

# Avvecklingen av anstaltsvården för utvecklingsstörda nu fullbordad

Anstaltsvård av utvecklingsstörda personer är så hämmande för den psykiska utvecklingen att den är förbjuden i svensk lag. Alla anstalter för utvecklingsstörda har därför lagts ner. Därmed har en 120-årig epok tagit slut. – Vilka var drivkrafterna, och var fanns motståndet? Fick barn och vuxna med utvecklingsstörning det bättre?

KARL GRUNEWALD  
fd medicinalråd, Saltsjö-Duvnäs  
(karl.grunewald@swipnet.se)

■ Efter andra världskriget utredde statliga kommittéer hur utvecklingsstörda borde tas om hand, och 1955 stiftades en lag som lade hela ansvaret för både undervisning och vård av utvecklingsstörda på landstingen [1]. Undantag gjordes för dem med komplikationer av olika slag, såsom gravt utvecklingsstörda, blinda, döv- eller asociala. Dem skulle staten ta hand om på specialistsjukhus och specialvårdhem.

Landstingen skulle bekosta all undervisning och vård, även för dem som vårdades på de privata anstalterna. Därigenom kunde man samordna insatserna. Varje landsting skulle göra upp en plan för utbyggnaden av både anstaltsvård och öppna omsorger, som skulle godkännas av de två statliga ämbetsverken Skolöverstyrelsen och Socialstyrelsen. Dessa skulle även godkänna varje anstalt med hänsyn till placering, utformning och platsantal. Dessa två godkännanden blev ämbetsverkens viktigaste styrmedel.

Ämbetsverken ålades att regelbundet inspektera alla anstalter och övrig verksamhet. Dessa inspektioner kopplade med inspektionsberättelser blev genom offentlighetsprincipen ett avgörande påtryckningsmedel för en förnyelse av innehållet och utformningen av anstalterna.

## Omsorgslagen revideras

År 1967 reviderades lagen som en följd av att normaliseringsprincipen hade fått ett brett gehör inom omsorgerna [2]. Nu

skulle de öppna omsorgerna prioriteras, och allt skulle göras för att undvika in- skrivning på en anstalt. Riksdagen hade några år tidigare beslutat om ekonomiskt bidrag till föräldrar med handikappade barn.

Den nya lagen, som fick namnet Omsorgslagen, föreskriver att även obildbara barn skall ha rätt till förskola och undervisning i träningsskola. Klasserna skall vara integrerade i en ordinarie skola. Särskolebarn som inte kan bo hemma skall bo på ett elevhem och inte på traditionella särskoleinternat. På ett elevhem skall det bo högst fyra barn, och det skall vara en del av samhällets vanliga bostäder. På dessa skall även träningsskolans barn få bo. Elevhemmen kom därför att successivt ersätta även vårdhemmen för barn. Det var starten för »exit vårdhem«.

Samma sak gällde för vuxna. Kan en vuxen person inte bo hemma skall gruppobostad prioriteras före ett vårdhem. I en gruppobostad skall antalet fyra personer vara ett riktmärke. Bostaden skall vara en del av den normala bebyggelsen.

Alla vuxna – oavsett var de bor – skall ha rätt till en meningsfull daglig verksamhet. Experter skall arbeta i s k habiliteringsteam med särskild inriktning på hemmaboende barn och vuxna.

De två ämbetsverken, som tidigare hade utfärdat anvisningar om behörighet, normering och placering av byggnader m m, började nu alltmer skriva om

*Vipeholms specialistsjukhus i Lund 1935–ca 1980. Från början var det avsett för »svårskötta obildbara sinnesslöa män«. Detta blev det största av statens sex specialistsjukhus med cirka 1 000 platser. Åren 1947–1955 bedrevs en undersökning om sockrets betydelse för karies i vilken två tredjedelar av patienterna deltog. Bild ur Vipeholms museums arkiv.*

verksamheternas innehåll och inriktning. De tog steget från juridik till psykologi och pedagogik.

