken, införs finansierings- och tidtabellsförslag om dessa i det program som publiceras i februari 2012.

2 CENTRALA BEGREPP

I planen definieras de centrala boenderelaterade begreppen, med särskild hänsyn till ordnandet av boende och service för personer med utvecklingsstörning. De centrala begreppen omfattar bostad samt hjälp och stöd för boendet. Därtill definieras vad som avses med institution och institutionskultur i planen.

Den lagstiftning som styr boendet för personer med funktionsnedsättning

Boende enligt socialvårdsbehoven ordnas för socialvårdsklienter med stöd av socialvårdslagen (710/1982) eller speciallagarna om socialvård. Enligt socialvårdslagen ska kommun ombesörja anordnandet av bl.a. boendeservice, anstaltsvård och familjevård.

Enligt socialvårdslagen avses med **boendeservice anordnande av service- och stödboende**. Denna service tillhandahålls personer som av särskild orsak behöver hjälp eller stöd vid ordnandet av bostad eller boendeförhållanden. Enligt socialvårdsförordningen (607/1983) ordnas boendeservice i servicebostäder och i bostäder som har reserverats för stödboende, där vederbörandes självständiga boende eller övergång till självständigt boende stöds genom socialarbete och annan social service.

Enligt lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987, nedan handikappservicelagen) ska kommunen ordna **serviceboende för en gravt handikappad** som på grund av sitt handikapp eller sin sjukdom nödvändigt behöver sådan service för att klara de funktioner som hör till normal livsföring. Kommunen har dock inte särskild skyldighet att ordna serviceboende eller personlig assistans, ifall tillräcklig omsorg om den gravt handikappade inte kan tryggas genom åtgärder inom den öppna vården. Enligt förordningen om service och stöd på grund av handikapp (759/1987, nedan handikappserviceförordningen) hör bostad samt sådana tjänster i anslutning till boendet som är nödvändiga för invånaren i det dagliga livet till serviceboende. Sådana tjänster kan bestå av hjälp med funktioner som hänför sig till boendet, såsom möjligheter att förflytta sig, påklädning, personlig hygien, mathushållning och städning av bostaden samt de tjänster som behövs för främjande av invånarens hälsa, rehabilitering och trivsel. Serviceboende kan ordnas vid ett servicehus, som gruppboende, som utspritt boende eller även vid en enskild bostad som en gravt handikappad besitter.

Handikappservicelagen tillämpas om en person inte får tillräckliga tjänster eller stödåtgärder som lämpar sig för honom eller henne med stöd av socialvårdslagen. I praktiken har den subjektiva rätten i handikappservicelagen och den avgiftsfria service som grundar sig på lagstiftningen om klientavgifter lett till att handikappservicelagen har tillämpats som primär lag till denna del.

Enligt handikappservicelagen ska kommunen ordna **personlig assistans** för en gravt handikappad person, om personen nödvändigtvis behöver assistans för att klara av de funktioner som hör till normal livsföring. Kommunen har dock inte särskild skyldighet att ordna serviceboende eller personlig assistans, ifall tillräcklig omsorg om den gravt handikappade inte kan tryggas genom åtgärder inom den öppna vården. Med personlig assistans avses i denna lag den nödvändiga hjälp som en gravt handikappad har behov av hemma eller utanför hemmet, i de dagliga sysslorna, i arbete och studier, i fritidsaktiviteter, i samhällelig verksamhet, samt i upprätthållande av sociala kontakter.

Syftet med personlig assistans är att den ska hjälpa en gravt handikappad att göra sina egna val när det gäller de funktioner som anges i lagen, såväl hemma som utan-

för hemmet. Assistansen omfattar livets vanliga olika funktioner i stor utsträckning. En förutsättning för att få personlig assistans är att den som är i behov av assistans har förmåga att definiera assistansens innehåll och genomförandesätt.

Enligt lagen om utvecklingsstörda är ordnandet av boende en tjänst som omfattas av specialomsorgen. Enligt lagen ska man, vid genomförandet av individuellt specialomsorgsprogram, sträva efter att bostad för person som inte kan bo i eget hem, men ej är i behov av anstaltsvård, ordnas på annat sätt.

Med **institutionsvård** avses i socialvårdslagen anordnande av vård, uppehälle och rehabiliterande verksamhet i sådan verksamhetsenhet inom socialvården som lämnar fortlöpande vård. Institutionsvård ges den som är i behov av hjälp, vård eller annan omvårdnad som inte kan ordnas eller som det inte är ändamålsenligt att ordna i hans eget hem genom utnyttjande av någon annan socialservice. Enligt socialvårdsförordningen ska vid institutionsvård ges sådan rehabilitering, vård och omsorg som är nödvändig med tanke på klientens ålder och tillstånd. Klientens livsmiljö ska dessutom såvitt möjligt ordnas så att den är trygg, hemlik och stimulerande samt tillika möjliggör ett privatliv och främjar klientens rehabilitering, initiativkraft och handlingsförmåga.

Institutionsvård ordnas t.ex. utifrån lagen om utvecklingsstörda och lagen om missbrukarvård (41/1986). Dessa lagar omfattar dock inte bestämmelser om innehållet i institutionsvård eller intagning till institutionsvård.

Enligt socialvårdslagen avses med **familjevård** ordnande av vård, fostran eller annan omvårdnad av en person dygnet runt utanför hans eget hem i ett privathem. Målet med familjevården är att bereda den som är i familjevård möjlighet till vård under familjeliknande förhållanden och till nära människorelationer samt att främja hans grundtrygghet och sociala utveckling. Familjevård ges den för vilken vård, fostran eller annan omvårdnad inte kan ordnas på ett ändamålsenligt sätt i hans eget hem eller genom utnyttjande av någon annan social- och hälsovårdsservice och som inte anses vara i behov av anstaltsvård.

Även bestämmelserna i barnskyddslagen (417/2007) vidrör boendet på flera punkter. Enligt lagen ska man t.ex. avhjälpa bristerna i boendeförhållandena eller ordna en bostad som motsvarar behovet, när behovet av barnskydd i väsentlig mån beror på dessa. Dessutom ska det organ som ansvarar för socialvården vid behov ordna placering av hela familjen i familje- eller anstaltsvård som en stödåtgärd inom öppenvården. Vård av barn utom hemmet kan ordnas som familje- eller anstaltsvård eller på något annat sätt som motsvarar barnets behov.

För tillfället pågår en totalreform av socialvårdslagstiftningen i enlighet med regeringsprogrammet. Den arbetsgrupp som bereder reformen av socialvårdslagstiftningen inledde sitt arbete i maj 2009 och dess mandatperiod upphör 30.6.2012. I samband med arbetsgruppens slutrapport framförs regeringens proposition med förslag till en ny socialvårdslag och en plan för ett lagstiftningsprogram för att granska innehållet i den speciallagstiftning som styr socialvården.

Boenderelaterade begrepp

De centrala boenderelaterade begreppen omfattar hem, bostadsgrupp och grupphem samt hjälp och stöd för boendet.

Hem. Ett hem är en upplevelse som härrör från sinnestillståndet och känslorna. Det finns många faktorer som inverkar på upplevelsen, som t.ex. möjligheten till privatliv, säkerhet och människorelationer som man själv väljer. Hemlighet är ett begrepp som strävar efter att skildra icke-institutionella utrymmeslösningar. Hemlighet kan dock

inte ses som en synonym till ordet hem. Hemtrevlighet uttrycker å sin sida de subjektiva värderingar som hänför sig till trivseln i utrymmet.

Bostad. En bostad är ett utrymme där det är möjligt att utföra olika dagliga sysslor som sker i hemmet. Ett enskilt rum uppfyller inte definitionen av en bostad. En bostad ska ge möjlighet till skydd för privatlivet och hemfrid (SHM:s handböcker 2003:4). Grundlagens 19 § 4 mom. innehåller bestämmelser om det allmännas skyldighet att främja vars och ens rätt till bostad och möjligheter att själv ordna sitt boende. Föreskriften är även anknuten till de förutsättningar för ett människovärdigt liv som avses i 19 § 1 mom. i grundlagen och rätten till oundgänglig försörjning som anges i lagrummet kan även omfatta ordnande av bostad. De bestämmelser som gäller byggande av bostäder ingår till största del i markanvändnings- och bygglagen (132/1999) och -förordningen (895/1999) samt Finlands byggbestämmelsesamling.

Bostadsgrupp, grupphem. En bostad kan vara en enskild bostad i det normala bostadsbeståndet eller en del av en bostadsgrupp. En bostadsgrupp består av bostäder och anknutna gemensamma utrymmen. En bostadsgrupp kan finnas i ett hög- eller radhus. Med grupphem avses gemensamt boende på så sätt att invånarna i samma grupphem delar på gemensamma utrymmen, som t.ex. kök, sällskapsrum och hobbylokaler. I typfallet har en invånare i ett grupphem endast ett rum och ett anslutet personligt badrum som personligt utrymme.

Hjälp och stöd för boendet. Boendet omfattar många dagliga sysslor (matlagning, städning, klädtvätt, skötsel av hygien, skötsel av bostaden och omgivningen, olika fritidssysselsättningar osv.). Människorna utför dessa sysslor själva eller så låter de dem utföras annanstans, om de inte vill eller kan utföra dem själva. Beroende på funktionshindret kan hindret kompenseras med ändringsarbeten som utförs i livsmiljön, hjälpredskap och olika tjänster. De tjänster som personer med funktionsnedsättning behöver till följd av sitt handikapp är till sin natur sådana som är nödvändiga för att invånarna ska klara av det vardagliga livet. Tjänsterna kan vara dygnet runt-tjänster (24/7-hjälp) eller mer kortvariga.

Utgångspunkten för att ordna boende och service är personens behov, önskemål, funktionsförmåga och livssituation i sin helhet. Kommunen utarbetar en serviceplan med klienten, där man fastställer ovan angivna faktorer med beaktande av innehållet i den hjälp och det stöd som personen behöver, dess inriktning, omfattningen på hjälpen och stödet, omfattningen på den kommunala personalens arbetsinsats för att ordna hjälpen och stödet samt övriga aspekter som är viktiga med tanke på personen.

De tjänster som hänför sig till boendet kan vara assistans eller stöd för de vardagliga sysslorna, som t.ex. påklädning, den personliga hygien, matlagning eller städning. Vad gäller personer med utvecklingsstörning är det vanligen även viktigt att stödja kommunikationen, olika val och beslutsfattandet, förståelsen t.ex. vid inläring av nya saker samt upprätthållandet av sociala relationer. En person med utvecklingsstörning kan även ha komplexa stödbehov, som kan hänföra sig till t.ex. mentala problem, demens eller missbruk. Hjälpen och stödet kan även innehålla omfattande omsorg och omvårdnad, om personen har ett sådant behov.

Med begreppet **närservice**, som används i planen, avses tjänster som ordnas så nära människornas normala vardag som möjligt. Närservicen kan omfatta såväl allmänna som särskilda tjänster. Vad gäller tjänster för personer med utvecklingsstörning har man börjat använda begreppet närservice som en motsats till tjänster som ordnas vid en institution.

Särskilda tjänster grundar sig på ett multiprofessionellt samarbete mellan olika aktörer, övergripande samordning av verksamheten och fastställande av det kontinuerliga ansvaret för uppföljningen. Särskilda tjänster behövs då det har visat sig att de allmänna tjänsterna inte är tillräckliga trots ett konsultationsstöd. De särskilda tjäns-

terna grundar sig på individuell planering, som alltid ska beakta även tjänster som stödjer familjens välmående.

Närmiljön består av de levnadsmiljöer och de sociala nät, till vilka människorna har betydande kontakter, som t.ex. hem-, arbets- och fritidsomgivningen och de sociala näten samt de tjänster som personen anlitar. Även naturen och de möjligheter som den för med sig är en viktig del av närmiljön. En person som har bott på en institution under en lång tid har inte nödvändigtvis längre några kontakter till den kommun därifrån han eller hon flyttade till institutionen. I detta fall utgörs inte närmiljön av personens hemkommun enligt lagen om hemkommun (201/2004), utan av den omgivning där de saker som är empiriskt kända och viktiga för personen finns.

Institution och institutionskultur

Institution och institutionskultur kan definieras som egenskaper som hänför sig till såväl utrymmeslösningar som personalens arbets- och verksamhetskultur samt som maktförhållanden mellan en anställd och en klient (Goffman, 1961). Goffmann utvecklade uttrycket total institution. Enligt honom omfattade de totala institutionerna fängelser, psykiatriska sjukhus, skolhem, vårdanstalter för alkoholister, arbetsinrättningar och armén (Eräsaari, 2010).

Institutionskultur beskrivs vanligen som rutinartade verksamhetsätt och lösningar som inte är klientorienterade. Följande har setts som typiska särdrag för institutionskultur:

- klienten ses om ett vård- och omsorgsobjekt utifrån diagnosen, inte i första hand som en individ eller medborgare,
- verksamhet bedrivs dygnet runt och alla invånare har en gemensam dagordning som de följer,
- gruppverksamhet,
- stora klientmängder i samma utrymmen,
- små individuella utrymmen och brister i utrustningen i utrymmena samt
- en stor mängd gemensamma utrymmen, som t.ex. korridorer, ett dagrum, personalutrymmen osv.

Beroendet av hjälpen och ordnandet av denna binder personers med funktionsnedsättning självbestämmanderätt till servicestrukturerna och det praktiska genomförandet av servicen. Institutionskultur kan förekomma såväl vid institutionerna som i bodeservicen i närmiljön. Till exempel ett vanligt höghus är inte en institution, men den blir institutionell om alla invånare delar på service som tillhandahålls av samma serviceproducent och om de har väldigt liten möjlighet att inverka på genomförandet av deras service.

Av tradition har människorna bott länge på institutionerna (psykiatriska sjukhus, institutioner för personer med utvecklingsstörning). Stängningen av psykiatriska sjukhus i Italien blev en förebild för nedläggningen av stora institutioner på 1970-talet. I det skedet blev två av institutionssärdragen under denna tidsperiod föremål för kritik: medicindominansen i vården och institutionernas enorma storlek. Bland annat följande särdrag förknippades med institutionskultur: makt, byråkrati, hierarki, hård disciplin och t.o.m. fängelsekaraktär. Dessutom kritiserades institutionerna för att de inte följde med utvecklingen och var stela (Eräsaari, 2010).

Det nuvarande institutionsbegreppet hänför sig till stor del till den situation där personen ges tillfälliga tjänster som har fastställts för ett visst behov (t.ex. ett ingrepp på ett sjukhus, en rehabiliteringsperiod, barnskyddsarbete) och/eller är utstängd från samhället på motiverade grunder (fängelse). I dessa situationer delas makten mellan

klienten och serviceproducenten utifrån olika offentliga eller underförstådda avtal. Ju mer makt servicemottagaren har vad gäller ingåendet och genomförandet av dessa avtal, desto mindre institutionella särdrag i servicen.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) avses med **institutionsvård** vård, behandling och rehabilitering på vårdavdelning vid sjukhus, hälsovårdscentral eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller under motsvarande förhållanden.

Vid sidan om termen institution använder man även orden **nyinstitution, bostadskoncentration och kluster** för bostadsobjekt med ett stort invånaravtal. En nyinstitution avser en boendeenhet med tiotals invånare i samma byggnad eller byggnadskomplex eller på samma tomt.

I en boendekoncentration har flera olika särskilda grupper placerats i samma boendeobjekt. Vad gäller boendet för personer med utvecklingsstörning betyder termen kluster att de vardagssysslor som är viktiga för livet, t.ex. boendet, arbets- och dagverksamheten och fritidsverksamheten, är belägna på samma tomt. Klustren omfattar även enheter för assisterat, handlett och stött boende, vilka är placerade på samma tomt på så sätt att de ansluts med t.ex. en gemensam korridor till varandra eller till lokalerna för dag- och arbetsverksamheten (Emerson, 2004).

Under de senaste åren har man även börjat använda ordet institutionsboende, som i vardagsspråk avser de långvariga tjänster som ordnas av institutioner för personer med utvecklingsstörning och service- och rehabiliteringscentralerna, i motsats till de kortvariga tjänster som ordnas av de ovan angivna verksamhetsenheterna.

3 NULÄGE OCH UTMANINGAR

Den riksomfattande planen skildrar nuläget vad gäller ordnandet av tjänster för personer med utvecklingsstörning utgående ifrån tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna, ställningen för personer med funktionsnedsättning, ordnandet av tjänster samt lagstiftningen. Som en särskild fråga granskas utvecklingen av och situationen för institutionsvården av personer med funktionsnedsättning i Finland.

Enligt uppskattning finns det cirka 40 000 personer med utvecklingsstörning i Finland. Av dessa bodde 1 790 på institutioner för personer med utvecklingsstörning vid slutet av 2010, medan 144 personer omfattades av de kortvariga tjänsterna (Statistik- och indikatorbanken Sotkanet 2005–2010). Cirka 15 000 personer bor hos deras anhöriga, och cirka hälften av dessa är vuxna personer med utvecklingsstörning. Cirka 9 000 personer med utvecklingsstörning omfattas av boendeservicen och bor med olika grad av stöd och cirka 1 300 befinner sig i familjevård. Vid slutet av 2010 omfattades totalt 4 210 personer med grav funktionsnedsättning av serviceboende enligt handikappservicelagen, av vilka endast en liten del av var personer med utvecklingsstörning enligt bedömning. Under samma år fick 381 under 65-åringar institutionsvård för äldre, medan totalt 933 personer i motsvarande ålder befann sig i serviceboende för äldre.

Grundläggande fri- och rättigheter och mänskliga rättigheter som utgångspunkt

Den centrala utgångspunkten för den pågående strukturreformen av socialvården och utvecklingen av tjänsterna för personer med funktionsnedsättning utgörs av de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna. Bestämmelserna i Finlands grundlag (731/1999) tryggar människovärdets okränkbarhet och den enskilda människans frihet och rättigheter samt främjar rättvisa i samhället. Vissa grundläggande fri- och rättigheter har en viktigare ställning än andra i ordnandet av social- och hälsovård. Grundlagens 6 § innehåller ett krav om *rättslig jämlikhet*. Enligt bestämmelsen är alla lika inför lagen och ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

Likabehandlingsprincipen innefattar förbud mot godtycklighet och krav på lika behandling i likadana fall. För att kunna uppnå faktisk jämlikhet kan det dock förutsättas att man avviker från formell jämlikhet inom gränserna för godtagbara syften och proportionalitetsprincipen.

