

ICF som hjälpmedel för brukare, kommuner och landsting för att bedöma behov

Kjell Ivarson

Kjell Ivarson, som är född 1922, har som grundutbildning en socialkameral socionomexamen. Han kompletterade senare med universitets- och självstudier i sociologi, ekonomi och statskunskap. Han har en mycket lång erfarenhet som ledande kommunal tjänsteman och som projekt- och utredningsledare i Kommunförbundet, Socialstyrelsen och olika kommuner och landsting.

Huvudinriktningen på de många projekt som han medverkat i har varit att utveckla kommunens och landstingens verksamheter som ett växelspel mellan människor och av dem bildade intressegrupper: politiker, brukare och verksamheternas anställda. I denna artikel presenterar han erfarenheter av sådana projekt för att göra människors situation och behov till bas i planering och praktisk verksamhet. Viktiga inspirationskällor har varit statsmakternas reformpolitik samt FN:s inklusive WHO:s insatser för mänskliga rättigheter och hälsa, inte minst standardreglerna rörande människor med funktionshinder.

Han finner att ICF är ett efterlängtat hjälpmedel för att tillsammans med SCB:s undersökningar av levnadsförhållandena (ULF) förbättra beskrivningar, precisera insatser och göra utvärderingar.

Hur påverkar nationella och internationella beslut och händelser människorna lokalt? Hur kan dessa forma sin tillvaro med stöd av rådande levnadsförutsättningar och kommunal självstyrelse? Att sökas svar på de frågorna har varit ett av mina huvudintressen i hela mitt vuxna liv.

Mitt engagemang fick en speciell inriktning genom att jag mellan 1951 och 1966 arbetade som "ledande tjänsteman" i ett par kommuner och mellan 1966 och 1991 som ledare för en rad utvecklingsprojekt med Kommunförbundet, Socialstyrelsen, kommuner och landsting som uppdragsgiv-

vare. Därefter har jag som pensionär drivit projekt och studiecirkel tillsammans med ABF och andra folkrörelser, senast projektet "Vardagsmakt" med lokalföreningen i Tyresö av Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) som bas.

Den gemensamma *huvudinriktningen* för projekten har varit att se kommunens och landstingets verksamheter som ett växelspel mellan människor. Människorna och intressegrupperna identifieras som:

- Politikerna i sina nämnder och organisationer
- Brukarna och deras organisationer
- Verksamheternas anställda och deras organisationer
 - Förvaltningsledningen
 - Ledarna för verksamhetsenheterna
 - Alla anställda på sina arbetsplatser

De dominerande *metoderna* har varit följande:

- Genom samtal inom varje intressegrupp och mellan grupperna kan deltagarna lära känna andra gruppers villkor och göra sig medvetna om sina egna styrkor och svagheter
- Successivt förs nya kunskaper in på teman som människors lika värde och metoden "Tre M":
 - Mätning/utvärdering främst genom förbättrat faktaunderlag bl.a. om behov och resurser för att tillgodose dem och genom strävan efter balans mellan mål för behovstäckning och resurstilldelning
 - Medverkan (växelspelet mellan intressegrupperna)
 - Medveten styrning (ledning, organisation och arbetssätt)

- Resultaten av intressegruppernas genomgångar av verksamheterna dokumenteras och kan användas som underlag för verksamhetsplanering, budgetering och praktiskt arbete
- Projektledningen medverkar till att ta fram faktaunderlag och rapporter men lägger sig inte i beslutsprocesserna.

Projektens beroende av samhällsutveckling och nationell politik

En omvälvande demokratiseringsprocess började i och med att allmän rösträtt för både män och kvinnor infördes 1921. De socialistiska/socialdemokratiska och liberala partierna stred för principen "människors lika värde" och allt eftersom de förstärkte sitt inflytande, kunde de om än i små steg förändra huvudmännens verksamheter i linje med denna värdering. Innehållet i kommunernas och landstingens budgetar och verksamhetsplaner ändrades.