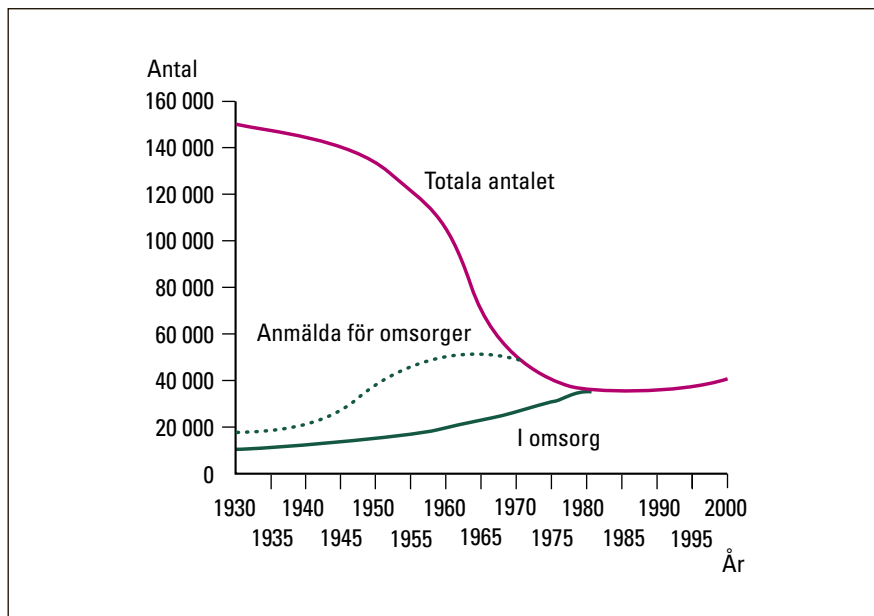
## Ny revidering 1985

Nästa revidering skedde 1985 [3]. Nu fördes det in bestämmelser om intagningsstopp på vårdhemmen och specialistsjukhusen. För varje person som bor på anstalterna skall man minst en gång om året överväga om boendet kan fortsätta i en annan boendeform. Landstingen och de privata ägarna skall lägga upp en plan för avveckling, men något slutdatum anges inte.

Det största borgerliga partiet i riksdagen menade att vårdhemmen »utan tvivel är den form som hittills visat sig ge den bästa möjligheten till åtminstone något meningsfullt och äkta liv för utvecklingsstörda personer«. Partiet ville ha kvar »de små och välfungerande vårdhemmen«.

## Ytterligare en revidering 1993

År 1993 beslöt riksdagen att allt ansvar för omsorgerna om utvecklingsstörda skulle överföras från landstingen till kommunerna, men avvecklingen av anstalterna skulle landstingen slutföra, om



Figur 1. Totala antalet utvecklingsstörda, anmälda till omsorg och i omsorg, 1930–2000. Före 1970 har det totala antalet utvecklingsstörda skattats på basen av olika inventeringar, därefter föreligger säkra uppgifter. Antalet anmälda för omsorg är ungefärligt och skiftade under olika decennier och i olika delar av vårt land. Antalet i omsorg är säkrare ju närmare man kommer 1960-talet.

Tabell I. Beräknad livslängd hos personer med Downs syndrom under åren 1920–1990.

	Antal år
1920-talet	2–3
1950-talet	ca 15
Början av 1970-talet	35
1990-talet	57

man inte avtalade annat med den kommun där anstalten låg [4]. Omsorgslagens personkrets vidgades till att omfatta alla barn, ungdomar och vuxna med stora funktionshinder som förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen.

### Lag om avveckling 1997

År 1997 antog riksdagen slutligen en särskild lag om avveckling av specialsjukhus och vårdhem [5]. Skälen till denna lag var två: Dels var det nödvändigt att ange ett slutdatum – alltför många ägare till vårdhem delade inte den rådande ideologin – dels var frågan om tvångsvård av utvecklingsstörda inte löst.

Lagen föreskriver att det enda kvarvarande specialsjukhuset skall vara avvecklat redan med utgången av 1997 och att de 52 kvarvarande vårdhemmen med 960 platser skall vara avvecklade med utgången av 1999.

Riksdagen beslutar att tvångsomhändertagning av utvecklingsstörda enbart för att de har ett begåvningshandikapp inte får förekomma längre. Måste man

tillämpa tvång får det endast ske med stöd av de tvångslagar som redan finns, t ex den inom psykiatrin.

I och med denna lag tog riksdagen definitivt ställning till att det är så farligt för utvecklingsstörda personer att bo på en anstalt att det är förbjudet i svensk lag.