Grundlagens 7 § tryggar var och ens rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet. Rätten till liv är den viktigaste av de grundläggande fri- och rättigheterna. Denna rätt är en förutsättning för att kunna åtnjuta övriga rättigheter. Grundlagen innehåller inte en separat bestämmelse om självbestämmanderätten, men den anses ingå i tryggandet av liv och personlig frihet enligt 7 § 1 mom. och privatliv enligt 10 § 1 mom. i grundlagen.

Skyddet av privatliv tryggar var och ens privatliv, heder och hemfrid samt hemligheten i fråga om andra förtroliga meddelanden. Utgångspunkten för skyddet av privatliv är *individens rätt att leva sitt liv utan godtycklig eller ogrundad inblandning* i privatlivet från myndigheternas eller andra utomståendes sida. Med tanke på ordnandet av social- och hälsovård påverkar t.ex. servicestrukturen genomförandet av skyd-

det av privatlivet. Detta ställer krav på de lösningar som gäller serviceinnehållet, men även bl.a. på de kriterier som ställs på verksamhetsställen och övervakningen.

Grundlagens 19 § 1 mom. tryggar rätten till oundgänglig försörjning och omsorg. Med oundgänglig försörjning och omsorg avses en sådan inkomstnivå och sådan service som tryggar förutsättningarna för ett människovärdigt liv. Särskilt rätten till akut sjukvård samt vissa stödåtgärder för omvårdnad av barn, äldre och personer med funktionsnedsättning tryggar de grundläggande förutsättningarna för ett människovärdigt liv. I den senaste tidens rättstänkande och -praxis har man ansett att uttrycket ”den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv” i 19 § 1 mom. i grundlagen på goda grunder kan tolkas så att formuleringen avser mera än endast tryggheten av de förutsättningar som krävs för biologisk existens. Grundlagens 19 § 3 mom. ålägger det allmänna att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt att främja befolkningens hälsa. I fråga om definieringen av vilka tjänster som ska anses vara tillräckliga utgår man från en sådan nivå som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället.

Enligt 19 § 4 mom. i grundlagen ska det allmänna främja vars och ens rätt till bostad och möjligheter att själv ordna sitt boende. Det förutsätts tillgängliga och fungerande lösningar såväl i omgivningen som i servicen för att de handikappade ska ha möjlighet att verka i samhället. Rätten att röra sig fritt och rätten att välja bostadsort enligt 9 § i grundlagen har även en central betydelse när man fattar beslut om social- och hälsovårdstjänster och ordnandet av dessa.

Grundlagens 22 § ålägger det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna förutsätter aktiva åtgärder av staten och kommunerna. De viktigaste metoderna omfattar en lagstiftning som tryggar och preciserar de grundläggande fri- och rättigheterna, allokering av ekonomiska resurser och en lagtolkning som är positiv till de grundläggande fri- och rättigheterna.

Även det allmännas skyldighet att främja den enskildes möjligheter att delta i samhällelig verksamhet och att påverka beslut som gäller honom eller henne själv enligt 14 § 4 mom. i grundlagen är viktig med tanke på ordnandet av social- och hälsovårdstjänster. Vars och ens rätt att hos domstol och andra myndigheter i egen sak använda sitt eget språk, antingen finska eller svenska, samt att få expeditioner på detta språk skall tryggas genom lag. Rättigheterna för dem som använder teckenspråk samt dem som på grund av handikapp behöver tolknings- och översättningshjälp ska tryggas genom lag (17 § 3).

Grundlagens 15 § skyddar var och ens egendom. Vid beslut som gäller finansieringen av social- och hälsovården och granskningen av klienternas eller hushållens avgiftsandelar ska man beakta att de avgifter som tas ut för tjänsterna inte fastställs till en sådan nivå att de som behöver tjänsterna inte kan utnyttja dem.

Utveckling av handikapplagstiftningen

Trycket på att ändra den lagstiftning som gäller personer med funktionsnedsättning har ökat på grund av flera olika faktorer. Handikappservicelagen, som trädde i kraft 1988, förbättrade de handikappades sociala ställning och möjligheter till delaktighet avsevärt. De förändringar som har skett i samhället och lagstiftningen efter att lagen trädde i kraft förutsätter dock att man utvecklar och reformerar lagstiftningshelheten. Dessa faktorer hänför sig främst till att handikappservicelagen delvis är föråldrad, motstridigheter i tillämpnings- och rättspraxis av lagarna vad gäller ordformuleringar och syftet med lagen, kravet på att revidera lagstiftningen enligt de krav som ställs av reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna så att lagstiftningen svarar mot

regleringen av de grundläggande fri- och rättigheterna samt det reformtryck som orsakas av internationella avtal om mänskliga rättigheter och övriga strukturer. Särskilt skyldigheterna i FN:s konvention om funktionsnedsättning ska beaktas i stor utsträckning då lagstiftningen och även förvaltningspraxis utvecklas.

Målet att förnya handikapplagstiftningen genom att samordna handikappservicelagen med lagen om utvecklingsstörda har ingått i regeringsprogrammet för det två regeringar som föregick den nuvarande regeringen. Handikappservicelagen ändrades genom de ändringar som trädde i kraft från början 2007, vilka gällde en ökning av antalet timmar tolktjänster för personer med grava funktionsnedsättning och den dagverksamhet som ska ordnas för personer med grava funktionsnedsättning, vilken är en service som kommunen har särskild skyldighet att ordna.

År 2008 genomfördes det andra skedet av totalreformen av handikapplagstiftningen. Den grundade sig på målen i regeringsprogrammet för Matti Vanhanens andra regering om att trygga likabehandlingen av medborgarna genom att stärka rättigheterna för användarna av servicen och genomförandet av socialgarantin genom att stegvis ta i bruk tidsfrister för bedömningen av servicebehovet vad gäller de centrala socialtjänsterna. Ett viktigt mål var även att stödja att personer med funktionsnedsättning deltar aktivt i samhället och arbetslivet.

Vad gäller innehållet i handikapplagstiftningen var den viktigaste reformen att man fortsätter sammanslagningen av handikappservicelagen och lagen om utvecklingsstörda samt utvecklar den personliga assistansen för gravt handikappade. Till följd av reformen blev handikappservicelagen primär i förhållande till lagen om utvecklingsstörda. Reformen stödjer målet om att slå samman lagarna, vilket dock inte ännu har skett i tillräcklig mån i ordnandet av tjänsterna. Fortfarande fattas den största delen av besluten om service för personer med funktionsnedsättning med stöd av lagen om utvecklingsstörda.

I reformen blev den personliga assistansen för personer med svår funktionsnedsättning del av den handikappservice som omfattas av kommunens skyldighet att ordna särskilda tjänster. De nya sätten att ge personlig assistans är mer mångsidiga jämfört med det tidigare systemet med en personlig assistent. Bestämmelser om utredning av servicebehovet utan dröjsmål, utarbetandet av en serviceplan och en tidsfrist för beslutsfattandet infördes också i lagen. Bestämmelserna stärker klienternas rättigheter och ökar hänsynen till deras individuella servicebehov i ordnandet av service.

Att beredningen av lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården har framflyttas har för sin del fördröjt den slutliga sammanslagningen av lagarna. Riktlinjerna om ansvaret för att ordna social- och hälsovården, bl.a. vad gäller ansvaret för att ordna särskilda tjänster inom socialvården och specialomsorgsdistriktens ställning, är även viktiga med tanke på tydliggörandet av ansvaret för att ordna handikappservice och sammanslagningen av lagarna.

Trots bestämmelsen om tillämpningsordningen för lagarna, upplevs det fortfarande att existensen av två separata lagar om särskilda tjänster för personer med funktionsnedsättning inte är tillfredsställande med tanke på såväl tillämpningen av lagen som likabehandlingen av handikappade. Målet om en lag om särskilda tjänster för handikappade har skrivits in i regeringsprogrammet och reformen av lagstiftningen fortsätts i samband med totalreformen av socialvårdslagstiftningen.

Ansvaret för att ordna tolktjänster för personer med funktionsnedsättning överfördes till FPA som en del av den nya uppgiftsfördelningen mellan kommun och stat, vilken ingår i reformen av kommun- och servicestrukturen, med en lag som trädde i kraft 1.9.2010 (133/2010).

Konventionen om personer med funktionsnedsättning

FN:s generalförsamling godkände konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (nedan konventionen om funktionsnedsättning) i december 2006. Internationellt sett trädde konventionen i kraft i maj 2008, då 20 medlemsstater ratificerade konventionen. Finland undertecknade konventionen redan i början av 2007. Målet är att konventionen träder i kraft i Finland under innevarande regeringsperiod. Genom att underteckna konventionen har staten godkänt den som grundläggande handling för handikappolitiken i Finland och bl.a. i beredningsarbetet av handikappolitiska programmet har man följt skyldigheterna och utgångspunkterna i konventionen om funktionsnedsättning.

Konventionen om funktionsnedsättning bygger på likvärdig behandling och principerna om förbud mot diskriminering och täcker medborgerliga och politiska, ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter därtill även rätten att påverka. Målet med konventionen är att integrera frågor som gäller personer med funktionsnedsättning till alla livsområden, t.ex. till det självständiga livet, boendet, familjelivet och delaktigheten i samhället. En central förutsättning för att uppnå målen i konventionen är en allmän attitydförändring. Konventionsländerna förbinder sig att främja undanröjandet av stereotyper och fördomar samt att öka medvetenheten om handikapp för att åstadkomma en attitydförändring.

Konventionen om funktionsnedsättning fastställer utgångspunkter som har godkänts i det internationella samfundet för dagens handikappolitik och erbjuder en gemensam värderingsgrund och terminologi för olika aktörer. Den fastställer även de kriterier som fungerar som ett nationellt och internationellt jämförelseunderlag för den finländska handikappservicen.

Målen med det handikappolitiska programmet

År 2010 färdigställdes Finlands handikappolitiska program (VAMPO), som utarbetades för att dra upp riktlinjer för de åtgärder som undanröjer missförhållanden i tillgödoseendet av mänskliga rättigheter och de handikappades ställning. Programmets mål är att säkerställa en rättvis ställning i samhället för människor med funktionsnedsättning genom att avhjälpa olägenheter med konkreta korrigerings- och utvecklingsåtgärder.

Målet med det handikappolitiska programmet är att skapa ett starkt underlag för mänskliga rättigheter, icke-diskriminering, likabehandling och delaktighet samt för ett nationellt främjande och införande av FN:s konvention om funktionsnedsättning. Målet är att ändra granskningsperspektivet för handikappolitiken från en social- och hälsovårdsinriktad socialpolitik till en del av den mer omfattande välfärds- och samhällspolitiken.

Vad gäller utvecklingen av socialvårdslagstiftningen utgörs de centrala ämnesområdena i det handikappolitiska programmet av de åtgärdsförslag som gäller ett självständigt liv, delaktighet och deltagande i samhället samt sysselsättning. Förutom dessa är även de åtgärdsförslag som gäller hälsa och rehabilitering och socialskydd en viktig del av handikappades möjligheter att delta och fungera jämlikt i samhället.

I regeringsprogrammet står det att genomförandet av det handikappolitiska programmet fortsätter. De särskilda målen omfattar beredning och införande av författningsändringar för att ratificera FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, främjande av sysselsättningen av handikappade, ökning av tillgängligheten samt förstärkning av handikappforskningen.

Personer med funktionsnedsättning och deras ställning i Finland

I och med att tillgodoseendet av de mänskliga rättigheterna har förbättrats, har man under senaste år börjat granska handikapp även ur ett rättsligt perspektiv. Att man ser personer med funktionsnedsättning som självständiga subjekt möjliggör att man tryggar de grundläggande friheterna för personer med funktionsnedsättning. Personer med funktionsnedsättning, inkl. med personer med utvecklingsstörning, har samma rätt till likabehandling och delaktighet i samhället som den övriga befolkningen (Konttinen, 2011).

Ställningen av personer med funktionsnedsättning har förbättrats under senaste decennier bl.a. genom att man har utvecklat lagstiftningen och servicen. Utvecklingen av den allmänna servicen, tillgängligheten och tillgången har haft en stor betydelse för främjandet av möjligheter av personer med funktionsnedsättning att påverka. Fortfarande finns det dock många hinder på vägen mot jämlikhet och delaktighet. Hindren är ofta attitydmässiga, kunskapsmässiga och fysiska (Konttinen, 2011.)

Personer med funktionsnedsättning är inte en homogen grupp. Beroende på handikappet, funktionshindret och de individuella förhållandena kan två personer med samma diagnos föra ett väldigt annorlunda liv. Familjerelationer, eller brister på sådana, en stor eller liten utkomst, individuella resurser, funktionaliteten i den fysiska omgivningen, smidigheten i servicesystemet samt omfattningen på det servicebehov som handikappet orsakar och hur servicen ges inverkar på hur personen klarar sig i livet.

Det är ofta problematiskt för en person med funktionsnedsättning att skaffa en bostad på den öppna marknaden till följd av ett olämpligt bostadsbestånd, hinder i omgivningen, problem att ordna service och ekonomiska faktorer (Konttinen, 2011). Situationen för personer med svår funktionsnedsättning och personer som behöver stor hjälp av en annan person förutsätter ofta väldigt individuella servicelösningar, och även innovativitet.

Den ekonomiska situationen är svår särskilt för personer som är personer med funktionsnedsättning sedan födseln eller personer som har handikappats som unga. Totalt sett är inkomstnivån av personer med funktionsnedsättning är lägre än den genomsnittliga inkomstnivån för hela befolkningen (Haarni, 2006). Pension är den främsta utkomstkällan för 95 procent av de personer med funktionsnedsättning som använder tjänster (Haarni, 2006). Ett handikapp i kombination med t.ex. ett hushåll med en ensam vårdnadshavare innebär en risk för utslagning.

Servicen för personer med utvecklingsstörning har i huvudsak utvecklats som ett separat system åtskilt från den övriga handikappolitiken och de allmänna social- och hälsovårdstjänsterna fram till 2000-talet. En separat lagstiftning om specialomsorgen och systemet för servicen för personer med funktionsnedsättning har tryggt tillgången till service runt om i Finland. Denna utveckling har dock samtidigt isolerat personer med utvecklingsstörning från övriga personer till en egen grupp. Utvecklingen har även drivits fram av att servicen har varit grupporienterad. Från och med 2000-talet har målen för olika grupper av personer med funktionsnedsättning närmat sig varandra. För närvarande är den gemensamma utmaningen att se alla personer med funktionsnedsättning som en del av samhällets olika delområden.

Situationen för barn med funktionsnedsättning i Finland

Barn med funktionsnedsättning har rätt till god vård, trygghet och rehabilitering samt rätt att bo, leva och fungera i den egna närmiljön och med sina föräldrar. Ett handi-

kappat barn är främst ett barn och en familjemedlem med rätt till föräldrar och barn-
dom, inklusive en uppväxtprocess.

Konventionen om barnets rättigheter är ett människorättsavtal med rättsliga för-
pliktelser tillhörande FN:s människorättsystem, och den täcker barnets rättigheter på
ett omfattande sätt. Konventionen innehåller bestämmelser om såväl medborgarrät-
tigheter och politiska rättigheter som ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.
Konventionen om barnets rättigheter antogs av FN 1989 och trädde i kraft internatio-
nellt 1990 och 1991 i Finland. Konventionen innehåller en uttrycklig artikel om han-
dikappade barns rättigheter (artikel 23), men det finns skäl att betona att alla artiklar i
konventionen gäller även för handikappade barn i enlighet med icke-
diskrimineringsprincipen. FN:s konvention om funktionsnedsättning innehåller också
en artikel om rättigheter av barn med funktionsnedsättning (artikel 7).

De fyra allmänna principerna i konventionen om barnets rättigheter är:

- Diskrimineringsförbud: de rättigheter som tryggas med konventionen gäller
alla barn (artikel 2).
- Principen om barnets bästa: vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas
av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administra-
tiva myndigheter eller lagstiftande organ, ska barnets bästa komma i främsta
rummet (artikel 3).
- Barnens rätt till liv, överlevnad och utveckling (artikel 6).
- Beaktande av barnens åsikter: barnen ska få uttrycka sin åsikt fritt och bar-
nens åsikter ska beaktas enligt deras ålder och utvecklingsnivå (artikel 12).

De allmänna principerna i konventionen om barnets rättigheter har en självständig
betydelse och därtill styr de tolkningen av övriga rättigheter som har tryggats med
konventionen. Alla principer är viktiga i tillgodoseendet av rättigheterna för handi-
kappade. FN:s barnrättskommitté, som övervakar följandet av konventionen om bar-
nets rättigheter, har gett en allmän kommentar (allmän kommentar nr 9, 2006) om
rättigheterna för handikappade barn.

Barn med ett medfött handikapp eller barn som har handikappats i barndomen har
en väldigt varierande funktionsförmåga. Den största delen av barnen med funktions-
nedsättning har lindriga funktionsbegränsningar och de stödåtgärder som de behöver
omfattas till stor del av den allmänna servicen. Andelen barn med väldigt grava funk-
tionsnedsättning av antalet barn med funktionsnedsättning är liten. Det finns dock en
stor risk att man löser behovet av krävande vård hos denna barngrupp med institu-
tionsplaceringar. Ett särskilt missförhållande är även att barn med funktionsnedsätt-
ning har flyttat till en institution för personer med utvecklingsstörning även därför att
man inte har kunnat ordna deras skolgång på annat sätt. Vid slutet av 2010 var 122
under 18-åriga barn i långvarig institutionsvård (Statistik- och indikatorbanken Sot-
kanet 2005–2010).

I första hand ska man alltid ge stöd för att barnen ska kunna bo med sina föräldrar.
Fungerande allmänna tjänster, som t.ex. dagvård, skola, hemservice, hälsovårdstjän-
ster, har en avgörande betydelse för barnens och familjernas välfärd. I situationer där
ett barn inte kan bo med sina föräldrar trots att man vidtar stödåtgärder, kan boendet
ordnas antingen som familjevård eller som dygnet runt-vård i ett smågrupps-
hem. Det behövs flexibla och individuella lösningar, som beaktar varje familjs situation, i bo-
endelösningarna för barn med funktionsnedsättning. Barn med funktionsnedsättning
och deras familjer har även rätt till särskilda tjänster, som t.ex. barnskyddstjänster vid
behov.

Utveckling av institutionsplatserna

På 1970-talet bodde 5 300 personer som klassificerades som personer med utvecklingsstörning på institutioner för personer med utvecklingsstörning. Över 1 000 personer med utvecklingsstörning bodde på psykiatriska sjukhus eller i allmänt sjukhusliknande förhållanden (Vesala, 2003; Ladonlahti, 2004).