Däremot var budgetar och verksamhetsplaner relativt utvecklade som skriftliga dokument. Det var sällan eller aldrig resonemang i dokumenten om människors situation och behov och deras betydelse för utformningen av insatser och budget. Inom vissa begränsade verksamhetsområden började det dock växa fram en medveten planering som grundade sig på förhållanden inom befolkningen - det gällde i första hand skolor och bostadsförsörjning.

Från 1950-talet sker en rad tydliga förbättringar främst beroende på den reformpolitik, som drivs av regering och riksdag, ofta efter samråd med kommun- och landstingsförbunden. Exempel på detta ges i Tabell 1.

Tabell 1. Exempel på effekterna av samhällsutveckling och nationell politik

<p>Kommunindelningsreformerna. Först 1952 och sedan 1962–1974. Kommunerna minskade från c:a 2500 till c:a 280</p>	<p>Reformerna och tydligast den senaste byggde på idén att anpassa den administrativa indelningen till <i>människornas rörelsemönster</i> för arbete, kulturupplevelser och service och att göra kommunerna så stora att de på ett tillfredsställande sätt ska kunna sköta social omsorg, skola, bostadsförsörjning, fysisk planering och annan samhällsplanering och bilda underlag för hälsovård och service. De förtroendevaldas och andra politiskt intresserades medvetenhet om de viktigaste faktorerna i planeringen ökade.</p>
<p>Länsplaneringen, som började på 50-talet och hade sin höjdpunkt under 60- och 70-talen. Har numera ersatts av andra former för regional planering.</p>	<p>Ovanstående utveckling förstärktes av att staten parallellt med reformarbetet drev <i>länsplaneringen</i> – en ”planering av befolknings- och sysselsättningsutveckling m.m. inom ett län som underlag för näringslivets utbyggnad och samhällets infrastruktur och som skydd för människor och miljö och rättvis fördelning av välfärden ...” (Nationalencyklopedin). Underlagen för att använda metoderna förbättrades genom att SCB erbjöd kommuner och landsting att köpa statistikpaket, anpassade till deras geografiska områden och av dem bestämda statistikområden. (Exempel: demopac, sociopac)</p>
<p>Barnomsorgens utbyggnad från 70-talet Ädelreformen 1992 Handikappreformen 1994 Psykiatrireformen 1994</p>	<p>Alla berörda verksamheter har utvecklats med stöd av nationella och kommunala mål och med beaktande av utvecklingen av berörda befolkningsgrupper Förtroendevalda och anställda fick sätta sig in i en planering som utgår ifrån människors situation och behov.</p>
<p>Förändringar i kommunal-, socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagarna</p>	<p>Förändringarna har medfört att brukar- och anhörigorganisationer har fått en tvingande rätt att delta i planeringen av de verksamheter som berör deras medlemmar.</p>
<p>Under de senaste årtiondena har Sverige haft en sämre ekonomisk utveckling än andra industriländer, särskilt under 90-talet.</p>	<p>Den negativa ekonomiska utvecklingen innebar att kommuner och landsting drabbades av minskade skatteintäkter eller i varje fall av kraftigt minskad ökningstakt i skatteintäkterna. Följden blev en hel del nedskärningar i utbud av tjänster och i tjänsternas kvaliteter. Det anmärkningsvärda är att inga rapporter har påträffats i verksamhetsplanerna som redovisar brukares erfarenheter av försämrad omsorg och vård och personalens erfarenheter av försämrad arbetsmiljö.</p>

Betydelsen av beslut av FN och andra internationella organisationer

Demokratiseringsprocessen, som inleddes på 1920-talet i kommuner och landsting, kom att få ett kraftigt stöd av den internationella utvecklingen. FN antog 1948 förklaringen om de mänskliga rättigheterna, som senare kompletterades med konventioner, exempelvis:

- flyktingars rättsliga ställning (1951)
- ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (1966),
- medborgerliga och politiska rättigheter (1966)
- diskriminering av kvinnor (1979)
- barnens rättigheter (barnkonventionen 1989).