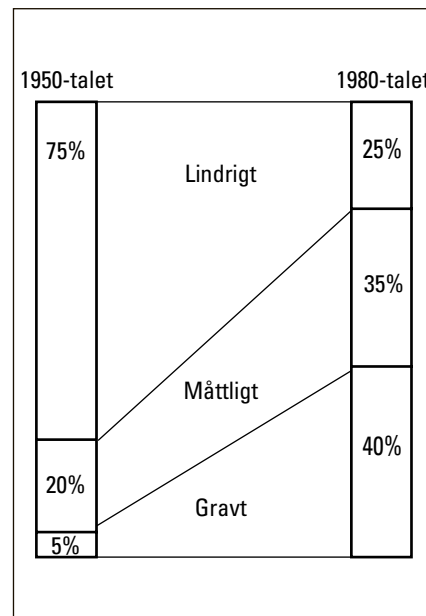
### Minskat antal utvecklingsstörda

En avgörande förutsättning för nedläggningen av anstalterna var att antalet utvecklingsstörda minskade i antal under dessa decennier, liksom att fördelningen mellan dem med lindrig och dem med måttlig och grav utvecklingsstörning ändrades.

Antalet utvecklingsstörda minskade med över två tredjedelar från 1930-talet till 1980-talet. Fram till 1960-talet ökade antalet som fick omsorger mycket långsamt medan antalet som stod på väntelista för vård ökade markant [6] (Figur 1).

Minskningen av det totala antalet berodde på att fattigdomen försvann efter andra världskriget. Fattigdomen innebar inte bara en ökad risk att föda ett skadat barn, ökat antal sjukdomar och undernäring, med funktionshinder som följd hos barnet, utan även psykologisk och pedagogisk understimulans.

Mellan 1950-talet och 1980-talet minskade det relativa antalet av dem med lindrig utvecklingsstörning i förhållande till dem med måttlig och grav utvecklingsstörning (Figur 2). Av de senare beräknas alla ha en förvärvat eller ärvd hjärnskada. Ännu på 1950-talet fick ett betydande antal barn en hjärn-



Figur 2. Grad av utvecklingsstörning på 1950- och 1980-talen. Antalet lindrigt utvecklingsstörda minskade relativt sett medan antalet måttligt och svårt utvecklingsstörda ökade.

skada medan relativt få av dem överlevde sin barndom. Numera drabbas färre barn av en hjärnskada och relativt fler överlever. Detta har inneburit att antalet barn och ungdomar med måttlig och svår utvecklingsstörning sannolikt är det samma som tidigare medan antalet vuxna har ökat [7]. Som exempel på det visas i Tabell I den ökade livslängden hos dem med Downs syndrom.

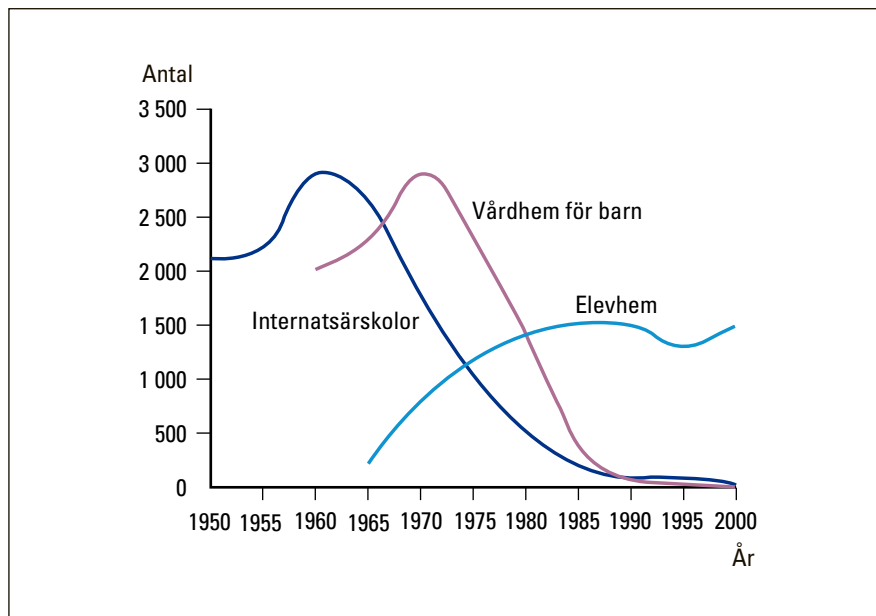
### Lågstatusvård ännu på 1960-talet

Arvet från psykiatrin vilade tungt över vården ännu på 1960-talet. Den var snarlik den för psykiskt sjuka och den för epileptiker, men den var fattigare och hade lägre status. Många utvecklingsstörda vårdades på vanliga sjuksjukhus och på ålderdomshem. Vårdhemmen för barn var mycket torftigare än de sociala barnhemmen. Stora anstalter var fattigare än små, och det fanns fler privata hem än inom andra vårdområden.