Sedan 1980-talet har antalet institutionsplatser (åldringshem, bäddavdelningar vid hälsocentralerna, centralanstalter för omsorgen av personer med funktionsnedsättning, institutioner inom missbrukarvården och kommunala barnhem) minskat i Finland och man har utvecklat hem- och boendeservice samt olika serviceboendelösningar som ersättande lösningar.

Nedskärningen av institutionsvården betydde att personer med utvecklingsstörning flyttade till små grupphem med 5–8 platser under 1980-talet. Man flyttade från ett rum för flera personer i institutionerna för personer med funktionsnedsättning till egna rum. Detta var en avsevärd livsförbättring för många personer med utvecklingsstörning. Under 1990-talet ökades storleken på grupphemmen och grupphem med 15 platser som delades in i tre olika kollektiv blev standard.

I snitt har de långvariga institutionsplatserna minskat långsamt. Vid slutet av 2005 befann sig 2 168 personer i långvarig institutionsvård. Vid slutet av 2010 var 1 359 av dessa fortfarande i institutionsvård, 373 hade avlidit, 313 hade flyttat från institutionen (281 till assisterat boende, 13 handlett boende, 8 till åldringshem och 11 till bäddavdelningen på ett sjukhus eller en hälsocentral), medan uppgifter saknades om 123 personer (Statistik- och indikatorbanken Sotkanet 2005–2011).

Samtidigt som man har flyttat från institutionerna, har nya institutionsplaceringar gjorts. Vid slutet av 2010 befann sig 1 790 personer i långvarig institutionsvård för personer med utvecklingsstörning. Totalt har det antal klienter som har omfattats av institutions servicen minskat med 377 personer under den senaste femårsperioden (2006–2010). Institutionsvård ordnas i huvudsak i de institutioner som upprätthålls av specialomsorgsdistrikten och samkommunerna. Dessa omfattar även andra enheter som erbjuder institutionsvård för handikappade. Grupphem och övrig boendeservice räknas inte med, även om det finns personal på plats dygnet runt (Statistik- och indikatorbanken Sotkanet 2005–2011).

När man granskar statistiken och ser att institutionsvården har minskat, kan man konstatera att ett centralt mål är att hindra nya institutionsplaceringar. Sedan flera år tillbaka har man inte längre styrt en person att använda de tjänster som institutionerna för personer med utvecklingsstörning tillhandahåller enbart av den orsaken att personen har en utvecklingsstörning. De orsaker som har lett till att man har styrt en klient till en institution har varit bl.a. att service saknas i den nuvarande levnadsmiljön, svårigheter i personens närmiljö, psykiska symptom hos klienten, en krissituation eller att familjens krafter har tagit slut. Behovet kan ha hänfört sig t.ex. till barnskydd eller psykiatrisk vård (Niemelä, 2011).

För närvarande finns det flest långtidsplatser på institutionerna i Nyland, Birkaland, Egentliga Finland och Savolax (se bilaga 3). Samtidigt som långtidsplatserna på institutionerna har minskat, har behovet av kortvariga rehabiliterings-, undersöknings- och krisplatser ökat i flera regioner.

Regionala planer för att minska institutionsplatserna och utveckla ersättande tjänster

Specialomsorgsdistrikten och samkommunerna utarbetade tillsammans med kommunerna och övriga regionala aktörer en plan för att minska institutionsplatserna och

lösningar som ersätter institutionsvården i oktober 2010 som en del av det riksomfattande boendeprogrammet. Därefter har de regionala planerna uppdaterats i många regioner.

Den planerade nedläggningen av institutionsvården genomförs i olika takt i olika regioner. Enligt planerna ska institutionen Ronni, som hör till Eteva samkommun, lägga ned sin verksamhet 2012. Mellersta Finlands specialomsorgsdistrikt avvecklar alla institutionsplatser före 2013. Kajanaland och eventuellt även Mellersta Österbotten planerar att avveckla institutionsvården före 2016 och Kymmenedalen under 2016. Enligt de regionala planerna kommer institutionsplatserna att minska i långsammare takt i Lapplands, Egentliga Finlands, Birkalands, Savolax och Södra Österbottens specialomsorgsdistrikt.

Fem regioner (Mellersta Österbotten, Kymmenedalen, Satakunta, Savolax och Egentliga Finland) meddelade att deras institutioner omfattar även invånare som inte är personer med utvecklingsstörning eller personer med utvecklingsstörning, vars primära orsak till boendet på institutionen är en annan än utvecklingsstörningen. Orsakerna till institutionsboendet var brist på en ändamålsenlig vårdplats, psykosociala orsaker, bristfälliga mentalvårdstjänster, barnskydd, hjärnskador, minnessjukdomar och olika sjukdomar i det centrala nervsystemet.

Det fanns flera alternativ för användningen av de nuvarande institutionsbyggnaderna. Det bedöms att en del av institutionsbyggnaderna kommer att rivas. Det finns en vilja att ändra de nuvarande institutionerna och service- och rehabiliteringscentren till mer regionala resurs- och verksamhetscenter samt att utvidga och utveckla undersöknings-, rehabiliterings- och korttidsvården. Även olika läger- och hobbyverksamheter planeras för de tomma lokalerna. I flera institutioner håller man för närvarande på att starta utredningar om användnings- och ombyggnadsbehovet.

Behovet av att utveckla bedömningen av servicebehovet framkommer i relativt många planer (t.ex. Eteva samkommun och Helsingfors, Kajanalands landskap, Mellersta Finland, Kymmenedalen, Lappland, Norra Karelen). På samma sätt betonas vikten av individuella serviceplaner och det ökade behovet av servicehandledning i många planer (t.ex. Södra Österbotten och Österbotten, Mellersta Finland, Satakunta, Savolax).

Enligt de regionala planerna spelar service enligt handikappservicelagen, t.ex. personlig assistans och serviceboende, fortfarande en liten roll då man svarar mot servicebehoven hos personer med funktionsnedsättning vid slutet av 2016, då programperioden upphör. Detta står i strid med det faktum att handikappservicelagen är primär i förhållande till lagen om utvecklingsstörda från 1.9.2009 enligt författningen. Därtill har regeringsprogrammet som mål att slå samman handikappservicelagen med lagen om utvecklingsstörda till en lag om särskilda tjänster för personer med funktionsnedsättning, som häver lagen om utvecklingsstörda.

Enligt de regionala planerna finns det ett behov av eller en avsikt att öka den personliga assistansen till personer med utvecklingsstörning i många regioner, och den utvecklingsverksamhet som hänför sig till detta pågår för närvarande (t.ex. Södra Österbotten och Österbotten, Mellersta Finland, Lappland, Norra Karelen, Birkaland). Den andel personer som får personlig assistans bedömdes dock vara liten i alla regioner 2016, den varierade från 2 procent (Kajanaland) till 16 procent (Norra Karelen). I några regionala planer anges utvecklingen av familjevården som ett viktigt utvecklingsområde (Södra Karelen, Kajanaland, Mellersta Finland, Mellersta Österbotten).

I en del planer anges ännu bättre möjligheter till verksamhet utanför hemmet (arbets- och dagverksamhet, fritidsverksamhet) som ett viktigt utvecklingsområde (Lappland, Satakunta, Savolax, Egentliga Finland). Den uppskattade andelen personer som omfattas av dag- och arbetsverksamheten av alla personer med utvecklingsstör-

ning 2016 når dock upp till högst hälften av alla personer med funktionsnedsättning i många regioner. Detta kan anses vara en relativt liten andel, då målet är att ordna meningsfulla dagliga aktiviteter förutom boende och hem. I Södra Karelen har man startat ett pilotprojekt för att utöka arbets- och dagverksamhetens roll, i syfte att ersätta hemvårdstjänsterna.

Stödet för särskilda tjänster för den kommunala basservicen, vilket beviljas för landskap eller andra stora befolkningsunderlag, är väldigt viktigt enligt planerna, särskilt i små kommuner. I vissa planer understryks även de särskilda tjänsternas roll som en kanal för förmedling av specialkunskap till basservicen. Vissa planer omfattade ett förslag om statlig specialfinansiering för de krävande tjänster som ska ordnas på riksomfattande nivå i syfte att säkerställa tjänsterna (Savolax, Birkaland). Det finns en vilja att utveckla den mobila servicen och distansservicen i alla regioner. I en del svar konstaterades det att den service som fordrar fysiska förflyttningar inte alltid fungerar p.g.a. de kostnader som uppkommer med anledning av de långa distanserna.

Alla regioner bedömde att övergången från institutionsvård till öppenvård ökar behovet av personal. Personalen inom servicen för personer med utvecklingsstörning består till största del av yrkesutbildad personal inom social- och hälsovården i alla regioner. Att trygga en tillräcklig och kompetent personal i boendeservicen och övriga öppenvårdstjänster ses som en stor utmaning, och det krävs utbildning och utveckling av personalen för att svara mot denna utmaning. I den regionala planen för Södra Karelen anges det att detta även förutsätter att man tar avstånd från den omsorgsorienterade ideologin. Det ansågs att en för liten personaldimensionering utgör ett hot och i vissa svar önskade man en riksomfattande handledning för dimensioneringen. I fortsättningen fordras det att man preciserar personaluppgifterna i många regionala planer.

Även behovet av riksomfattande riktlinjer för barnens ställning och familjetjänster framkommer i flera regionala planer. För närvarande pågår en utveckling av nya lösningar för boendet för barn åtminstone i Eteva samkommun, Helsingfors, Egentliga Finlands specialomsorgsdistrikt, Södra Karelens social- och hälsovårdsdistrikt Eksote och Kymmenedalen.

En del planer riktade uppmärksamhet mot beaktandet av de särskilda behoven hos äldre personer med utvecklingsstörning (Kårkulla, Birkaland). Utveckling av hälsovårdstjänsterna är en av de mest centrala utmaningarna. Inom hälsovårdstjänsterna håller man på att utveckla nya lösningar i ett samarbete som omfattar bl.a. Eteva samkommun, kommunerna i huvudstadsregionen och HNS.

De klienter som behöver service som motsvarar långvarig institutionsvård omfattar enligt planerna klienter med ett väldigt utmanande beteende och svårvårdade klienter med flera handikapp, vilka behöver omfattande medicinsk vård, samt personer med utvecklingsstörning som vårdas mot sin vilja och som har gjort sig skyldiga till brott. Även gravt autistiska personer nämndes i en del planer och kommunala synpunkter.

En del av kommunerna som svarade konstaterade att krisvård på en institution inte är en hållbar lösning. Den arbetsgrupp som förberedde den regionala planen för Södra Finland (Eteva, Helsingfors, Kårkulla, Rinnehemmet) anmärkte att vissa situationer av tradition har ansetts vara så svåra och krävande att man har vant sig vid att lösa dem med institutionsvård, även om det inte finns noggranna föreskrifter för institutionsvård. I planen för Egentliga Finland konstaterades det att snabb krishjälp som ges hemma hos klienten är en alternativ stödåtgärd för boendet.

Man har fäst vikt vid ordnandet av tjänster för svenskspråkiga personer i planerna för Kårkulla, Eteva, Helsingfors, Södra Österbotten och Österbotten. Ingen särskild uppmärksamhet har ägnats åt ordnandet av tjänster för invandrare eller personer som talar andra språk än finska och svenska. Många regionala planer betonade att en

strukturförändring av handikappservicen är en utmaning även för socialskyddet. Särskilt de stora boendeutgifterna och bostadsstödet otillräcklighet väcker oro.

Som sammandrag kan man konstatera att den tidtabell för nedläggningen av institutionsvården vilken har fastställts i de regionala planerna inte är förenlig med målen i boendeprogrammet för personer med utvecklingsstörning på en riksomfattande nivå. År 2016 uppgår institutionsplatserna till totalt cirka 1 110 enligt planerna. Av dessa är 780 långtidsplatser, vilket är 56 procent mer än det mål på 500 platser som har ställts upp i principbeslutet, och 330 är korttidsplatser. Neds kärningen av institutionsvården kräver mer åtgärder av kommunerna och regionerna för att utveckla lösningar för individuellt boende och individuell service, vilka ersätter institutionsvården, samt närmiljön.

Antalet producenter av boendeservice har ökat under 2000-talet. En förutsättning för att producera mångsidiga tjänster är att kommunerna tar sitt ansvar då de beställer service. Den ekonomiska situationen i kommunerna har konstant varit dålig under hela 2000-talet. Risken med nedläggningen av institutionerna är att den leder till nya institutioner och massproduktionslösningar, som inte motsvarar klienternas behov av individuellt boende.

Övriga hot är en outvecklad närservice, institutionella strukturer och arbetsmetoder, ett utbildningssystem som inte svarar mot behoven i arbetslivet samt brist på tillgång på utbildad personal. På ett regionalt plan är det svårt att få särskilt läkare, tandläkare, socialarbetare och terapeuter samt även vikarier för de anställda. I den nära framtiden kommer det att finnas avsevärda svårigheter att få tillräckligt med specialiserade läkare inom vissa specialområden, t.ex. inom psykiatri, (Social- och hälsovårdsministeriet, 2011). Problem orsakas för klienterna även av bristen på gemensam praxis för samarbetet mellan de olika sektorerna och lagstiftningen, som inte främjar klienternas valfrihet, vilket framkommer t.ex. i den nuvarande tillämpningen av upphandlingslagen.

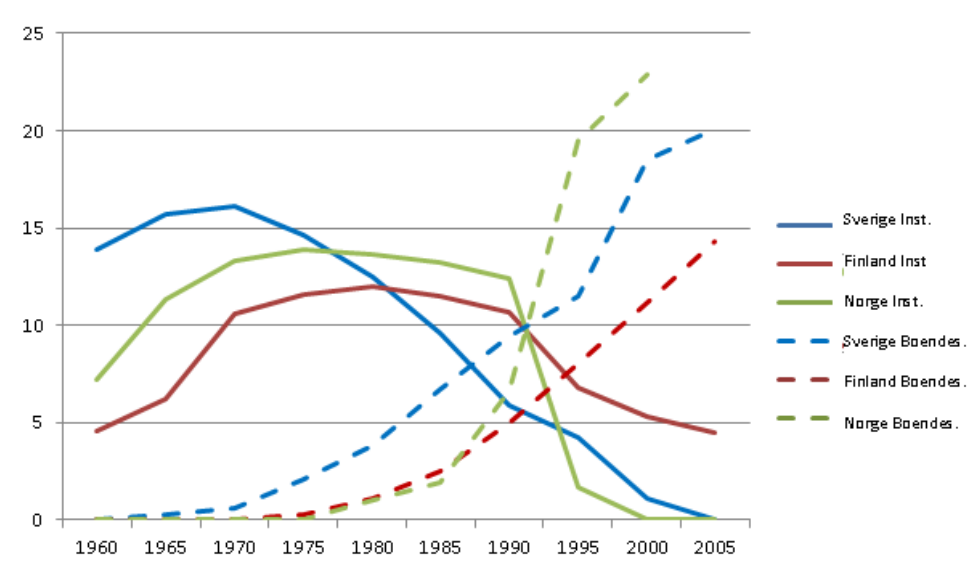
4 ERFARENHETER I ANDRA LÄNDER

Att lägga ned institutionerna för personer med utvecklingsstörning och utveckla servicen i närmiljön är centrala mål i hela Europa för närvarande. Målet är att inte ett enda barn ska hamna på en institution i framtiden, att inga nya institutionsplaceringar görs ("close the front door") och att de personer som bor på en institution för närvarande kan flytta till en bostad och en närmiljö som svarar mot deras individuella behov. Att utveckla närservicen är en stor utmaning och en absolut förutsättning för en framgångsrik nedläggning av institutionerna.

Det har observerats att nedläggningen av institutioner är en mer utmanande process i de s.k. rika länderna i Västeuropa än i Östeuropa. De starka institutionsstrukturerna ligger bakom detta enligt Jan Jarab, som är sakkunnig till FN:s högkommissarie för de mänskliga rättigheterna. Enlig Jarab kan mänskliga rättigheter aldrig tillgodoses på en institution, inte ens på den bästa institutionen. En institution isolerar en människa från det övriga samhället och även om de materiella behoven är totalt tillfredsställda, kan inte självbestämmanderätten, valfriheten och delaktigheten tillgodoses helt och hållet i institutionsförhållanden (Jarab, 2011).

I alla nordiska länder var institutionsvård den huvudsakliga, och nästan den enda, serviceformen för personer med funktionsnedsättning ännu vid slutet av 1970-talet. Redan på 1960-talet började institutionerna kritiseras särskilt i Danmark och Sverige, där man även utformade en normaliseringsprincip som styrde utvecklingen för tjänster för personer med utvecklingsstörning. I Finland fördes en institutionskritisk diskussion senare under 1970-talet, då de sista centralanstalterna fortfarande byggdes. Figur 1 skildrar hur institutionsplatserna har minskat och boendeservicen utvecklats i Norden (Vesala, 2003; Tössebro et al, publiceras inom kort.)

Figur 1. Antalet klienter i institutionsvården och boendeservicen per 10 000 invånare i de nordiska länderna 1960-2005. (Tössebro et al, tulossa).



Situationen i Sverige

Under 1960-talet bodde cirka 14 000 personer med utvecklingsstörning på olika institutioner i Sverige. Ansvaret för att ordna service överfördes från staten till länsstyrelserna 1967 (Omsorgslagen). Redan vid den tidpunkten betonades strävan efter att

övergå från institutionsinriktning till service i närmiljön. År 1994 stiftades lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS och lagen om införande av LSS. Dessa lagar innehöll bestämmelser om att överföra ansvaret för att ordna service från länsstyrelserna till kommunerna och att stänga institutionerna för personer utvecklingsstörning (Grunewald, 2008).

Lagen om avveckling av specialsjukhus och vårdhem 1997 förutsatte att specialsjukhusen skulle avvecklas före 1997 och vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda före 2000. Cirka 1 000 personer med utvecklingsstörning bodde på institutioner för personer med utvecklingsstörning i Sverige 1997 (Grunewald, 2008).

Alla kommuner skulle i samarbete med landstingen utarbeta en plan för att ersätta institutionsplatser med gruppboendestäder (Grunewald, 2008). Endast fyra institutioner fick ett specialtillstånd att fortsätta sin verksamhet under en kort tid efter 2000-talet, så att alla kunde erbjudas en egen bostad i enlighet med LSS. År 1991 fattades ett beslut om ett statsbidrag för byggandet av nya gruppboendestäder i bruk. Syftet med detta var att skynda på byggandet av nya boendestäder och därigenom övergången från institutioner till boendet i närmiljön. Bidraget delas ut åren 1991- 1995. Sammanlagt 2 miljoner kronor har budgeterats för detta ändamål.

Det finns inte längre institutioner som är avsedda för personer med funktionsnedsättning i Sverige. Socialstyrelsen har gett allmänna föreskrifter och råd (2002:9) om ordnandet och produktionen av boendeservice för vuxna handikappade enligt 9 § 9 i LSS. Enligt råden är den rekommenderade gruppstorleken 3–5 personer i serviceboendestäderna. Antalet invånare i serviceboendestäderna har inte fastställts, så länge som boendestäderna integreras som en del av ett normalt bostadsområde och institutionsinriktning undviks i de fysiska lösningarna.

Det finns vissa krav som styr byggandet av boendestäder. Huvudregeln är att de allmänna byggbestämmelserna, som är övergripande bestämmelser för alla boendestäder, även gäller för specialboendestäder. Utgångspunkten för alla boendestäder är att boendestaden består av en lägenhet med ett rum, ett kök och wc och badkar/dusch.

Boendestäder, separata hus eller lägenheter i hyreshus byggs av kommunala serviceproducenter och privata företag. Det finns två typer av specialboendestäder enligt LSS: gruppboendestäder och serviceboendestäder. Dessa boendestädernas skildras i handboken Boendestad med särskild service för vuxna enligt LSS.

Sverige samlar in riksomfattande statistiska uppgifter om antalet personer som har fått ett beslut om särskild service för boende. Cirka 23 400 personer bodde i boendestäder som omfattas av särskild service för vuxna 1.10.2011. Det finns ingen information om boendestaden är en gruppboendestad eller en serviceboendestad.

Kommunerna ansvarar för att ordna den nödvändiga servicen och stödet i Sverige i enlighet med LSS. Enligt lagen är det förbjudet att placera handikappade i stora institutionsliknande koncentrationer och boendestäder. Byggandet och anskaffandet av boendestäder får inte heller leda till koncentrationer av särskilda grupper. Den service som definieras av LSS, t.ex. gruppboende, är en verksamhet som följs upp av Socialstyrelsen och boendestäder som inte uppfyller kraven i lagen beviljas inte verksamhetstillstånd.

Lagen anger vad som är en skälig tid för att ordna en boendestad. En klient ska få ett beslut om en stödåtgärd inom tre månader efter att ansökan har lämnats in. Tidsfristen kan förlängas till sex månader vid ordnandet av boende, om man har kommit överens om detta med klienten. Alla beslut som inte har verkställts inom tre månader ska rapporteras till Socialstyrelsen.

Utmaningen i Sverige är att utveckla boendet på så sätt att det svarar bättre mot behoven hos unga som flyttar hemifrån. De unga har växt upp i en inkluderande miljö, och de existerande grupp- och serviceboendestäderna svarar inte helt och hållet mot

deras önskemål och behov i fråga om självständigt boende. De unga önskar vanligen en vanlig bostad och individuellt stöd. En särskild utmaning är även att ordna boende för personer med en diagnos inom autismspektrat. Även övervakningen och kvalitetsarbetet är centrala frågor för närvarande. Socialstyrelsen och kommunernas egna granskningsenheter ansvarar för övervakningen och styr kvalitetsarbetet (Karlsson, 2011).

Till följd av ratificeringen av FN:s konvention om funktionsnedsättning har de handikappolitiska målen förtydligats i Sverige. Införandet av konventionen har förutsatt att man har utarbetat strategier på olika nivåer i systemet, vilket å sin sida har bidragit till att man uppnår målen. Till exempel i Stockholms stad ska varje förvaltningsområde fastställa tre olika verksamhetsätt som främjar uppnåendet av målen i den handikappolitiska planen (Karlsson, 2011).

Situationen i Norge

År 1988 stiftades en lag om stängning av institutioner för personer med utvecklingsstörning i Norge (förkortat avviklingsloven). År 1991 överfördes ansvaret för att ordna servicen till den lokala förvaltningen och 1996 fastställdes som tidsfrist för att lägga ned institutionerna. Över 75 procent av de invånare som flyttade från en institution flyttade till en bostadsgrupp med 3–5 invånare, där var och en har en egen bostad. Bostäderna hade ett kök, ett sällskapsrum, ett sovrum och ett badrum. Bostädernas yta var cirka 50 m². (Tössebro et al, publiceras inom kort; Teittinen & Vesala, publiceras inom kort)

Staten styrde byggandet av nya bostäder med ett särskilt bostadsprogram under övergångsperioden då man lade ned institutionerna. I enlighet med programmet finansierade National Housing Bank bostadsbygget. Programmet innehöll bestämmelser om storleken på såväl bostäderna som bostadsgrupperna (circular HB 1255, 1993). Senare, under slutet av 1990-talet, övergav man detta finansieringsprogram och ersatte det med mer allmänna program, som gällde ordnandet av boende för sådana personer som hade svårigheter att skaffa en bostad på den normala bostadsmarknaden. Kraven i dessa program var inte lika hårda, men allmänt taget skulle ytan på de bostäder som erbjöds vara 45–50 m². (Teittinen & Vesala, publiceras inom kort)

Gruppstorleken i bostäderna för särskilda grupper har ökat avsevärt i Norge under de senaste åren. Vid medlet av 1990-talet var 3–4 personer i samma bostadsgrupp en typisk gruppstorlek. För närvarande är de nya grupperna avsevärt större och det finns uppgifter om grupper med över 25 platser. Den största delen av dem som har flyttat efter 2000 bor tillsammans med över sju andra personer. Under 1990-talet bodde personer med utvecklingsstörning med andra personer med utvecklingsstörning. Den nya riktningen är att personer med utvecklingsstörning bor tillsammans med andra särskilda grupper, t.ex. äldre och rehabiliteringsklienter inom mentalvården.

National Housing Bank bedömer kvaliteten på nya bostadsprojekt, men med avsevärt lösare kriterier än tidigare. Efter 2000 har man inte gjort en enda riksomfattande bedömning eller kartläggning om bostadsförhållandena för personer med utvecklingsstörning. Kommunerna är skyldiga att ordna boendet för personer med utvecklingsstörning och de fungerar vanligen också som tjänsteproducenter eller hyresvärdar (Teittinen & Vesala, publiceras inom kort).

Det finns ett kraftigt motstånd mot den senaste utvecklingen i Norge och det har även förekommit rättsliga ärenden, som har drivits av bl.a. anhörigorganisationen NFU. Utvecklingen har tagit en ny riktning mot större enheter, även i de små kommunerna. Detta motiveras vanligen med bl.a. att större enheter ger möjlighet till mer kompetent vård, att de är mindre sårbara för frånvaron och omsättning i personalen

samt att de minskar invånarnas ensamhet. De tillgängliga forskningsrönen om serviceproduktionen och de sociala näten stödjer inte dessa motiveringar (Tössebro et al, publiceras inom kort). Vid sidan om nyinstitutionalismen, är uppdateringen av lagstiftningen, utbildningen av personalen och bristerna i bedömningen och övervakningen av kvaliteten aktuella utmaningar (Tössebro, 2006).

Situationen i Danmark

Nedläggningen av institutioner har varit ett politiskt mål i Danmark sedan 1980-talet. Fram till dess var institutionsvård den rådande serviceformen i handikappservicen. Levnadsförhållandena vid institutionerna var avsevärt sämre än vad som ansågs vara godtagbart. Det handikappolitiska tänkandet har styrts av den s.k. kompensationsprincipen, enligt vilken samhället ska erbjuda service och stöd som kompenserar de olägenheter som orsakas av handikappet i så stor utsträckning som möjligt. I enlighet med principen ska man ha tillgång till stöd och hjälp oberoende av personens eller familjens inkomster eller förmögenhet (Teittinen & Vesala, publiceras inom kort).

Begreppet institution avlägsnades från lagen om socialservice (Social Service Act) från 1988 och samtidigt skiljdes ordnandet av bostäder från ordnandet av service. Detta betydde att människorna har rätt till service oberoende av boendeformen och att service ska ordnas utifrån de individuella behoven (Tössebro et al, publiceras inom kort).

Boendeservice ordnas utifrån lagen om socialservice (Social Service Act) och den allmänna lagen om boende (General Housing Act). Det finns regionala skillnader i boendeservicen. Boendeservice ges till största del vid de kommuner där de stora institutionerna fanns tidigare. Av dem som använder boendeservicen för handikappade är 50 procent personer med utvecklingsstörning, 30 procent rehabiliteringsklienter inom mentalthälsovården och 20 fysiskt handikappade personer eller personer med en hjärnskada eller sociala problem (Nyhedsmagasinet Danske Kommuner, 2011).

År 2008 omfattades cirka 17 300 handikappade av boendeservicen. Den största delen (75 procent) av boendeservicen har ordnats med stöd av lagen om socialservice. Den boendeservice som har ordnats enligt lagen om socialservice omfattar ofta institutionella särdrag, som t.ex. små rum, stora gemensamma utrymmen och personalutrymmen tätt intill invånarnas personliga utrymmen. Tydliga kvalitetsstandarder saknas och ordnandet av bostäder och serviceproduktionen har inte skiljts från varandra. Det boende som har ordnats enligt lagen om boende (General Housing Act) grundar sig på hyresavtal och tryggar de sedvanliga rättigheterna för klienterna vad gäller uppsägning av ett hyresavtal och integriteten. Bostäderna ska uppfylla de vanliga boendestandarderna (Teittinen & Vesala, publiceras inom kort; Olsen, Liisberg & Kjærum 2005). Den parallella lagstiftningen har orsakat kritik, eftersom den leder till en ojämlig ställning för handikappade.

Den genomsnittliga gruppstorleken var 19,6 personer i boendeservicen 2008. Enligt den undersökning som gjordes 2003 (National Social Appeals Board) varierade bostadsstorleken i boendeservicen mellan rum på 10 m² och lägenheter på 30 m² (Den Sociale Ankelstyrelse, 2003). Efterfrågan på boendeservice har ökat och eftersom utbudet av bostäder inte är tillräckligt, måste de handikappade i värsta fall vänta i 3–4 år på en bostad (Centre for Ligebehandling af Handicappede, 2008).

Processen för nedläggning av institutioner har kritiserats i Danmark bl.a. för bristen på en bostadspolitik och ett bostadsprogram som skapar ersättande och ny boendeservice. Kritik har även riktats mot personalens kompetens och mot att rättigheterna för handikappade inte har tillgodosetts på så sätt att de har kunnat påverka var, hur och med vem de bor (Teittinen & Vesala, publiceras inom kort).

FN:s konvention om funktionsnedsättning påverkar Danmarks handikappolitik på många sätt för tillfället. Konventionen används bl.a. som ett medel för att öka medvetenheten om självbestämmanderätten för handikappade. År 2009 inrättade Danmarks handikappråd (Danish Disability Council) en arbetsgrupp för att fundera på boendet för handikappade i framtiden. I arbetsgruppens manifest betonas bl.a. följande:

- Bostaden är ett hem och den ska ge möjlighet till ett värdefullt liv och utveckling. De anställdas arbetsförhållanden får inte vara ett hinder för det beslutsfattande som gäller personens liv eller boende.
- En handikappad har rätt att välja mellan olika bostäder och flytta till en annan bostad.
- Bostäderna och servicen ska avskiljas från varandra. Ordnandet av service grundar sig på personens behov och boendeform.
- Bostadsmarknaden ska utvecklas så att den svarar mot behoven hos handikappade. Det ska finnas ett utbud av tillgängliga bostäder av olika typ i olika delar av landet, såväl i städer som på landsbygden.
- Personalen ska ha kunskap och förståelse om de handikappades rättigheter (Tænketank om fremtiden boliger for mennesker med handicap, 2010. Mit hjem – Mit valg).

Situationen i Storbritannien och Irland

I **Wales** publicerades 1983 en strategi med namnet All Wales Strategy 1983, där man fastställde de centrala principerna för strukturförändringen. Det viktiga var att överföra ansvaret för att ordna service till lokala myndigheter. Som en del av processen ålades myndigheterna att utarbeta en plan om hur man ska erbjuda närservice till personer med funktionsnedsättning. Den centrala synvinkeln var att utveckla servicen i närmiljön. Det rekommenderades att man inte längre gör nya institutionsplaceringar och att man skaffar bostäder från det normala bostadsbeståndet. Man rekommenderade också att högst fyra invånare bor i samma boendegemenskap (Time to Move on from Congregated Settings, 2011).

Vid femårsuppföljningen upptäckte man att institutionerna inte hade tömts på önskat sätt, utan att de personer med utvecklingsstörning som hade bott hos sina föräldrar hade flyttat till nya boendelösningar. Det fanns två institutioner i Wales 2008. Det har bestämts att dessa ska stängas. I typfallet ägs bostäderna av en bostadsstiftelse (Housing association), som erbjuder såväl en bostad som underhåll och service. Det finns ett utbud av såväl egna bostäder som boende i grupp, som bl.a. omfattar ett gemensamt kök. Personer med funktionsnedsättning kan inte flyttas från sina hem och ett hyresavtal kan inte sägas upp på andra grunder än de som gäller för andra hyresgäster, t.ex. utebliven hyra, skadegörelse osv. Man har även rätt att tacka nej till ett erbjudande om en bostad. Finansieringen av stödtjänster kommer från olika källor (Time to Move on from Congregated Settings, 2011).

I **England** har processen för nedläggning av institutionerna framskridit på samma sätt som i Wales. Man fäste särskild vikt vid utbildningen av personalen i övergångsskedet. I syfte att stödja detta användes bl.a. en individorienterad livsplanering. I England riktade man mer uppmärksamhet mot övervakningen av servicekvaliteten än i Wales. I Wales försämrades servicekvaliteten av priskonkurrensen, medan situationen var den motsatta i England: man önskade och skaffade service av hög kvalitet (Time to Move on from Congregated Settings, 2011).

Att utveckla servicen i närmiljön och integrera människorna till sin närmiljö var den centrala principen bakom nedläggningen av institutionerna även i England. De centrala förändringsverktygen har varit personliga budgeter och olika alternativ för assisterat boende. Ett exempel på detta är bl.a. organisationen KeyRing, som har in-

rättat invånarnät i närmiljön landet runt. KeyRings verksamhet grundar sig på två principer: 1) egenmakt till människorna 2) kamratstöd, där människorna stödjer varandra. Personer med utvecklingsstörning stöds även att aktivt använda den offentliga service som tillhandahålls i närmiljön.

Övergången från institutioner till närmiljön pågår fortfarande i England. De största institutionerna har stängts och kvar står vårdhem, s.k. campusar och kluster där flera tiotals invånare kan bo på samma tomt. Som en del av förändringsprocessen har man utvecklat dagverksamheten under senaste år. De traditionella arbets- och dagverksamhetscentren har lagts ned eller så har verksamheten vid dessa omvandlats till coachningscenter. Man har även utvecklat nya alternativ för dagverksamheten. Nedsärningarna i socialutgifter och andra politiska lösningar har under senaste år försämrat boendeförhållandena och möjligheterna till ordnad av individuellt stöd för handikappade.

I **Irland** publicerades i juni 2011 en strategi för att stänga institutionerna och grupphemmen. Med institutioner avses alla enheter med över 10 platser. Målet i strategin omfattar boendet för cirka 4 000 människor. Målet är boendelösningar i närmiljön och det rekommenderas att högst 34 personer bor i samma boendegemenskap (Time to Move on from Congregated Settings, 2011).

I **USA** har man sedan slutet av 1970-talet systematiskt följt livet för personer med utvecklingsstörning som har flyttat bort från institutionerna och deras familjers erfarenheter. Skillnaderna mellan olika stater är stora. För närvarande har alla institutioner lagts ned i drygt tio stater i USA (Conroy, 2011).

Sammandrag av erfarenheterna i olika länder

Erfarenheterna från olika länder och uppföljningen i enskilda länder redogör för att alla personer med utvecklingsstörning, även de som behöver omfattande sjukvårdssassistent, kan bo i närmiljön med framgång.

En central utgångspunkt för att lägga ned institutionsboendet är att utveckla servicen i närmiljön. För att nedläggningen av institutionerna ska lyckas, ska det finnas tillräckligt högklassig service som svarar mot klienternas behov i närmiljön. Erfarenheterna i olika länder visar även att det inte finns enbart en modell för att lösa boendefrågan. En individuell infallsvinkel är viktig. I alla länder har ordnandet av tjänster för personer med utvecklingsstörning varit väldigt omsorgsriktat. Institutionskultur syns såväl i de fysiska lösningarna för bostäderna som i personalens arbetsmetoder. Det finns institutionella strukturer och arbetsmetoder såväl i de traditionella institutionerna som i den nya boendeservicen i öppenvården.

En av de viktigaste främjande faktorerna när det gäller nedläggning av institutionerna och byggande av högklassiga bostäder är att staten styr processen genom lagstiftningen. Med lagstiftningen kan man bl.a. styra bostadsgruppernas storlek, som klart och tydligt har ökat såväl i Finland som i övriga europeiska länder till följd av den ekonomiska situationen under senaste tid.

5 FRAMTIDENS SERVICE OCH KUNNANDE

Full delaktighet i boendet och närmiljön som utgångspunkt

Målet med strukturförändringen av servicen för personer med utvecklingsstörning är att boendet på institutioner upphör och att man utvecklar lösningar i närmiljön för kortvariga behov, som man tidigare har tillfredsställt på institutioner. Detta förutsätter att närmiljön erbjuder bostäder, men även hjälp och stöd samt service i en tillräcklig omfattning och med rätt inriktning. Såväl finländska som internationella forskningar om livet för personer med utvecklingsstörning visar att ett av de största problemen i livet för personer med funktionsnedsättning är att det deras integrering till närmiljön är bristfällig. Bland annat talskadade personer med utvecklingsstörning deltar i liten utsträckning som medlem i samhället/ påverkar sin miljö i liten utsträckning, eftersom deras talskada inte identifieras och de inte har tillgång till den service som tillhandahåller hjälpredskap för kommunikationen. Detta leder även till att möjligheten att anlita tolktjänster inte används (se t.ex. Verdonschot & al. 2009; Tøssebro 2006; Eriksson 2008; Harjajärvi & al. 2009; Hintsala & al. 2008).

Den hjälp och det stöd som erbjuds inriktar sig främst på att stödja vårdbehoven, och arbetsorienteringen och utbildningen av personalen grundar sig i första hand på idén om helhetsvård. I fortsättningen ska man hitta medel för att på bästa möjliga sätt stödja de anställda att utveckla en ny sorts arbetsmetod med individuellt boende som utgångspunkt.