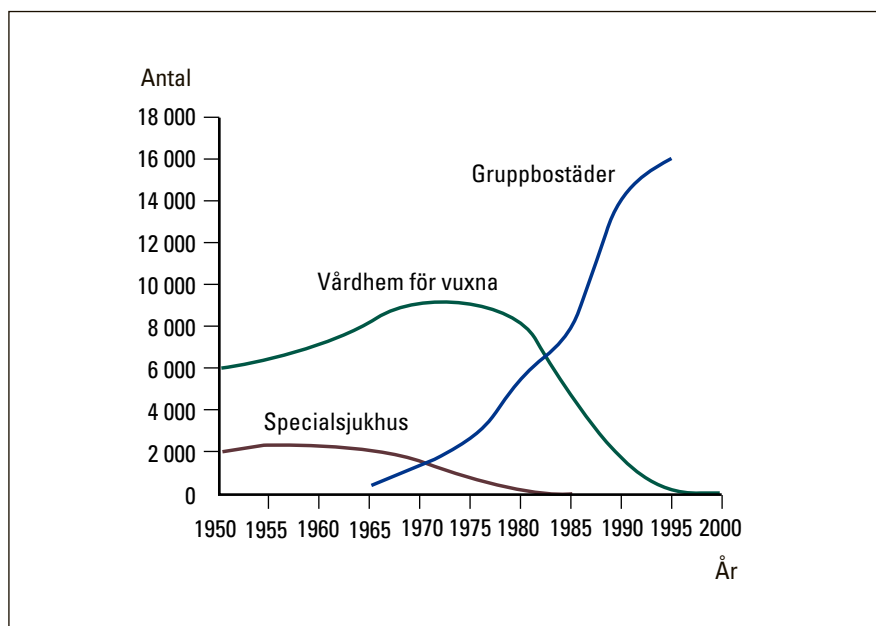
Generellt sett var det ännu vid denna tid fråga om en hård segregering av de utvecklingsstörda från samhället och en kategorisk annorlundasynt på dessa medborgare. Skammen att ha fått ett utvecklingsstört barn var massiv, och anstaltsvård var praktiskt taget den enda hjälp som föräldrarna fick. Föräldraförbundet för utvecklingsstörda barn, som bildades 1956, var det bästa som kunde hända i kampen mot fördomarna.

### Normalisering ett mål för ny vårdprincip

Normaliseringsprincipen blev från och med mitten av 1960-talet den ledande



Figur 3. Antal platser på internatsärskolor, vårdhem för barn och ungdomar och elevhem åren 1950–2000.



Figur 4. Antal platser på specialsjukhus, vårdhem för vuxna och gruppboende åren 1955–2000.

principen för omsorgerna om utvecklingsstörda. Normalisering blev ett mål. Integrering i samhället blev ett medel. Det innebar att de utvecklingsstörda skulle erbjudas en miljö som var så nära den som var normal för andra i samma ålder som möjligt. De specifika behoven skulle tillgodoses i den normala miljön – inte i speciella miljöer. Allt stöd skulle ges föräldrar som ville behålla sina barn hemma. Orkade de inte skulle fosterhem vara det första alternativet, inte vårdhem för barn. Kunde vuxna inte bo som andra skulle vårdhemmen utformas så nära vanligt boen-

de som möjligt med enpersonsrum, i små enheter och på markplanet för att underlätta utekontakten.

#### Utveckling till hemmaboende för barnen

Särskoleinternaten var den dominerande insatsen för barn och ungdomar ännu på 1950- och 1960-talen. De byggdes ut som följd av 1955 års lag och nådde en topp kring 1960 med nära 3 000 platser (Figur 3). Därmed kunde de i stort sett ta emot alla de s k bildbara barn som anmäldes dit.

Sedan minskade antalet platser i takt med att landstingen öppnade speci-

alklasser, varigenom allt fler kunde bo kvar hemma. Ytterligare minskning skedde genom att landstingen öppnade elevhem på 1970-talet, vilka i regel bestod av fyra barn i en lägenhet eller i en villa. Till slut kunde internaten läggas ner på 1980-talet.