Vid sidan om att utveckla boendemodeller, behövs samtidigt nya lösningar för meningsfull daglig verksamhet, fritidssysselsättning, social integrering och deltagande i samhällelig verksamhet. Ur kommunal synvinkel betyder detta att man ska ta fram nya lösningar för att samarbeta med olika förvaltningsområden, medborgarorganisationer, företag och andra aktörer. Om utvecklingsarbetet endast omfattar bostäder och boendeservicen, finns det en risk att människorna isoleras och inte integreras till sin närmiljö.

Under senaste år har individualiseringen (*eng.* personalisation) av servicen fokuserat på att i ännu högre grad stödja de handikappades och deras familjers möjligheter att påverka det egna livet och deras service. Med anledning av dessa infallsvinklar har man tagit i bruk t.ex. en modell med personliga budgeter i många europeiska länder. Det nya sättet att ordna service har gett människorna alternativ till den sedvanliga servicen och större möjlighet att nyttja sin valfrihet för att få service.

Individualiseringen av servicen kan även skildras med en jämförelse av den systemorienterade hjälpen med den individualiserade hjälpen och det individualiserade stödet.

Tabell 1. Systemorientering mot individualisering vad gäller hjälp och stöd

	SYSTEMORIENTERING	INDIVIDUALISERING
Planering av servicen	grundar sig på existerande service och produkter	grundar sig på klientens behov förutom service framhävs även informellt stöd
Kostnader	kostnaderna och prissättningen är bundna till ett ställe antalet användningsdagar fungerar som granskningsunderlag	kostnaderna och prissättningen är bundna till stödtimmarna antalet stödtimmar fungerar som granskningsunderlag
Prissättning	prissättningen utgår från grupp-specifika produkter, som grundar sig på grupperingen av klienter enligt diagnos eller särdrag	prissättningen utgår från individens behov och den tid som har använts för att svara mot dessa
Personens status	invånare (bosstads- och servicepaket), inget hyresförhållande till bostaden	medborgare, hyrestagare

Det går redan att urskilja element som hänför sig till en infallsvinkel som stödjer individualiserat stöd i handikappservicelagen. De som anlitar personlig assistans enligt handikappservicelagen har ungefär tredubblats under senaste 10 år. Antalet har ökat speciellt efter lagändringen 2009 och för närvarande närmar sig klientmängden 10 000 personer. När det gäller personer med utvecklingsstörning har användningen av personlig assistans till största del inriktat sig på assistans under fritiden, och användningen av personlig assistans för att ordna boendet har inte ökat i någon större mån. Utvecklingen av en lagstiftning som grundar sig på individuella behov fortsätter i samband med reformen av socialvårdslagen och handikapplagstiftningen.

Fungerande bostäder och individuell service

Tillgodoseendet av självbestämmanderätten och rättskyddet för personer med funktionsnedsättning är centrala utgångspunkter för boendet. Med tanke på tillgodoseendet av den enskildes rättigheter är det viktigt att ha:

- rätt att välja bostad och bostadsort,
- rätt att välja med vem man bor,
- rätt till en serviceplan,
- rätt till lämplig och tillräcklig service och
- rätt till ett hyreskontrakt eller att besitta en bostad som man äger.

I de framtida bostäderna är det individuella utrymmet mera än ett rum. Bostäderna är tillgängliga och de finns i vanliga bostadsområden och deras utrustningsnivå svarar mot de allmänna boendestandarderna. Utgångspunkten är att bo i en egen bostad, som man letar efter i det normala bostadsbeståndet. Det finns även ett behov av ett mångformigt och högklassigt gruppboende. Möjligheten att bo ensam eller tillsammans med en person eller flera personer som man själv har valt ska förbättras. Målet är att skapa nya närmiljöer och kvarter, där man bildar nät av de enskilda bostäderna och de små bostadsgrupperna, till vilka man ansluter serviceproduktionen på ett smidigt sätt med beaktande av de individuella behoven hos klienterna.

De framtida servicemodellerna omfattar människornas naturliga nät, det informella stödet (kamratstöd, hjälp av anhöriga) och den allmänna servicen samt de särskilda

tjänster som främjar den allmänna servicen. Den hjälp och det stöd som människorna ger varandra ska utnyttjas i högre grad. Behovet av hjälp och stöd hos en person med utvecklingsstörning kan variera från ett litet och kortvarigt behov av hjälp och stöd till livsviktig hjälp som fordrar ständig närvaro av personalen. Det krävs olika tjänster för att svara mot behoven hos personer med utvecklingsstörning.

Tabell 2. Exempel på service som personer med utvecklingsstörning behöver

1) Service, som stödjer det vardagliga livet och en fungerande vardag	2) Service, som behövs i särskilda levnadssituationer och/eller vid behov av akut hjälp och stöd	3) Service för krävande hjälpbehov
<ul style="list-style-type: none"> - Personlig assistans - Annan service som stödjer boendet - Stöd för närståendevård - Arbets- och dagverksamhet - Hemservice - Hemsjukvård - Hälsovårdstjänster - Rehabilitering - Hjälpredskap - Renovering av bostaden - Socialarbete 	<ul style="list-style-type: none"> - Stöd vid övergångsskeden - Flyttningsscoachning - Integreringscoachning - Rehabiliteringshandledning - Kristjänster - Arbetscoachning - Kamratstöd 	<ul style="list-style-type: none"> - Konsultativt stöd för den allmänna servicen - Behandling och uppföljning av ovanliga och progressiva syndrom - Neurologiska och psykiatriska tjänster - Specialiserad tandvård

Framtidens kunnande

Den allmänna service som är avsedd för hela befolkningen är för närvarande inte tillräckligt utvecklad för att svara på situationer som orsakas av komplicerad utvecklingsstörning och andra problem som hänför sig till detta (s.k. complex needs). Att svara på behoven hos personer som flyttar från en institution eller sitt barndomshem försutsätter en utveckling av de verksamhetsmodeller som tryggar utvecklingen av kompetensen i branschen och tillgången till service för personer som behöver krävande vård och hjälp.

Kunskaps- och utvecklingsområdena omfattar bl.a.:

- utredning av hjälp- och stödbehovet, definition av hjälpen och stödet och planering av genomförandet, särskilt vid mångdimensionella behov,
- interaktions- och kommunikationsfärdigheter samt samhällskunnandet av personer med de mest grava utvecklingsstörning,
- kunnande och praxis för utmanande situationer,
- verksamhetsmodeller för stöd och begränsning av självbestämmanderätten samt övriga komplicerade situationer som gäller rättskyddet,
- den neurologiska och psykiatriska kompetensen,
- omfattande färdigheter och kunskaper vad gäller läkemedelsbehandlingen av personer med utvecklingsstörning,
- undersökning och rehabilitering som hänför sig till utvecklingsmässiga störningar,

- identifiering av behov som hänför sig till uppväxten, utvecklingen och välfärden vad gäller barn med utvecklingsstörning och genomförande av service som främjar och tryggar dessa aspekter,
- behandling och uppföljning av ovanliga och progressiva syndrom,
- överlappande diagnoser, t.ex. utvecklingsstörning och demens,
- diagnosticering av syndromgruppen FASD, uppföljning av utvecklingen och planering av rehabiliteringen,
- särskilda behov hos personer med en diagnos inom autismspektrat samt
- stöd i sexualfrågor.

Det krävs inte institutioner av den nuvarande formen för att upprätthålla och utveckla kunnandet. Kunnandet specialomsorgsdistriken och hos övriga aktörer inom handikappbranschen ska bevaras och integreras som en fast del av serviceproduktionen. Expertis behövs särskilt i konsultationen till och utbildningen av de anställda inom basservicen.

Åtgärder och utveckling behövs åtminstone inom fyra olika kompetensnivåer: 1) utveckling och förstärkning av stödet och vården i miljön för de människor som behöver stöd 2) förstärkning av kunnandet i närarbetet, t.ex. genom att utveckla de modeller där en anställd sammanlänkar servicen och den verksamhet som bedrivs av de etablerade stödteamen 3) utveckling av de psykiatriska och neurologiska tjänsterna (jour- och kristjänster, icke-akut intensivvård, planering och genomförande av rehabilitering och poliklinikverksamhet) och 4) den specialiserade sjukvården (kompetens som centraliseras på riksomfattande nivå, sakkunnigtjänster och forskning).

Vad gäller hälsovårdstjänster för personer med utvecklingsstörning visas den nya riktningen av bl.a. det utvecklingsarbete som utförs av Eteva samkommun och Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt Eksotes verksamhet enligt community nurse-modellen, som är i användning i Storbritannien, där en hälsovårdare som har specialiserat sig på frågor som gäller personer med utvecklingsstörning sköter integreringen av de personer med funktionsnedsättning till användare av den allmänna servicen vid hälsocentralerna och sjukhusen. Samarbetshälsovårdaren anpassar framför allt de allmänna tjänsterna och handleder den personal som tillhandahåller dessa tjänster. Denna modell tas för närvarande i bruk i Finland. En annan arbetsform som integrerar expertisen och som är under utveckling är det konsultativa stödet för grundundervisningen i kommunerna.

Det är ändamålsenligt att ordna hjälpen och stödet för personer med utvecklingsstörning som behöver särskilt krävande psykiatrisk vård och rehabilitering samt personer med en diagnos inom autismspektrat som ett samarbete mellan den specialiserade sjukvården och handikappservicen, för att kunna dra fördel av sammanslagningen av den specialiserade sjukvården och handikappservicen (Koskentausta et al, 2011).

Cirka 30–50 procent av personerna med utvecklingsstörning har olika symptom och/eller störningar som hänför sig till den psykiska hälsan och beteendet. Till följd av brister i klienternas kognitiva färdigheter samt eventuella kommunikationsbegränsningar och andra anknutna handikapp är det dock svårare än vanligt att göra en psykiatrisk bedömning. Dessutom kan många somatiska sjukdomar vara vilseledande och se ut som beteendestörningar då klienten har en bristfällig förmåga att identifiera och uttrycka sina somatiska symptom. Ofta är en psykiatrisk synvinkel därför inte tillräcklig för att bedöma den mentala hälsan hos personer med utvecklingsstörning av denna anledning (Koskentausta et al, 2011).

Forskningen har också visat att interaktions- och kommunikationssvårigheter kan ligga bakom ett utmanande beteende. Enligt forskning stärker eller upprätthåller miljö ett utmanande beteende i någon mån i 70 procent av fallen. Av denna anledning är

miljöns betydelse och påverkan central i granskningen av den psykiska hälsan hos personer med utvecklingsstörning. För att åstadkomma en förändring krävs det att man slår samman olika synvinklar och påverkar olika faktorer samtidigt. Detta förutsätter att man drar nytta av expertisen inom olika yrkesbranscher och slår samman sociala, psykologiska och medicinska synvinklar. Det som behövs är en situationsbedömning, bedömning och genomgång av modellerna för växelverkan och beteendet på plats samt en systematisk förändring av dessa (Koskentausta et al, 2011)

6 GRUNDPRINCIPER VID ÖVERGÅNGEN FRÅN INSTITUTIONER TILL BOENDE I NÄRMILJÖN

6.1 ÖKNING AV MEDVETENHETEN OM DE GRUNDLÄGGANDE FRI- OCH RÄTTIGHETERNA SAMT DE MÄNSKLIGA RÄTTIGHETERNA BETRÄFFANDE PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Grundlagen och FN:s konvention om funktionsnedsättning är utgångspunkten för nedläggningen av institutionsboendet för personer med funktionsnedsättning. Artikel 19 i konventionen stipulerar att personer med funktionsnedsättning har rätt att välja var och med vem de bor och att de inte är tvungna att bo i särskilda boendeformer. Tillräckliga tjänster och stödåtgärder säkerställer att personer med funktionsnedsättning får det stöd som de behöver för att kunna leva och delta i miljön på samma sätt som övriga medborgare.

De grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna är universella, grundläggande och oskiljaktiga. Målet är att ingen bor på en institution i framtiden, utan att personer med funktionsnedsättning bor på samma sätt som övriga medborgare. Vid genomförandet av strukturförändringen och boendeprogrammet ökas medvetenheten om att personer med funktionsnedsättning har jämlika grundläggande fri- och rättigheter och mänskliga rättigheter som en del av kommunernas och statens strategiska planering och handledning.

6.2 IAKTTAGANDET AV RÄTTIGHETER OCH SJÄLVBESTÄMMANDERÄTT AV PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Den framtida socialvårdslagen och handikapplagstiftningen tryggar hörandet av klienterna och de närstående som stödjer honom eller henne samt ökar servicen enligt de individuella behoven. Även barn hörs i ärenden som gäller dem.

Att flytta från barndomshemmet kräver ofta särskilt stöd och förberedelser. Situationen är den samma då man flyttar bort från en institution. Den viktigaste principen i alla förändringsprocesser är att personer med funktionsnedsättning och deras närstående är delaktiga och deltar i alla skeden av processen. Det som har man har kommit överens om med klienten i fråga om flytten antecknas i serviceplanen och beslut om dessa åtgärder fattas med beaktande av serviceplanen. Genomförandet av planen ska följas upp och bedömas. Man ska höra önskemål om boendet, men också om meningsfull dagverksamhet, fritid och upprätthållandet av mänskliga relationer. En del av personerna behöver en intressebevakare. I dessa situationer ska man se till att intressebevakningen ordnas enligt lagen om förmyndarverksamhet.

Utgångspunkten är att boendeförhållanden ordnas på så sätt att man inte behöver vidta åtgärder för att begränsa självbestämmanderätten. Inga separata utrymmen byggs i anslutning till boendeenheterna eller bostäderna, t.ex. isolerings- eller avspänningsrum, dit man flyttar invånarna vid problemsituationer.

Utgångspunkten för boendet är ett hyresavtal eller besittning av en bostad utifrån ägarskap enligt hyreslagen (481/1995) och de rättigheter och skyldigheter som anges i

lagen. Till exempel i situationer där serviceproducenten ändras, har personen rätt att fortsätta att bo i sitt hem, om han eller hon så önskar. Den service som hänför sig till boendet ska vara säker och oavbruten, i syfte att trygga en kontinuitet i boendet på bästa möjliga sätt.

6.3 UTVECKLANDE AV TJÄNSTER OCH NÄRMILJÖN

Närtjänster som ersätter institutionsvården för personer som flyttar från en institution eller från sitt barndomshem är en förutsättning för att minska institutionsplatserna. Tjänsterna ska svara mot de individuella och samhälleliga behoven hos personer med utvecklingsstörning och andra personer som behöver särskilt stöd.

Den centrala principen är tillgång till service och tillgänglighet. Servicen ska svara mot servicebehovet hos personer med de mest grava funktionsnedsättningar och de som behöver mest stöd samt multikulturella familjer. Vid utvecklingen av servicen svarar man mot behoven hos de olika språkminoriteterna och de som använder alternativa kommunikationsredskap. I den kommunala planeringen ska man granska hur tjänster i närmiljön utvecklas för att svara mot alla kommuninvånarens behov. Samtidigt ska man även förstärka personalens kunnande och förnya arbetssätten för att nå målet om klientorientering.

Syftet med hälso- och sjukvårdslagen är att förbättra klienternas ställning och vård samt att öka jämlikheten i tillgången till vård. Hälsovårdstjänsterna ska utvecklas så att de svarar ännu bättre mot behovet hos personer med utvecklingsstörning. Målet är att personer med utvecklingsstörning får hälsovårdstjänster som tjänster som har ordnats av deras hemkommuner. Man ska även öka kunnandet inom den specialiserade sjukvården i frågor som gäller personer med funktionsnedsättning som en del av strukturförändringen. Delvis saknar hälsovården fortfarande verksamhetsmodeller för att planera, genomföra och följa upp vården och rehabiliteringen av personer med utvecklingsstörning. Definitionen av de olika sätten att ordna hälsovårdstjänster för personer med utvecklingsstörning och modeller för detta är en central utmaning i strukturreformen av social- och hälsovården.

De styrmedel som ingår i hälso- och sjukvårdslagen ger goda möjligheter att skapa nya lösningar och verksamhetsätt, t.ex. planen för ordnande av hälso- och sjukvård och den hälso- och vårdplan som ska utarbetas i samarbetet med den berörda personen.

De övriga centrala serviceutvecklingsområdena omfattar utveckling av de olika formerna av serviceplanering och förebyggande stöd, hjälp och stöd till hemmet (hemservice, personlig assistans och stöd, hemsjukvård osv.), utveckling av en mångsidigare dagverksamhet, stöd- och rehabiliteringstjänster för barn med grav funktionsnedsättning, kortvariga tjänster som stödjer familjerna samt utveckling av den grundläggande och fortsatta utbildningen.

Parallellt med utvecklingen av servicenätet ska man stödja och förstärka strukturerna för det informella stödet. Det bästa sättet att göra detta är att stödja personer med utvecklingsstörning att upprätthålla deras egna människorelationer och utveckla servicemodeller som även beaktar det kamratstöd som personer med utvecklingsstörning ger till varandra.

6.4 NEDLÄGGNING AV INSTITUTIONSBOENDET

De centrala målen är att:

- man inte längre placerar barn på en institution,
- man inte gör nya institutionsplaceringar av vuxna,
- man genomför flytten från institutionerna systematiskt genom att iaktta personens rättigheter.

Tjänsterna för barn genomförs i första hand genom att stödja deras familjer och genom att ordna tjänster på så sätt att barnen har möjlighet att leva med sina föräldrar. I de situationer där den vård som genomförs hemma inte är till barnets fördel eller om det inte är möjligt för ett barn att bo med sina föräldrar av en annan orsak, ska man sträva efter så familjeorienterade lösningar som möjligt, t.ex. familjevård jämte tillräckliga stödåtgärder.

Service ska svara mot de individuella behoven i så stor utsträckning som möjligt. Detta förutsätter att man ställer upp mål och lägger upp en tidtabell för nedläggningen av institutionsboendet på så sätt att servicen i närmiljöerna samtidigt har utvecklats i den mån att de svarar mot behoven hos dem som flyttar bort. Planerna beaktar behoven hos dem som flyttar från en institution och därtill även hos dem som flyttar från sitt barndomshem, i syfte att undvika nya institutionsplaceringar.

Flyttprocesserna genomförs individuellt, men dock på så sätt att de som har det största behovet av hjälp och stöd inte blir de sista som lämnar institutionen. Från första början ska man utveckla lösningar för boendet i närmiljön även för dem som behöver väldigt intensiv och omfattande vård och omsorg.

I planeringen av flyttarna beaktar man klienternas önskemål om den framtida hemkommunen. Vid sidan av den tidigare hemkommunen och den kommun där institutionen är belägen kan hemkommunen även vara en annan kommun där klienten önskar bo. De ändringar som har gjorts i hemkommunslagen och socialvårdslagen 2011 ökar klienternas möjlighet att välja den kommun där de bor.

Ett tydligt mål och en tydlig tidtabell ska fastställas för processen för att flytta från en institution. Det är särskilt viktigt att nedläggningen av institutioner inte bromsas upp i det skede då en del av klienterna redan har flyttat och en del fortfarande bor på en institution.

Personalen har en+ aktiv roll i genomförandet av ändringen. De deltar i planeringen och uppföljningen av genomförandet och deras kompetens utnyttjas i de nya serviceformerna.

Processen för flytt från en institution följs upp på riksomfattande nivå. Uppföljningen omfattar även jämförelse av de olika tjänsternas kostnader och deras genomslagskraft med tanke på livskvalitet av personer med funktionsnedsättning.

6.5 EFFEKTIV ANVÄNDNING AV RESURSERNA OCH BEDÖMNING AV DE EKONOMISKA EFFEKTERNA

Man undviker att upprätthålla överlappande system. Servicesystemet effektiviseras på så sätt att de som använder servicen drar mest nytta av de tillgängliga resurserna.

Tanken om individorientering och rätten att påverka närmiljön är ett villkor för investering i nya bostäder och tjänster. Man ska undvika investeringar i de tjänster som upprätthåller institutionskultur, t.ex. bostäder och service som byggs och skapas vid tidigare institutionsområden samt boendekoncentrationer för olika grupper som behöver stöd.

Investeringarna ska planeras väl så att de främjar strukturförändringen, och inte bromsar upp nedläggningen av institutionerna under några som helst förhållanden.

Planeringen av nya bostadsobjekt börjar alltid med en utredning av behoven hos de framtida invånarna.

Tjänsterna för personer med utvecklingsstörning hör till de tjänster som omfattas av statsandelen för kommunal basservice. Servicesystemet och reformen av den anknutna lagstiftningen genomförs utifrån de årliga rambesluten om statsfinanserna. Enligt statsminister Katainens regeringsprogram (sidan 85) ”*ska tilldelningen av nya uppgifter till kommunerna och utökningen av nuvarande uppgifter och förpliktelser begränsas, och kommunerna anvisas en statlig finansieringsandel som är mer än hälften av de faktiska kostnaderna*”.

I utvecklingen av servicen kan kommunerna dra nytta även av bl.a. de statsunderstöd för utvecklingsprojekt som ingår i Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste). Programmet Kaste består av sex programdelar. De viktigaste för personer med funktionsnedsättning är delprogrammet I, som förbättrar möjligheten till delaktighet, välfärd, och hälsa för riskgrupper, delprogram II, som fortsätter reformen av tjänster för barn, unga och barnfamiljer samt delprogram IV, som reformerar servicestrukturen och basservicen. Totalt 58 miljoner står till förfogande för projektfinansiering under åren 2012–2015. Kommunerna och samkommunerna för social- och hälsovård kan ansöka om statsunderstöd för regionala, i vissa fall nationella, utvecklingsprojekt. Statsunderstödet kan vara högst 75 procent av de totala kostnaderna för projektet. Kommunerna och samkommunerna styr minst 25 procent av de totala kostnaderna för projektet till projektarbetet som självfinansieringsandel.

I samråd med de olika finansörerna samordnar social- och hälsovårdsministeriet även den övriga finansieringen av social- och hälsovårdsprojekt för kommuner, samkommuner, organisationer och företag för att främja programmets mål. Dessa finansörer omfattar bl.a. Utvecklingscentralen för teknologi och innovationer (Tekes), Penningautomatförbundet (RAY), Jubileumsfonden för Finlands självständighet (Sitra), Europeiska socialfonden (ESR) och FPA.

6.6 UTVECKLING AV VERKSAMHETSKULTUREN I LEDARSKAPET OCH ORGANISATIONEN

Övergången från institutionsboende till boende i närmiljön är en krävande process, som förutsätter starkt ledarskap såväl i kommunerna som i serviceorganisationen.

Chefsarbetet ger modeller för att omsätta värderingarna i praktiken och stödjer de anställdas inläring av den nya verksamhetskulturen. Utvecklingen av individuellt boende förutsätter nya former av arbets- och verksamhetssätt, där det viktigaste är att stödja klienternas självbestämmanderätt och delaktighet. Den centrala utmaningen är att undvika att institutionskultur uppkommer i den nya servicen. Verksamhetskulturen i utvecklingsstörningsbranschen ska ändras på så sätt att verksamhetssätten blir individorienterade och att stödet skraddarsys utifrån de personliga behoven och önskemålen. Utgångspunkten för servicen är att man ser personer med utvecklingsstörning som aktiva aktörer och det egna livets huvudpersoner samt stödjer dem att göra val och fatta beslut som gäller deras eget liv. Samtidigt ska man stödja och förstärka utvecklingen av kompetensen hos den nuvarande personalen.

Utbildningen och grunderna för och innehållet i examina inom branschen ska utvecklas på så sätt att de svarar mot behoven i arbetslivet i högre grad och grundar sig på ett nytt tänkesätt. Utbildning som grundar sig på inläring i arbetet och flexibla läroavtalsmodeller utvecklas.

Existerande tjänster, som t.ex. användning av personlig assistans vid ordnandet av boende och stärkandet av delaktigheten, utnyttjas effektivare. Även de anställdas

interaktionsfärdigheter vad gäller bemötandet av personer med utvecklingsstörning och deras medvetenhet om kommunikationsmöjligheterna utvecklas.

6.7 KVALITETSKONTROLL OCH -UPPFÖLJNING

Utgångspunkten för kvalitetskontrollen är enhetliga kriterier, med vilka man bedömer den service som erbjuds av olika serviceproducenter. Det är nödvändigt att ta med serviceanvändarna, deras närstående och klientorganisationerna i kvalitetskontrollen. I syfte att säkerställa en god kvalitet behövs fungerande kriterier och anvisningar för kvaliteten och kontrollen vad gäller bostäder och service.

Valvira riksomfattande övervakningsprogram för dygnet runt-tjänster för personer med funktionsnedsättning färdigställdes i februari 2012 (Valvira 2012). Den nuvarande kvalitetsrekommendationen för boendeservicen för personer med funktionsnedsättning uppdateras enligt de utgångspunkter som fastställs i FN:s konvention om funktionsnedsättning. De existerande kvalitetskriterierna, som har utarbetats i ett omfattande konsensusarbete som omfattade branschens aktörer, utnyttjas när man förstärker kvalitetsarbetet. Dessa kriterier omfattar bl.a. kvalitetskriterierna för bostäder och individuellt stöd, vilka har utarbetats av delegationen för boendet inom funktionsnedsättningsbranschen.

6.8 SAMARBETET MELLAN FÖRVALTNINGSOMRÅDEN

De allmänna tjänsternas företräde och tillgänglighet är en godkänd princip i alla kommunala förvaltningar, inte enbart i social- och hälsovården.

Samarbetet mellan de olika kommunala förvaltningarna är viktigt i ordnandet av boende för handikappade kommuninvånare. Samarbetet mellan social- och hälsovården och bostads- och planläggningsväsendet är viktigt. Ordnandet av boende för personer med funktionsnedsättning är en del av de bostadspolitiska planerna och strategierna. Kommunerna ska även planera placeringen av bostadsobjekten för personer med funktionsnedsättning i planläggningen och samhällsplaneringen på så sätt att de är belägna nära servicen och möjliggör ett självständigt liv och delaktighet. En central lösning under de kommande åren är att dra nytta av det vanliga bostadsbeståndet, såväl hyres- som ägarbostadsbeståndet.

Bildningsväsendet är i nyckelposition i tryggheten av att alla barn med funktionsnedsättning har rätt till en undervisning enligt lagen om grundläggande utbildning och att ingen hamnar på en institution till följd av orsaker som hänför sig till ordnandet av undervisningen. Utgångspunkten är undervisning enligt närskoleprincipen, vilken stärker och stödjer barnens med funktionsnedsättning känsla av samhörighet med barn i samma ålder och i deras egen miljö.

I samarbete med undervisnings- och kulturministeriet (UKM) letar man efter lösningar för att utveckla den undervisning som ordnas vid institutionerna och utveckla ersättande lösningar. Skolornas färdigheter att behandla svåra situationer och problem ska förbättras. Detta förutsätter att man utvecklar verksamhetsmodeller och -nät som stödjer skolorna. Förutsättningarna för att barn med funktionsnedsättning ska kunna gå i skola är att den individuella hjälpen är tillräcklig samt att barnet har tillgång till lämpliga kommunikationsredskap och -metoder. Man ska trygga en behörig service och ett tillräckligt stöd för barnens skolgång och studier. Man ska rikta särskild upp-

märksamhet mot tillgängligheten i skolbyggnaderna, inlärningsomgivningen, undervisningsmetoderna och -redskapen samt utbildningen av lärarna.

Stödtjänsterna för barn och deras familjer ska utvecklas på så sätt att barnen inte hamnar i tillfällig vård eller långvarigt boende på en institution för att det inte finns tillräckligt med ändamålsenlig service i närmiljön.

Utbildningsmöjligheterna efter grundskolan ska utvecklas på så sätt att varje person med funktionsnedsättning har möjlighet till livslång inläring. Stödet för övergången från studier till arbetslivet är ofta inte tillräckligt och formen på det framtida arbetet motsvarar inte alltid den kunskap som har inhämtats under utbildningen.

7 SLUTSATSER OCH ÅTGÄRDER

7.1 TRYGGANDE AV DELAKTIGHET OCH RÄTTIGHETER FÖR PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH DERAS ANHÖRIGA

Utgångspunkten för boende- och servicelösningarna är att man i samråd med personer med funktionsnedsättning utreder deras önskemål, behov och mål för livet. En flyttningsplan ska utarbetas som en del av serviceplanen för varje person som flyttar från en institution eller hemifrån i samarbete med personen och hans eller hennes närstående.

Förslag på åtgärder som tryggar hörandet och rättigheterna för personer med funktionsnedsättning i en förändringsprocess:

- Självbestämmanderätten för personer med funktionsnedsättning förstärks genom att informera dem om deras rättigheter och utveckla lokala verksamhetsmodeller inom olika förvaltningsområden för säkerställande av självbestämmanderätten.
- Service- och flyttningsplanen ska utarbetas på så sätt att personen själv förstår dess innehåll. Vid behov ska man använda olika kommunikationsmetoder som hjälp, t.ex. ett lättförståeligt språk och grafiska tecken. En företrädare som känner personen väl används då personen inte ens med stöd kan delta i planeringen av hans eller hennes service. Kommunen ansvarar för att utarbeta service- och flyttningsplanen. Flyttningsplanen utarbetas i ett samarbete mellan personen, hans eller hennes närstående och den instans från vilken man flyttar.
- I ett samarbete mellan kommunen, institutionen och producenten av den framtida servicen säkerställer man att personen får effektiviserat stöd före och efter flytten, inklusive flyttningscoachning och en introduktion i de olika boendalternativen.
- Som en del av förberedelserna ansvarar kommunen och den skickande instansen för att ge klienten rådgivning och handledning om utkomstskyddet, FPA:s förmåner och ansökning av dessa eller anmälningar om ändringar som gäller dessa till FPA.
- En person har en fungerande kommunikationsmetod och vid behov får han eller hon handledning för att få tillgång till de hjälpredskap som tillhandahålls inom hälsovården. De olika formerna för understött beslutsfattande utvecklas i den framtida lagstiftningen om social- och hälsovården.
- Man utarbetar bestämmelser om de tjänster som förutsätter individuellt stöd, omsorg och omvårdnad i samband med totalreformen av socialvårdslagstiftningen.
- Ett centralt mål i lagstiftningen om förstärkningen av självbestämmanderätten för personer med funktionsnedsättning är att främja iakttagandet av klienternas självbestämmanderätt och minimera användningen av begränsande åtgärder.
- Ordnandet av boende grundar sig på ett hyresavtal eller en annan besittningsform enligt hyreslagen och de rättigheter och skyldigheter som har fastställts i lagen.

7.2 SÄKERSTÄLLANDE AV RÄTTIGHETERNA FÖR BARN MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Ett barn med funktionsnedsättning är i första hand ett barn som har rätt att bo med sina föräldrar. Genom att utveckla service som stödjer barn med funktionsnedsättning och deras familjer säkerställer man att barnens rätt till en normal barndom och uppväxtmiljö tillgodoses. Samtidigt tryggar man även att de övriga familjemedlemmarna mår bra. Ett barn med funktionsnedsättning har rätt till dagvård och undervisning som närtjänst samt rehabiliterings- och övriga specialtjänster som främjar barnets utveckling. Barn med funktionsnedsättning placeras inte på en institution.

Förslag på åtgärder som säkerställer tillgodeendet av rättigheterna för barn med funktionsnedsättning i förändringsprocessen:

- Man säkerställer att barnen har möjlighet att bo hemma genom att utveckla den hjälp och det stöd som ges i hemmet (bl.a. hemservice, hemvård) och andra tjänster som stödjer familjen samt genom att säkerställa fungerande allmänna tjänster (bl.a. dagvård, skola och hälsotjänster).
- Man reder ut barnens och familjens helhetssituation och individuella behov med en serviceplan. Barnet har rätt att påverka egna ärenden oavsett funktionsnedsättning.
- Man tryggar tillgången till rättajmad service för barn med funktionsnedsättning på så sätt att servicen ordnas inom ramen för de allmänna och särskilda tjänsterna för barn, inte som en del av tjänsterna för vuxna.
- Man utvecklar andra än institutionslösningar för kortvariga servicebehov och krissituationer.
- Barn eller ungdomar med funktionsnedsättning får hjälpmedel efter behov.
- Ett barn med funktionsnedsättning och hans eller hennes familj har rätt till tjänster inom barnskyddet efter behov.
- Familjevården utvecklas och uppmärksamhet riktas mot att familjevårdarna får ett tillräckligt stöd.
- Man utvecklar smågrupphemslösningar för barn med funktionsnedsättning för vilka man inte kan ordna boende i barndomshemmet eller i familjevård trots ett kraftigt stöd. Smågrupphemmen placeras inte i anslutning till den övriga servicen, utan de placeras i vanliga bostadsområden, och de motsvarar vanliga bostadsförhållanden i så stor utsträckning som möjligt. Smågrupphemmen för barn har högst 3–4 platser. Det är viktigt att säkerställa att servicen är oavbruten. Barnens grundtrygghet och bildandet av en anknytningsrelation äventyras om de anställda som vårdar barnet byts ut ofta.
- Man säkerställer att rätten till en undervisning enligt lagen om grundläggande utbildning tryggas för barn med grav funktionsnedsättning. I samarbetet med undervisnings- och kulturministeriet och organisationerna inom området utvecklingsstörning inleds en utredning om institutionskolornas framtid.

7.3 UTVECKLANDE AV TJÄNSTERNA

Personer med funktionsnedsättning har rätt till alla allmänna tjänster på samma sätt som övriga kommuninvånare. Tjänsterna ska vara tillgänglig på klientens eget modersmål. Ansvaret för att utveckla närtjänster ligger på alla kommunala förvaltningsområden. Det förutsätts man har utvecklat tjänster i närmiljön för att kunna flytta från en institution eller ett barndomshem.

Förslag till åtgärder som säkerställer utvecklandet av servicen:

- Kommunerna utarbetar kommunspecifika planer, där man definierar målen och kommunens metoder för att svara på den framtida förändringen i servicestrukturen och servicebehovet bland personer med funktionsnedsättning som flyttar från en institution eller sitt barndomshem.
- Kommunerna reder ut servicebehovet hos alla kommuninvånare med utvecklingsstörning och utarbetar en plan för att svara mot bostads- och servicebehovet.
- Hälsovårdstjänsterna för personer med utvecklingsstörning ordnas som en del av den allmänna hälsovården och vid behov som skraddarsydda tjänster.
- Klientavgifterna fastställs på så sätt att ingen blir återkommande utkomststödsklient på grund av klientavgifterna. Man reder ut behovet av författningsändringar i anknytning till bl.a. lagen om bostadsbidrag för pensionärer.
- Man tydliggör ansvaret för att ordna och utveckla de särskilda tjänsterna i lagstiftningen om ordnandet, utvecklingen och övervakningen av socialvården. I detta samband förtydligas ansvaret för att ordna specialtjänster inom området för utvecklingsstörning vilka förutsätter ett större befolkningsunderlag än en kommun.
- Två riksomfattande enheter utses för den rättspsykiatriska vården och övervakningen av personer med utvecklingsstörning. En förordning enligt den framtida lagen om ansvaret för att ordna social- och hälsovård fastställer uppgifterna och ansvarsområdena för dessa riksomfattande enheter.
- Som en del av styrgruppens arbete fortsätts utredningen av de riksomfattande och regionala behoven.

7.4 NEDLÄGGNING AV INSTITUTIONSBOENDET

En förutsättning för att flytta från en institution är samstämmighet med den utvecklingsstörda personen och hans eller hennes närstående. Förhandlingen om detta ska inledas tillräckligt tidigt, så att förändringsprocessen kan genomföras under kontrollerade former och genom att iaktta personens rättigheter. Målet är att institutionsboendet läggs ned före 2020, dock på så sätt att inga tvångsflyttningar görs med beaktande av människornas ålder och livssituation.

Genom att bygga nya bostäder och utveckla servicen i närmiljön tryggar man att flytten från institutionerna sker under kontrollerade former. En förutsättning för detta är att man känner till de framtida invånarnas behov innan man börjar planera nya bostäder. Avvecklingen av institutionsboendet betyder inte att man flyttar från en institution till en nyinstitution, bostadskoncentrationer eller institutionsbyggnader som står tomma och som inte uppfyller kvalitetskriterierna för normalt boende.

Förslag till åtgärder som säkerställer en framgångsrik flytt från institutioner i Finland:

- De instanser som upprätthåller institutioner utarbetar i samråd med kommunerna en plan för lösningar som ersätter institutionsvården, i syfte att precisera de regionala planer som har utarbetats tidigare. Planen ska även beakta de behov som hänför sig till boendet för personer med funktionsnedsättning som bor i sitt barndomshem och lösningsalternativ för detta. Planerna utarbetas före 31.12.2012. Målet är att högst 500 personer bor på institutionerna 2016. De flyttar från institutionerna före 2020, dock på så sätt att inga tvångsflyttningar görs med beaktande av människornas ålder och livssituation.
- Utgångspunkten i den lagstiftning som ska reformeras är att boendet ordnas på ett annat ställe än på en institution.