Det stora problemet på 1960-talet var de svårt utvecklingsstörda barnen som inte fick någon som helst rehabilitering eller undervisning. Det var långa väntelistor till vårdhemmen i alla landsting. Men redan i början av 1970-talet hade 19 av de 25 landstingen byggt ett nytt vårdhem för barn, många lades ner och alla de övriga renoverades. Regeln var att varje stad som hade en barnklinik även skulle ha ett vårdhem för barn. Kvaliteten i verksamheten höjdes genom att personaltätheten ökades till dubbelt så många som antalet barn, personalen utbildades och sjukgymnaster, barnläkare och barnpsykiatrer knöts till hemmen. Antalet platser kom nu upp i nära 3 000 (Figur 3).

Den kraftiga utbyggnaden fick som följd att väntelistorna tog slut kring 1970, bortsett från i Stockholm där de var kvar i ytterligare tio år. Under andra hälften av 1980-talet var vårdhemmen för barn praktiskt taget tomma – en enorm kostnadsbesparing, eftersom de var de dyraste att driva av alla.

Platsantalet på elevhemmen kom inte att överskrida 1 500, att jämföras med att det bodde 6 000 barn och ungdomar som mest på särskoleinternaten och vårdhemmen för barn. Från mitten av 1980-talet hade inte ett enda barn under 7 års ålder vårdhem eller elevhem som sin bostad.

Här skall endast anges två orsaker till att dessa påkostade, bara 5–15 år gamla institutioner, kunde läggas ner så fort mot allas uppfattning när de byggdes. Den ena var det minskade antalet utvecklingsstörda barn. Den andra var att föräldrarna hade en entydig vilja att behålla sitt barn hemma om samhället bara stöttade dem tillräckligt. Det var inte så, som många barnläkare trodde, att föräldrar önskade att lämna bort sitt funktionshindrade barn och försöka glömma det [8].

#### Gruppboende för vuxna utvecklingsstörda

De många hemmaboende vuxna utvecklingsstörda var ett stort problem. Tappra föräldrar som hade vägrat en placering på vårdhem satt fast i en ohållbar situation. Landstingen ställdes gång på gång inför akuta krav att ta hand om en person vars föräldrar dött. De hade ingen framförhållning.

Vändningen kom 1968 genom rätten till daglig verksamhet. Nu fick föräldrarna avlastning fem dagar i veckan så

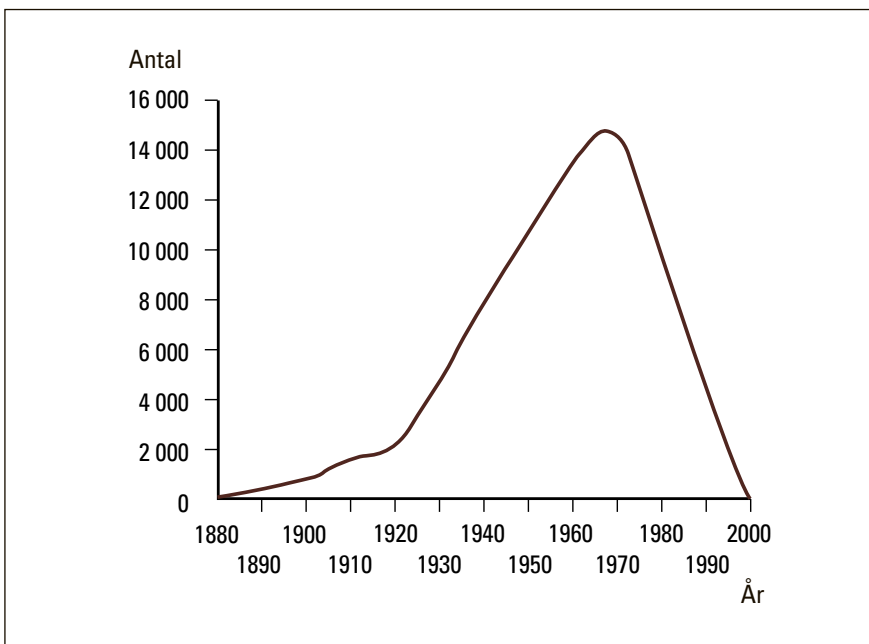


# Annons

# Annons



Stockholms stads Carlsunds vårdhem i Upplands Väsby 1953–1986, med som mest 500 platser för barn och vuxna. Detta var det första moderna vårdhemmet och blev mönster för stora delar av världen. Bilden ur Thomas Olssons arkiv.



Figur 5. Antalet utvecklingsstörda på anstalter 1880–2000. Som anstalt räknas alla de som gav undervisning eller vård av sinnesslöa/utvecklingsstörda barn, ungdomar eller vuxna. Tiden för vistelsen på anstalterna varierade från 10–15 år till hela livet (för de flesta). Sammanlagt beräknas antalet personer som bott på dessa anstalter till ca 100 000.

att de orkade fortsätta att ha sina vuxna barn hemma tills landstingen byggt gruppboenden. Därtill kom att dessa personer äntligen fick social träning och en meningsfull dag. Redan 1980 fanns det 7 000 platser och tio år senare 14 000 på dagcentren i alla landets kommuner.

Nu accelererade även byggnationen på vuxensidan. I mitten av 1970-talet hade alla landsting en nybyggd eller helt renoverad centralanstalt. Att staten

skulle ta hand om alla utvecklingsstörda med olika komplikationer var en av de många felbedömningar som utvecklingsstörda varit utsatta för. Landstingen utvecklade sina omsorger mycket snabbare och bättre än den tröga staten, och de fem statliga specialistsjukhusen förorsakade stora problem. Två tredjedelar av de intagna där var lindrigt utvecklingsstörda med sociala anpassningsproblem. De var ryckta ur sin sociala hemmiljö, till vilken de skulle re-

habiliteras. Eftersom de vårdades på sjukhus såg man dem som sjuka personer, och på sjukhusen hade man en övertro på resultatet av träning och social fostran.

Först 1967 då landstingen tog över specialistsjukhusen och omsorgslagen kom blev det en ändring på detta. Nu fick hemmalandstingen betala den verkliga vårdkostnaden, och man upptäckte att det lönade sig att »ta hem« vederbörande. Följden blev en drastisk minskning på några år.

Så småningom började även hemtagning av de ca 1 000 svår- och tungskötta personerna som var koncentrerade till två av sjukhusen. Men det blev protester från framför allt läkarna och personalen. De ansåg att dessa personer behövde sjukhusvård. Nedläggningen var dock genomförd fem till tio år senare (Figur 4).

#### Revolutionerande byggregler

Gruppboendena blev alternativet till att bo på ett vårdhem för vuxna. Under den första perioden bodde fyra till fem personer med var sitt sovrum tillsammans i en lägenhet eller villa. Det var personer med relativt ringa omvårdnads- och tillsynsbehov som flyttade dit från vårdhem eller föräldrahem.

År 1985 trädde nya regler i kraft för förmånliga statliga lån vid bostadsbyggande. De kom att omfatta även gruppboenden, och förutsättningen var att varje person skall få en lägenhet på minst ca 40 m<sup>2</sup> inom gruppboendet. Lyftet till en bostad som andra medborgare var enormt! Det är nu inte längre fråga om ett anstaltsfolk artsilt från oss, inte »vi och dom« längre.

Nu kunde även gravt handikappade tas emot. Följden blev att väntelistorna för intagning på vårdhemmen för vuxna tog slut i början av 80-talet, men med ganska stor spridning landstingen emellan.

Personligen upplevde jag dessa nya regler lika revolutionerande som omsorgslagen 1968 – det var de två milstolparna mot normaliserade omsorger.

#### Protester mot anstaltsnedläggningen

Avvecklingstakten minskade på 1990-talet (Figur 3). Alla var inte solidariska med riksdagens beslut om den successiva nedläggningen av anstalterna. Anhöriga och personal protesterade, och media understödde dem på många håll. Därtill kom det försämrade ekonomiska läget i landet.

Det blev allt tydligare att regeringen måste ingripa och riksdagen fastställa ett slutdatum för nedläggningen. Det ledde till den ovan nämnda lagen från 1997, i



1930 belades en kasern i Sala med 375 asociala imbecilla män. Denna del av Salberga specialistsjukhus revs 1983.



1964 uppförde staten sex paviljonger på Salberga med tillsammans 500 platser för svårskötta utvecklingsstörda vuxna. Under 1980-talet övergick byggnaderna till annat ändamål.

vilken det föreskrevs att nedläggningen skulle vara slutförd vid ingången av år 2000.

Tyvärr lyckades inte detta fullt ut. Ett mindre antal vårdhem var tvungna att skjutas på nedläggningen in på år 2000, och fyra kommuner med var sitt mindre vårdhem (Lund, Göteborg, Sundsvall och Skellefteå) vägrar fortfarande att följa lagen. Men man skall kanske erinra sig att antalet anstalter var upp emot 200 när programmet exit började.