- En enhetlig egenkontroll i kommunerna och de regionala övervakningsmyndigheternas kontroll säkerställer att man iakttar invånarnas rättigheter vid flyttarna och att man letar efter bostäder i lämpliga objekt som uppfyller kvalitetskriterierna samt att klienterna får den individuella service som de behöver.
- Offentlig investeringsfinansiering styrs inte till de tidigare institutionerna eller byggandet av nya institutioner.
- Boendet ordnas i normala bostadsområden och i bostäder med kännetecken för en normal bostad. Målet är att man bor antingen i en egen bostad eller i små boendegrupper. Den handikapplagstiftning som ska reformeras innehåller bestämmelser om maximistorleken på bostadsgrupperna.

7.5 SÄKERSTÄLLANDE AV KUNNANDET OCH SAMARBETET MELLAN FÖRVALTNINGSOMRÅDEN

En förutsättning för att utveckla tjänster är att man förstärker kunnandet och samarbete mellan förvaltningsområdena.

Förslag för att förstärka kunnandet och samarbete mellan de olika förvaltningsområdena:

- Som en del av styrgruppens arbete fortsätter man utredningen av arbetskraft- och kunskapsbehov inom handikappområdet och bedömer effekten av de förändrade kompetensbehoven för utvecklingen av examina. I samarbete med arbetslivets aktörer och utbildningsenheterna utreder man metoder för att komplettera personalens kunnande på ett flexibelt sätt i arbetslivet.
- Man tryggar kunnandet genom att förstärka forskningen och tillgången till systematisk data, inklusive statistikföringen.
- Man utarbetar en riksomfattande rekommendation och handböcker till stöd för kommunernas och samkommunernas utvecklingsarbete. Utvecklingsarbetet utförs i samråd med ministerierna, Institutionen för hälsa och välfärd, kommunerna, organisationerna och de privata serviceproducenterna.

Med utvecklingsarbetet tryggar man utvecklingen av högklassig service i närmiljön och förenar olika instansers finansieringsformer.

KÄLLOR

- Bostäder för personer med utvecklingsstörning och grav funktionsnedsättning: Förslag till ett bostadsprogram 2010–2015. Miljöministeriets rapporter 16/2009. Helsingfors: Miljöministeriet, 2009.
- Center for Ligebehandling af Handicappede: Fakta om boltilbud, 2008
- Conroy, James. Deinstitutionalization for People with Intellectual & Developmental Disabilities in the United States: Science, Policy, and Advocacy, EASPD Conference, Brussels, 3 October 2011.
- Den Sociale Ankestyrelse (2003): Botilbud til personer (under 67 år) med betydeligt og varigt nedsat fysisk og /eller psykisk funktionsevne, Juni 2003.
- Emerson, E. 2004. Cluster housing for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 29 (3), 187–197.
- Eriksson, Susan. Erot, erilaisuus ja elinolot – vammaisten arkielämä ja itsemäärääminen. *Undersökningar av Förbundet Utvecklingsstörning 3. Förbundet Utvecklingsstörning*, Helsingfors, 2008.
- Barn i behov av särskilt stöd är i första hand barn. Barns rättigheter som en del av handikappolitiken. *Barnombudsmannens byrås publikationer 2011:10*
- Eräsaari, Leena. Miten tutkia laitoshoittoa? Artikel i verket Antti Teittinen (red.) *Pois laitoksista: vammaiset ja hoivan politiikka*. Tammerfors: Gaudeamus, 2010
- Goffman, Erving. *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental patients and Other Inmates*. New York: Bantam Doubleday, 1961.
- Grunewald, Karl. *Från idiot till medborgare: De utvecklingsstördas historia*. Stockholm: Gothia Förlag AB, 2008.
- Haarni, Ilka. *Keskeneräistä yhdenvertaisuutta: vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa*. Stakes, 2006
- Harjajärvi, Minna, Kairi, Tea, Kuusterä, Kirsti och Miettinen, Sonja. *Toimivatko kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut? Näkemyksiä palvelujen käyttäjiltä ja niiden järjestäjiltä*. Invalidförbundets utredningar 3. Helsingfors: Invalidförbundet, 2009.
- Hintsala, Susanna, Seppälä, Heikki & Teittinen, Antti. *Kehitysvammaista ihmistä eristävät järjestelyt*. Artikeln har publicerats i verket Tuuli Hirvilampi & Markku Laatu (red.), 2008. *Toinen vääräyskirja. Lähikuvia sosiaalisista epäkohdista*. Helsingfors: FPA:s forskningsavdelning, 2008.
- Jařab, Jan. *De-institutionalization in Western European Countries: A Human Rights perspective*. EASPD Conference, Brussels, 3 October 2011.
- Karlsson, Riitta-Leena. *Situationen för handikappolitiken och boendet i Sverige*, muntlig delgivning 30.11.2011.
- Konttinen, Juha-Pekka. *Vammaisten ihmisoikeudet Suomessa*. Suuntaaja 3/2011, Boendeservicestiftelsen ASPA, Helsingfors.
- Koskentausta, Terhi; Lorentz, Markku; Karvonen, Päivi; Sauna-Aho, Oili; Niemelä, Markku; Parikka, Petra & Koski Mia. *Psykiatrisen hoidon kehittäminen erityisen vaativaa hoitoa ja kuntoutusta tarvitseville kehitysvammaisille henkilöille ja autismin kirjoon kuuluville henkilöille*. 30.05.2011. Eteva samkommun, Mäntsälä.

- Ladonlahti, Tarja. Haasteita palvelujärjestelmälle: kehitysvammaiseksi luokiteltu henkilö psykiatrisessa sairaalassa. Jyväskylä studies in education, psychology and social research. Jyväskylä universitet, 2004.
- Niemelä, Markku & Brandt, Krista, red. Individuellt boende för utvecklingsstörda personer. Från långvarig institutionsvård till mer individuella boendelösningar. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2007.
- Niemelä, Markku & Brandt, Krista, red. Kehitysvammaapalvelut ilman keskuslaitosta? Esimerkkejä Etevan kehittämistyöstä. Artikel i verket Päivi Ripatti (red.) Kehitysvammaisten asuminen: Uusi reformi 2010–2015. Helsingfors: 2011.
- Nyhedsmagasiner Danske Kommuner, 2011
- Olsen, Birgitte K., Liisberg, Maria V. & Kjærum, Morten (2005) Personer med funktionsnedsettelse i Danmark. Institut for Menneskerettigheder. Udredning 3–2005
- Reform av lagstiftningen som gäller organisering, utveckling och övervakning av social- och hälsovården. Slutrapport. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2011:7.
- Teittinen, Antti & Vesala, Hannu T. (publiceras inom kort): Kehitysvammaisten ihmisten asumisen ratkaisut Pohjoismaissa, manuskript.
- Time to Move on from Congregated Settings: A Strategy for Community Inclusion. Report of the Working Group on Congregated Settings. Health Service Executive, Ireland, June 2011.
- Tænketank om fremtiden boliger for mennesker med handicap, 2010: Mit hjem – Mit valg
- Jařab, Jan. Deinstitutionalisaatio –kehitysvammaisiin henkilöihin kohdistuvan politiikan ja palvelujen muuttumisesta. I verket Teittinen, Antti (red.) Vammaisuuden tutkimus. Universitetstryckeriet, Helsingfors 2006
- Jan Tøssebro, Inge S Bonfils, Antti Teittinen, Magnus Tideman, Rannveig Traustadottir, Hannu Vesala (Publiceras inom kort): Normalization Fifty Years Beyond – Current Trends in the Nordic Countries
- Valvira Boendeservice för handikappade dygnet runt. Riksomfattande övervakningsprogram 2012–2014. Helsingfors, 2012
- Kvalitetsrekommendation för boendeservice för handikappade människor: Individuell service, fungerande bostäder och tillgänglig miljö. Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund. Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2003:4
- Verdonschot M., Witte L., Reichrat E., Buntinx W., & Curfs L. Community participation of people with an intellectual disability: a review of empirical findings. Journal of Intellectual Disability Research. Vol. 53, Part, 303–318, 2009.
- Vesala, H.T. (2003). Användningen av service av personer med funktionsnedsättning (The service user careers of people with intellectual disabilities). Helsingfors: Finnish Association on Mental Retardation

Statsrådets principbeslut om program för ordnande av boende och anslutande tjänster för utvecklingsstörda

Statsrådet har den 21.1.2010 fattat följande principbeslut om ett program för ordnande av boende och anslutande tjänster för utvecklingsstörda åren 2010–2015 och beslutat om genomförandet av åtgärderna i programmet. Programmet genomförs i enlighet med det gällande rambeslutet för statsbudgeten.

Inledning

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens andra regering fastställs de centrala bostadspolitiska åtgärderna för regeringsperioden i ett bostadspolitiskt åtgärdsprogram. Där beslöt man att utarbeta ett program för att öka utbudet av bostäder för personer med funktionsstörning, däribland utvecklingsstörda, i syfte att minska antalet institutionsplatser.

I Finland bor det uppskattningsvis 35 000–40 000 utvecklingsstörda personer, av vilka många behöver rikligt med individuell hjälp och stöd i sitt boende. Finland har 18 institutioner vars verksamhet helt eller i huvudsak är avsedd att betjäna utvecklingsstörda personer. På institutionerna för utvecklingsstörda fanns det i maj 2009 cirka 2 000 personer på långtidsplatser och cirka 400 personer i kortvarig rehabiliterande vård. Cirka 13 000 personer med funktionsnedsättning bor hos anhöriga, och av dem är cirka hälften vuxna personer med utvecklingsstörning. En stor del av dem behöver en möjlighet att bo självständigt.

För att kunna minska institutionsvården för personer med utvecklingsstörning och göra det möjligt för vuxna utvecklingsstörda att flytta från barndomshemmet, krävs det många åtgärder vid sidan om en ökning av bostadsutbudet. Till de viktigaste åtgärderna hör tjänster som stödjer individuellt boende samt hantering av boendekostnaderna.

Programmets mål

Regeringens bostadspolitik har som mål att samordna människors önskemål och behov i fråga om sitt boende med samhällets behov och en hållbar utveckling. Regeringen främjar vars och ens möjligheter till ett boende som motsvarar hans eller hennes behov och önskemål. Boendeprogrammet för utvecklingsstörda har som mål att möjliggöra ett sådant individuellt boende för utvecklingsstörda personer som stärker deras delaktighet och jämlikhet i den sociala gemenskapen och samhället.

Programmets mål för åren 2010–2015 är:

- att snabbt, systematiskt och på ett behärskat sätt minska antalet institutionsplatser och göra det möjligt för vuxna utvecklingsstörda att flytta från barndomshemmet genom att skapa boendelösningar som motsvarar de utvecklingsstörda personernas behov och önskemål och genom att erbjuda individuella tjänster och individuellt stöd
- att producera cirka 1 500 bostäder för utvecklingsstörda personer som flyttar från institutionsvård och cirka 2 100 bostäder för vuxna utvecklingsstörda som flyttar från barndomshemmet

- att under programperioden producera sammanlagt 3 600 bostäder avsedda för personer med funktionsnedsättning, årligen cirka 600 bostäder.

Åtgärder

A. Bostadsutbudet och hanteringen av boendekostnaderna

1. Med Finansierings- och utvecklingscentralen för boendets (ARA) investeringsstöd för grupper med särskilda behov ska under åren 2010-2015 cirka 470 nya bostäder per år produceras för utvecklingsstörda personer och en totalrenovering av minst 60 bostäder för utvecklingsstörda stödjas varje år. Via ARA:s investeringsstöd för grupper med särskilda behov ska cirka 30 miljoner euro per år anvisas till boende för utvecklingsstörda.
2. Penningautomatföreningen (RAY) ska ha beredskap att inom ramen för ett årligt anslag anvisa högst 4,9 miljoner euro per år i investeringsstöd för att finansiera organisationers anskaffning och byggande av stödbostäder. Med denna finansiering kan man skaffa eller bygga cirka 130 stödbostäder per år.
3. Stödprocenten för Finansierings- och utvecklingscentralen för boendets (ARA) investeringsstöd för grupper med särskilda behov ska höjas till högst 50 % i fråga om bostadsobjekt för utvecklingsstörda. Den högsta stödprocenten ska tillämpas från fall till fall med beaktande av specialkraven på och kostnaderna för objektet, och den beviljas således inte för alla stödobjekt.
4. Finansierings- och utvecklingscentralen för boendet (ARA) ska endast av synnerligen motiverade skäl bevilja investeringsstöd för grupper med särskilda behov för att omvandla byggnader på områden för institutioner för utvecklingsstörda till boendeenheter inom öppenvården. För att utvecklingsstörda personer ska ha möjlighet att välja bostadsort och boendelösning krävs det att deras boende ordnas bland det övriga bostadsbeståndet.
5. Finansierings- och utvecklingscentralen för boendet (ARA) ska i samarbete med aktörerna på området utveckla boendelösningar för utvecklingsstörda personers olika behov, däribland autister, utvecklingsstörda i behov av krävande vård och utvecklingsstörda personer med krävande beteende, samt kvalitetsanvisningar för boendelösningarna. I detta arbete ska utvecklingsfinansiering från ARA, TEKES och andra aktörer utnyttjas.

B. Minskningen av institutionsvården och utvecklingen av boendeservicen

6. En arbetsgrupp bestående av företrädare för specialomsorgsdistrikten/samkommunerna och områdets kommuner samt andra viktiga aktörer (bygggherrar, producenter av boendeservice, representanter för de utvecklingsstörda och deras anhöriga) ska före utgången av september 2010 utarbeta en plan för hur man på regional nivå ska gå vidare från institutionsvård till mera individuella boendelösningar som beaktar de utvecklingsstörda personernas individuella behov.
7. Under ledning av social- och hälsovårdsministeriet ska i samarbete med specialomsorgsdistrikten/samkommunerna och Kommunförbundet samt andra centrala aktörer före utgången av år 2010 utarbetas en riksomfattande plan för

hur den institutionsvård som eventuellt behövs eller verksamhet som motsvarar den ska genomföras efter programperioden.

8. Social- och hälsovårdsministeriet ska i samråd med aktörerna på området stödja utvecklingsverksamhet och utvärdering som gäller minskningen av institutionsvården samt ersättande servicelösningar, i synnerhet i syfte att utveckla individuella boendelösningar för flerhandikappade utvecklingsstörda personer och utvecklingsstörda personer med krävande beteende. Finansiering från TEKES, programmet KASTE och andra aktörer ska utnyttjas.
9. Social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd (THL), Kommunförbundet och kommunerna ska i samråd utveckla uppgörandet av serviceplaner och de olika formerna av personlig assistans som en del av de individuella servicehelheterna för utvecklingsstörda personer. Social- och hälsovårdsministeriet ska i samarbete med THL, Kommunförbundet, kommunerna samt organisationerna på området bereda en webbhandbok som stöd för verkställigheten av handikappservicelagen och uppföljningen av den.
10. Institutet för hälsa och välfärd (THL) ska i samråd med Finansierings- och utvecklingscentralen för boendet (ARA) och andra centrala aktörer främja upprättandet av ett tidsenligt system för uppföljning av situationen i fråga om institutionsvården för utvecklingsstörda, den bostadsproduktion och -anskaffning som ska ersätta institutionsvård samt utvecklingen av tjänster som stödjer boendet.

Sari Kauppinen och Anne-Mari Raassina/SHM

KOSTNADSEFFEKTER AV REFORMEN AV SERVICEN FÖR PERSONER MED UTVECKLINGSSTÖRNING

Reformen av servicen för personer med utvecklingsstörning påverkar totalkostnaderna för servicen och förmånerna samt fördelningen av kostnadsansvaret mellan olika finansörer. Målet med reformen är att förbättra tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna för personer med utvecklingsstörning samt deras livskvalitet. Även om reformen inte har en ekonomisk utgångspunkt, är det nödvändigt att reda ut kostnadseffekterna av reformen för klienterna, kommunerna, FPA och staten.

I kalkylen har man uppskattat hur service- och förmånskostnaderna samt finansieringen förändras, då institutionsvården avvecklas och boendet, servicen och det övriga stödet som personer med utvecklingsstörning behöver ordnas på ett nytt sätt. Bedömningen av kostnadseffekterna i denna kalkyl omfattar den service som ges till de personer med utvecklingsstörning som för närvarande är i institutionsvård, men enligt planerna flyttar från institutionsvården före utgången av 2015 (cirka 1 500 personer).

Kapitel 1 skildrar driftskostnaderna och finansieringen av dessa. Kalkylen omfattar en uppskattning av totalkostnaderna för den service som ges till dessa 1 500 personer under ett år i institutionsvård och beloppet på dessa kostnader vid individuellt boende (enligt prisenivån 2011). Sedan redogör kalkylen för situationen vid utgångspunkten (alla klienter som flyttar från institutionsvård är ännu i institutionsvård) och målbilden (alla klienter har övergått till öppenvården). I praktiken varierar de årliga kostnaderna under övergångsperioden, då klienterna flyttar från institutionerna gradvis.

Kapitel 2 redogör för de extra kostnader som uppstår under övergångsperioden utöver driftskostnaderna för servicen. Kostnaderna under övergångsskedet påverkas även av hur snabbt institutionsplatserna minskas, priset på t.ex. en institutionsvårdsdag kan bli dyrare under processens gång. Det är även möjligt att öppenvårdskostnaderna kan minska på längre sikt, om det med tiden uppkommer nya och alternativa sätt att genomföra boendet och framför allt servicen.

En kostnadsbedömning förutsätter att man kan skapa en så realistisk bild som möjligt av servicehelheten i öppenvården för de som flyttar från institutionerna. Till följd av detta har principerna för kalkylen granskats grundligt med bl.a. följande experter:

- styrgruppen och arbetsutskottet för projektet KEHAS
- Kommunförbundet
- FPA
- De sakkunniga som ansvarar för handikappservicen i Esbo
- Genomförarna av projektet En av grannarna (*fi* Yksi naapureista), som verkställs av stiftelsen Kehitysvammaisten Palvelusäätiö
- Sakkunniggruppen för specialomsorgen

Projektet En av grannarna, som genomförs av stiftelsen Kehitysvammaisten Palvelusäätiö, har gett information om den faktiska användningen av servicen och kostnaderna för denna vid en boendeenhet, dit klienter har flyttat från en institution under den

senaste tiden. På samma sätt har de sakkunniga som ansvarar för handikappservicen i Esbo och Sakkunniggruppen för specialomsorgen gett mångsidig information om de klienter som är i institutionsvård för närvarande och deras servicebehov samt de faktiska kostnaderna för servicen, läkemedlen, hjälpredskapen och rehabiliteringen.

Vid kalkylen av kostnaderna har man dragit nytta av riksomfattande statistik och särskilda utredningar. De har gett information om enhetskostnaderna för servicen och användningsgraden av servicen.