### Positiv utveckling för dem som flyttade

Nedläggningen av vårdhemmen för barn gjordes i stort sett i gott samförstånd då föräldrar och barn omedelbart kunde erbjudas bättre alternativ, och ungdomarna kunde flytta till vårdhem för vuxna. Därför finns det inga egentliga utvärderingar.

Däremot finns det ett stort antal sådana vad beträffar nedläggningen av an-

stalterna för vuxna [9]. Sammanfattningsvis kan man säga att de visar att de som flyttade till gruppboende

- fick en mer individualiserad omsorg,
- kände sig tryggare,
- sökte och fick mer kontakt,
- behövde mindre medicinering och färre sjukhusbesök,
- fick en bättre nattsömn.

Det förelåg en viss skillnad mellan gruppboende i mindre samhällen och i städer, till de senares nackdel.

Uppföljningar av dem med svåra beteendestörningar visar en stor förbättring hos över hälften, men en mindre andel hade samma problem i gruppboendet. Undersökarna menar att det berodde på för tung sammansättning och otillräcklig kompetens hos personalen.

Personalen rapporterade överlag att de

- fick bättre kontroll över sitt arbete,
- fick färre fasta rutiner och
- större frihet att ta initiativ.

Till nackdelarna hör att de har fått mindre fortbildning och handledning än under vårdhemstiden.

För de anhörigas del var 50–80 procent negativa före nedläggningen. Det var som om det beslut man en gång hade tagit ifrågasattes. Man var rädd för de vuxna barnens möte med samhället och fördomarna där, trafiken, droger, ensamheten, otillräckligt med personal m m.

Dessutom: Vårt barn kommer kanske för nära oss? Vad ska grannar och arbetskamrater säga, som inte vet att vi har ett utvecklingsstört barn; och syskonen som inte vet att de har ett utvecklingsstört syskon?

I uppföljningarna pendlar antalet nöjda anhöriga kring siffran 80 procent – alltså lika många som var negativa före flyttningen. De anhöriga uppskattade främst den egna lägenheten, telefonen, avskildheten vid besök med kokmöjligheter och närheten – att kunna ses spontant, ta med ut etc, utöver det att deras barn hade det bättre.

Små landsting klarade nedläggningen fortare och bättre än stora. För ett stort vårdhem i Stockholm med 500 platser tog det elva år. Ett generellt problem var att man inte alltid inrättade dagcentra i samma takt som utflyttningen.

### En epok tog slut

Utvecklingen sedan 1950-talet har inneburit en omsvängning från det att praktiskt taget alla som fick samhällets hjälp bodde på anstalter till att praktiskt taget alla bor i det öppna samhället. Detta samtidigt som att alla som bedöms behöva omsorg också får sådan, om än inte alltid den optimala. Därmed har en över 100-årig epok tagit slut (Figur 5).

Landets ekonomi har varit en förutsättning för både anstaltarnas tillväxt och deras nedläggning. Det var först när vår infrastruktur utvecklades med expertkunskaper och differentierade former av stöd och avlastning till den funktionshindrade och dennes anhöriga som de anstaltsboende kunde minska i antal.

Men det räckte inte: Det krävdes även en attitydförändring till den funktionshindrades behov och till rätten till full delaktighet. För detta spelade föreningarna för utvecklingsstörda barn och vuxna en avgörande roll. En annan drivkraft var att befolkningen blev engagerad då man fick se och uppleva resultatet av goda omsorger mitt i sitt eget samhälle. En tredje var att gruppboende utformades även för de svårast handikappade vi har i vårt samhälle, en lösning som var ekonomiskt fördelaktigare genom sin

flexibilitet. En fjärde och kanske avgörande förutsättning för nedläggningen av anstalterna var den i vår grundlag inskrivna rätten för riksdagen att stifta lagar som tar över det kommunala självstyret och de med lagarna förknippade rättigheterna för regering och ämbetsverk att utfärda förordningar och föreskrifter.

#### Avslutande reflektioner

Vad hade kunnat göras annorlunda? Vården av de minsta barnen med svåra flerhandikapp skapade problem vid nedläggningen av vårdhemmen för barn. Man tvingades hålla dem kvar på sjukhus innan landstingen anordnade bostäder med särskild service (elevhem) med förstärkt medicinsk tillsyn.

Nedläggningen av anstalterna för vuxna skedde över en 20-årsperiod. Under den första tiden hade man ännu inte rutiner för samverkan med anhöriga, information till grannar och uppbyggnaden av dagcentra.