1 Driftskostnader för och finansiering av servicen

1.1 Kalkyl av de årliga driftskostnaderna enligt service

Kalkylen beaktar följande kostnader:

- Kostnaderna för institutionsvården för personer med utvecklingsstörning har tagits från Statistikcentralens statistik över kommunernas och samkommunernas ekonomi. Vid kalkylen av totalkostnaderna för institutionsvården har man även räknat kostnaderna för jourverksamheten och den specialiserade sjukvården, eftersom de inte ingår i kostnaderna för den egentliga institutionsvården av personer med utvecklingsstörning.
- Vad gäller öppenvårdstjänster har man tjänst för tjänst uppskattat omfattningen på den årliga användningen av dessa av de 1 500 personer som flyttar från institutionerna. Totalkostnaderna har kalkylerats genom att man har multiplicerat användningen av servicen med enhetskostnaderna.
 - o Lokalhyran har kalkylerats genom att uppskatta hur många och hurdana bostäder invånarna behöver och den genomsnittliga hyran per kvadratmeter. Vid kalkylen av lokalhyran har man tillämpat Valviras och Aras anvisningar om storleken på bostäderna och enheterna samt Statistikcentralens och Aras uppgifter om den genomsnittliga hyran per kvadratmeter.
 - o De genomsnittliga måltidskostnaderna för klienter inom öppenvården har uppskattats.
 - o Omsorgskostnaderna har räknats utifrån personaldimensioneringen och vårdpersonalens snittlöner. Med tanke på kalkylen har man tillsammans med de olika sakkunniga instanserna uppskattat den personaldimensionering som behövs för de klienter som flyttar bort från institutionerna. Klienterna har grupperats enligt vårdbehov i fyra grupper, vars personaldimensionering varierar mellan 0,8 och 1,75 arbetstagar per klient för vuxna (dimensioneringen var en aning större för barn). Dessutom har man räknat omfattningen på behovet av assisterande personal och chefer.
 - o Vid kalkylen av kostnaderna för dagverksamheten har klienterna delats in i grupper enligt de resurser och det arrangemang som behövs för deras dagverksamhet.
 - o Förutom omsorgen och dagverksamheten har man uppskattat den genomsnittliga användningen av personlig assistans bl.a. för fritidsintressen. Även användningen av färd-, följeslagar- och tolktjänster samt tjänster som tillhandahålls av socialarbetare ingår i kostnadskalkylen.
 - o Vid uppskattningen av användningen av hälsovårdstjänster har man dragit nytta av de uppgifter som samarbetsparterna har lämnat om den faktiska användningen av hälsovårdstjänster samt uppgifter om befolkningens genomsnittliga användning av hälsovårdstjänster.
 - o Man har dessutom uppskattat att klienterna genomgår en viss mängd rehabilitering som ordnas av FPA och kommunerna.

- I kalkylen har man även beaktat kostnaderna för hjälpredskap, läkemedel samt resor till sjukvård och rehabilitering.
- Kostnaderna för intressebevakning och säkerhetstjänster ändras inte avsevärt vid övergången från institutionsvård, och följaktligen har dessa inte beaktats i kalkylen. Undervisningskostnaderna har inte beaktats.

1.2 Finansiering av servicen

Kostnaderna för ovan angivna service har delats in enligt finansiär (kommunen, FPA och klienten), för att se hur de olika finansiärernas finansieringsandelar ändras vid övergången från institutionsvård till öppenvård. Finansieringsandelarna har kalkyle-rats utifrån lagarna om förmåner och klientavgifter samt statistiska uppgifter.

Finansieringsandelarna har räknats enligt följande:

- Kostnaderna för institutionsvården har delats in mellan kommunen och klienten enligt det upplägg där 85 procent av klientens inkomster tas ut som klientavgift.
- Vad gäller lokalhyran har man räknat att FPA:s finansieringsandel utgörs av bostadsbidraget för pensionstagare och klientens andel av skillnaden mellan bostadsbidraget och den maximihyra som FPA godkänner. Det förmodas att kommunen finansierar den återstående delen.
- Den största delen av den service som personer med utvecklingsstörning använder finansieras i sin helhet av kommunen, eftersom tjänster och hjälpredskap enligt handikappservicelagen och lagen om utvecklingsstörda är avgiftsfria. Klienten deltar i kostnaderna för måltidsservicen, färdtjänsterna och hålsövårdstjänsterna på det sätt som lagen fastställer.
- Tolkjänsterna och den medicinska rehabilitering som FPA ordnar finansieras av FPA i sin helhet. Vad gäller de läkemedel som ersätts från sjukförsäkringen samt sjukvårds- och rehabiliteringsresor delades kostnaderna in mellan FPA och klienten på så sätt att klienternas finansieringsandel uppgick till beloppet på självrisktaket, medan FPA betalade den återstående delen av kostnaderna.

Staten deltar i kommunens och FPA:s kostnader enligt följande:

- Staten betalar en kalkylmässig statsandel till kommunerna. År 2011 var statsandelsprocenten för social och hälsovård 34,11. Dessutom finansierar staten hälften av kostnaderna för grunddelen i utkomststödets med en särskild statsandel.
- En del av de förmåner som FPA finansierar finansieras i sin helhet av staten (tolktjänster och bostadsbidraget).
- De läkemedels- och resekostnader och den medicinska rehabilitering vilka betalas av FPA finansieras från sjukvårdsförsäkringen. Vad gäller dessa förmåner finansieras sjukvårdsförsäkringen av staten och de försäkrade.

1.3 Resultat

Resultatet av kalkylen var att de årliga driftskostnaderna för servicen till alla 1 500 klienter skulle vara knappt 140 miljoner euro vid institutionsvård. Kostnaderna skulle uppgå till drygt 190 miljoner euro om servicehelheten ordnas som öppenvård. Siffrorna omfattar inte de extra kostnader som uppkommer under övergångsperioden eller investeringskostnader.

De årliga driftskostnaderna för servicen skulle följaktligen öka med uppskattningsvis 38 procent, d.v.s. om servicen ordnas inom öppenvården är kostnaderna i snitt 1,4 gånger högre jämfört med om de ordnas inom institutionsvården. Boendet, omsorgen, den personliga assistansen, maten och dagverksamheten skulle stå för 85 procent av öppenvårdskostnaderna.

Tabell 1. Årliga driftskostnader för servicen totalt enligt finansiär och de olika finansiärernas %-andelar (i 2011 års valuta)

	Institutionsvård			
	Totalt	Kommunen	FPA	Klienterna
Kostnader	139,8 miljoner euro	125,8 miljoner euro ¹⁾	-	14,0 miljoner euro
%-andelar	100 %	90 %	-	10 %

¹⁾ Den kalkylmässiga statsandelen är cirka 43,0 miljoner euro.

	Öppenvård			
	Totalt	Kommunen	FPA	Klienterna
Kostnader	192,8 miljoner euro	168,2 miljoner euro ²⁾	14,0 miljoner euro	10,7 miljoner euro
%-andelar	100 %	87 %	7 %	6 %

²⁾ Den kalkylmässiga statsandelen är cirka 57,4 miljoner euro.

Vid institutionsvård fördelas kostnaderna mellan kommunen och klienten. Vid öppenvård finansieras servicen även av FPA, som ersätter kostnader som hänför sig till boende, läkemedel samt rehabiliterings- och sjukvårdsresor. Dessutom finansierar FPA tolktjänsterna.

Öppenvård är i sin helhet dyrare än institutionsvård, men klienterna har en mer mångsidigare boende- och servicehelhet vid öppenvård jämfört med institutionsvård:

- boendenivån är klart bättre
- en större tillgång till personlig assistans, dagverksamhet samt fritidssysselsättningar
- klienterna får tillgång till andra tjänster som stöder delaktigheten oftare än tidigare (färdtjänster, tolktjänster osv.)
- en stor del av klienterna får rätt till den medicinska rehabilitering som FPA ordnar för gravt handikappade
- ordnandet av hälsovårdstjänster förändras, d.v.s. att klienterna använder de allmänna hälsovårdstjänsterna, och man tryggar den nödvändiga expertisen i dessa.

I kalkylen har man även bedömt om det uppkommer ett behov av utkomststöd för klienterna. Med en snitthyra och genomsnittliga måltidskostnader uppkommer inget behov av kalkylmässigt utkomststöd. En del kan få ett behov, om t.ex. hyran eller hälsovårdsutgifterna är avsevärt högre än snittet. Detta har beaktats i kalkylen på så sätt att endast skillnaden mellan bostadsbidraget och den maximihyra som FPA godkänner har räknats i klientens andel av boendeutgifterna. Kommunens andel omfattar den del av hyrorna som överskrider FPA:s normer för bostadsbidrag (denna kan betalas som utkomststöd till klienten eller direkt till serviceproducenten). Vad gäller läkemedelskostnader har man förmodat att klienten betalar ett belopp som högst når upp till

självrisktaget. Följaktligen har det inte funnits ett behov av att lägga till kostnader för utkomststöd till kalkylen.

2 Kostnader under övergångsperioden

2.1 Personal under övergångsskedet

Under övergångsperioden behövs personal samtidigt i institutionerna och öppenvården. Vanligen kan man inte minska institutionspersonalen i samma förhållande som klienter flyttar bort från institutionerna. Personalens övergång från institutionsvård till öppenvård leder också till kostnader (t.ex. coachning).

2.2 Flyttningskostnader

De kostnader som hänför sig till flyttningskedet omfattar t.ex. flyttningscoachning till klienten och hans eller hennes närstående, de redskap och apparater som behövs i de dagliga funktionerna samt renovering av bostäderna.

Flyttningscoachning ordnades fyra gånger, cirka 2–3 timmar per gång, för åtta personer och deras närstående som flyttade från en institution till en boendeserviceenhet. Kostnaden för flyttningscoachningen var 12 200 euro för arrangören. Kostnaderna omfattar inte det administrativa arbetet, som omfattade samordningen av flyttningscoachningen och närvaro av chefen för boendeserviceenheten vid ett coachningstillfälle.

2.3 Exempel på kostnaderna för övergångsperioden för en institution

Under 2004 fastställdes riktlinjerna för nedläggningen av den centralanstalt som upprätthålls av Pääjärvi samkommun (en del av Eteva samkommun från 2009), men det praktiska arbetet började 2008. Verksamheten vid institutionen upphör i sin helhet på våren 2012, då alla ersättande lösningar är färdiga. Nedläggningsprocessen har gällt de olika funktionerna vid institutionen. Det viktigaste har varit att skaffa bostäder och ordna den nödvändiga service som ges av närarbetarna till institutionernas invånare. Dessutom har man lagt ned och omorganiserat olika stödfunktioner som hänförde sig till institutionen, som t.ex. olika sakkunnigtjänster (läkare, psykologer, socialarbetare, terapeuter), laboratoriet, läkemedelscentralen, tandvården, centrallagret och klädunderhållet, näringscentralen, institutionsunderhållet, fastighetsunderhållet samt förvaltnings- och personalservicen. Ännu under 1980-talet hade institutionen 300 platser. När nedläggningen började uppgick invånarna till cirka 150, men de flesta av ovan nämnda stödfunktioner hade inrättats för en stor institution en gång i tiden.

Den nedläggningsprocess som har pågått i drygt fyra år har medfört olika kostnader, då det t.ex. har varit nödvändigt att investera i nya bostäder. Dessutom har nedläggningsprocessen omfattat anpassningskostnader på totalt drygt 1 miljon euro under dessa år. Dessa orsakas till största del av att antalet klienter minskar i snabbare takt än man kan lägga ned, skära ned eller omorganisera de olika stödåtgärderna under nedläggningen av institutionen. I slutskedet är antalet närarbetare i förhållande till klientmängden relativt sett större än tidigare, och även lokalhyran per tjänsteanvändare stiger. Däremot har planeringen av övergångsskedet och de olika coachningarna inte lett till betydande kostnader.

2.4 Investeringskostnader

I detta skede är det omöjligt att göra en helhetsbedömning av de investeringskostnader som följer av reformen av servicestrukturen, eftersom man för att göra en kalkyl behöver en uppskattning om hur många grupp- och separata bostäder som behövs, och i vilken utsträckning man kan dra nytta av de existerande lokalerna (de nuvarande boendeserviceenheterna och de existerande lokalerna, som kan anpassas för detta syfte). Tabell 2 innehåller exempel på de verkliga investeringskostnaderna för boendeserviceenheternas nybyggen.

Tabell 2. Exempel på investeringskostnader för nybyggen (euro)

	Investeringskostnader, moms 0 % ³⁾	ARA-understöd	Räntestödslån
Nybygge 1: 15 invånare	1 646 605	658 642	987 963
Nybygge 2: 15 invånare	1 920 449	768 180	1 152 269

³⁾ Kommunerna fungerar som hyresvärdar för invånarna. Detta möjliggör att momsfordelen av byggandet tillfaller kommunerna.

	Investeringskostnader	ARA-understöd	Räntestödslån	Eget kapital
Nybygge 3: 17 invånare	2 449 906	964 200	1 446 302	39 405
Nybygge 4: 18 invånare	1 999 599	779 065	1 168 596	51 938
Nybygge 5: 24 invånare	3 957 416	1 582 967	2 374 449	-

Finansierings- och utvecklingscentralen för boendet ARA kan bevilja ett investeringsstöd för hyreshus som omfattas av räntestödslån för att förbättra bostadsförhållandena för särskilda grupper. ARA har anvisat en finansiering på 65,5 miljoner euro till bostadsprojekt för personer med utvecklingsstörning under åren 2010–2011 (tabell 3). Miljöministeriet har gett en anvisning om att ARA anvisar cirka 30 miljoner euro årligen för bostadsprojekt som gäller personer med utvecklingsstörning under KEHAS-perioden (2010–2015). Med denna finansiering kan man bygga cirka 470 bostäder eller bygga om minst 60 bostäder för personer med funktionsnedsättning. Dessutom bereder sig Penningautomatförbundet (RAY) att, under programperioden, bevilja ett investeringsunderstöd på högst 4,9 miljoner euro om året. Med denna finansiering kan man skaffa eller bygga cirka 130 stödbostäder per år.

ARA:s och RAY:s finansieringsplaner beaktar de 1 500 klienter som flyttar bort från en institution och därtill även andra som behöver bostad. Den största gruppen som behöver en bostad består av vuxna personer med utvecklingsstörning som flyttar från sina föräldrars hem.

Tabell 3. Den finansiering som ARA har anvisat för bostadsprojekt för personer med utvecklingsstörning 2010–2011

	Nybyggen		Ombyggnad		Anskaffning		Totalt	
	Bostäder	Euro	Bostäder	Euro	Bostäder	Euro	Bostäder	Euro
I understödsbeslutsskedet	438	24 219 891	22	71 759			460	24 291 650
I del- eller reserveringsbeslutsskedet	612	40 339 524	31	754 280	10	74 000	653	41 167 804
Alla totalt	1 050	64 559 415	53	826 039	10	74 000	1 113	65 459 454

2.5 Kostnader för sanering av institutionerna

Även de nyaste institutionerna för personer med utvecklingsstörning har byggts för närmare 40 år sedan, de flesta mycket tidigare. Vid uppskattningen av kostnadseffekterna av reformen av servicestrukturen ska man följaktligen även beakta att en användning av de nuvarande institutionerna för boende i framtiden i varje fall skulle kräva stora och dyra investeringar av kommunerna för reparations- och ombyggnadsarbeten, så att den fysiska omgivningen vid dessa svarar mot de moderna kraven.

En kostnadsuppskattning har inte gjorts för alla institutioner, men det har uppskattats att saneringskostnaderna för en institution med 150 vårdplatser uppgår till 30 miljoner euro. Uppskattningen omfattar de nödvändiga fastighets- och byggnadstekniska kostnaderna samt de obligatoriska investeringskostnaderna för brandsäkerheten. Kostnaderna omfattar även de investeringar som behövs för att förenhetliga bostadsförhållandena med de nuvarande baskraven.

Klienter vid institutionerna för personer med utvecklingsstörning och vårdagar 2000 och 2005–2010

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Ändring i %, 2009– 2010
Alla klienter enligt åldersgrupp								
31.12								
0–17-åringar	208	207	202	203	224	194	190	-2,1
18–64-åringar	2 390	1 974	1 925	1 846	1 753	1 670	1 588	-4,9
65–74-åringar	122	123	119	125	123	127	124	-2,4
Personer som fyllt 75 år	38	42	50	46	45	44	32	-27,3
Totalt	2 758	2 346	2 296	2 220	2 145	2 035	1 934	-5,0
Långtidsklienter enligt åldersgrupp								
31.12								
0–17-åringar	155	133	133	131	142	124	122	-1,6
18–64-åringar	2 332	1 909	1 850	1 788	1 694	1 607	1 512	-5,9
65–74-åringar	119	119	118	124	121	125	124	-0,8
Personer som fyllt 75 år	38	42	48	46	45	43	32	-25,6
Totalt	2 644	2 203	2 149	2 089	2 002	1 899	1 790	-5,7
Klienter vid institutionerna för personer med utvecklingsstörning under året, totalt	4 863	4 867	4 682	4 594	4 475	4 355	4 216	-3,2
Vårdagar vid institutionerna för personer med utvecklingsstörning, totalt	1 070 467	888 532	863 890	845 619	820 294	789 903	758 985	-3,9

Källa: Statistik- och indikatorbanken Sotkanet 2000–2010

Långtidsklienter vid institutionerna för personer med utvecklingsstörning enligt landskap vid slutet av året (31.12) 2000 och 2005–2010

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Åland	1	0	0	0	0	0	0
Södra Karelen	49	41	36	34	35	23	23
Södra Österbotten	118	100	95	95	93	83	81
Södra Savolax	91	78	75	67	73	68	68
Kajanaland	43	44	42	40	36	38	33
Egentliga Tavastland	104	81	83	72	71	57	37
Mellersta Österbotten	20	7	5	5	4	4	4
Mellersta Finland	131	32	41	65	64	54	17
Kymmenedalen	110	124	104	104	99	90	88
Lappland	133	95	90	79	75	72	71
Birkaland	326	282	281	281	275	263	249
Österbotten	51	42	38	36	36	30	30
Norra Karelen	73	70	70	64	63	63	67
Norra Österbotten	180	168	152	156	140	128	95
Norra Savolax	123	101	102	96	102	106	104
Päijänne-Tavastland	79	55	69	63	57	39	23
Satakunta	152	104	101	89	103	104	100
Nyland	618	540	513	526	493	477	457
Egentliga Finland	241	239	252	217	183	197	243
Hela landet	2 644	2 203	2 149	2 089	2 002	1 899	1 790

Källa: Statistik- och indikatorbanken Sotkanet 2000–2010