På många vårdhem bodde personer från olika delar av vårt land. Vid nedläggningen hade de rätt att låta sig folkbokföras i vårdkommunen. Detta fick som följd att vissa kommuner fick höga kostnader för sina insatser, vilket har tvingat staten att tillsätta en särskild utredning.

Förr hade varje landsting minst en heltidsanställd sk omsorgsoverläkare. Nu ligger ansvaret på primärvårdens läkare och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Många anser att den medicinska tillsynen brister i frekvens och kvalitet. Några regler för regelbundna hälsoundersökningar finns inte längre. Klagomål framförs över rutinmässig medicinering och primärvårdsläkarens prolongering av läkemedel utan ny undersökning.

Vid riksdagens beslut 1993 om kommunalisering av omsorgerna gjordes undantaget att landstingen skulle bibehålla ansvaret för de expertinsatser som man hade organiserat i form av barn- och vuxenhabilitering. Som man kunde förutse har de två huvudmännen inte kunnat samarbeta, med följd att vuxenhabiliteringen har rustats ned i de flesta landsting. Barn- och ungdomshabiliteringen tycks ha klarat sig bättre.

Socialstyrelsen har försummat att utfärda föreskrifter eller allmänna råd om föreständares utbildning och om de nya bostadsformer som infördes i LSS. Följden har blivit en sammanblandning av handikappomsorgen och kommunernas äldreomsorg. Personalsituationen kan knappast sägas vara vare sig bättre eller sämre än före avvecklingen.

De flesta utvecklingsstörda bor nu i små enheter i sin kommun, och i princip

alla deltar i någon daglig verksamhet. Därigenom kommer de i nära kontakt med sina anhöriga och med allmänheten. Detta torde vara den bästa garantin mot en förslumning av omsorgerna i ekonomiskt dåliga tider.

Nedläggningen av anstalter för utvecklingsstörda började i USA på 1960-talet. Där skedde den utan resurser för öppna omsorger och mötte hård kritik. I Europa har anstaltsnedläggning skett i England, Skottland och Irland på 1970-talet. Den koncentrerades dock till de stora specialistsjukhusen. Norge är det enda land som, förutom Sverige, har avvecklat sina anstalter. Inom EU har de positiva erfarenheterna från Sverige aktualiserat behovet av ett gemensamt projekt i denna fråga.

#### Referenser

- Lag om undervisning och vård av psykiskt efterblivna. SFS 1954:483.
- Lag om omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda. SFS 1967:940.
- Lag om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m fl. SFS 1985:568.
- Regeringens proposition. Stöd och service till vissa funktionshindrade. 1992/93:159.
- Regeringens proposition 1996/97:15641. Avveckling av vårdhem och specialistsjukhus. Stockholm: Riksdagen, 1996/97.
- Grunewald K. Ju längre vi går tillbaka i tiden ju fler var de utvecklingsstörda. INT-RA, Utvecklingsstörda i kultur och samhälle 1995:2.
- Socialstyrelsen. Normaliseringsprincipen. Hur långt har vi kommit inom omsorgerna om de psykiskt utvecklingsstörda? Socialstyrelsen redovisar 1986:8.
- Grunewald K, Sluta vårda barn på institutioner! Det finns bättre alternativ. Läkartidningen 1979;76:369-70.
- Socialstyrelsen. Från misstro till förhoppning. Anhörigas upplevelser av vårdhemsavvecklingen. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
- Statistik. Mentalsjukvårdsbyrån avdelning US, byrå LÅ2 och byrå S5. Stockholm: Socialstyrelsens arkiv, 1955-2000.

## Särtryck

Läkartidningen

Vad är vetenskapsteori och vad kan medicinska forskare ha för nytta av sådan teori? Den biomedicinska forskningen vilar på en empirisk och positivistisk grund, men den kliniskt verksamme läkaren ställs allt oftare inför alternativa teoribildningar främst inom allmänmedicin, samhällsmedicin och psykiatri. I ett försök att orientera om den vetenskapsteoretiska diskussionen publicerade Läkartidningen under 1999 och våren 2000 elva artiklar om olika vetenskapsteoretiska resonemang. Dessa har samlats i ett häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är 85 kronor.



## Vetenskapsteori

Beställer härmed.....ex av "Vetenskapsteori"

.....namn

.....adress

.....postnummer

.....postadress

Insändes till Läkartidningen  
Box 5603  
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se  
under särtryck, böcker