Av betydelse i detta sammanhang är tre andra förhållanden, som uppstått genom FN eller på grund av dess aktiviteter:

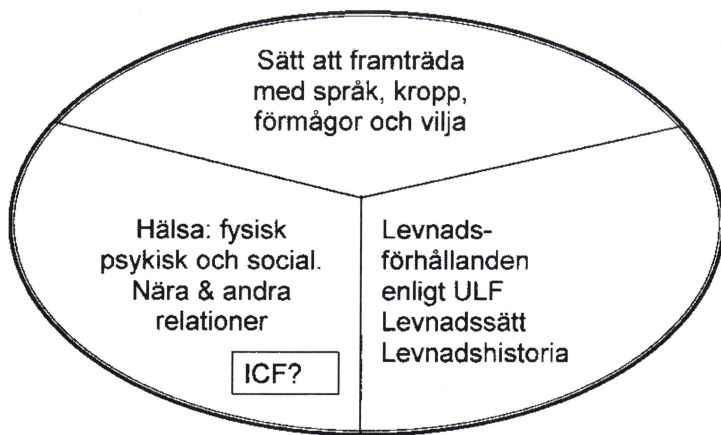
- Den verksamhet som FN bedriver genom WHO — uppgiften att bekämpa sjukdom och befrämja hälsa. Hälsa definieras som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp". Därmed ska faktorer i den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivningen beaktas.
- I anslutning till arbetet inom FN och WHO har uppstått en omfattande forskning internationellt och nationellt inte minst i Sverige. Här har forskningen om människors levnadsförhållanden kommit mycket långt. 1970 kom låginkomstutredningens rapport och alltsedan 1974 genomför SCB välfärdsmåttningar genom årliga undersökningar av levnadsförhållandena (ULF).
- Under de senaste årtiondena har FN i samarbete med WHO, handikapporganisationer och andra internationella organisationer intensivt arbetat med att förbättra

levnadsförhållandena för människor som genom ohälsa fått nedsatta funktioner. Ett av resultaten är att FN år 1993 antog "Standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet". I Sverige ligger dessa som grund för handikappprogram på alla nivåer: nationen, landstingen och kommunerna. År 2001 godkände WHO "ICF, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa". ICF är en konkretisering av såväl WHO:s hälsobegrepp som FN:s standardregler.

Möjlig påverkan av FN:s aktiviteter på utvecklingsarbete i kommuner och landsting

Figur 1 belyser innehållet i begreppet livsform, som används i de utvecklingsarbeten som jag kort beskrivit ovan. Innehållet har i första hand utvecklats tillsammans med brukare av kommuners och landstings tjänster med stöd av de kunskaper och metoder, som finns i de ovannämnda FN- och WHO-dokumenterna och i litteratur om relationer, kommunikation och sociala handlingsmönster. Syftet har varit dels att ge deltagarna i projekten hjälpmedel och inspiration att beskriva sin tillvaro och sina behov vid kontakter med omsorg och vård, dels att intressera företrädare för omsorg och vård att använda beskrivningssättet tillsammans med andra vid bedömning av behov.

I den nedre högra sektorn i bilden av livsform (figur 1) finns begreppet levnadsförhållanden. Kunskaper och metoder om dessa är väl utvecklade och beprövade genom ULF. Bilden i figur 2 visar den förenklade bild av innehållet i levnadsförhållandena, som ofta används i samtalen med samtliga intressegrupper. Användningen av de begrepp som visas i bilden, har skett utan större svårigheter.



Figur 1. Livsform - sätt att leva och vara



Figur 2. Förenklad bild av levnadsförhållanden enligt ULF

ter, eftersom dessa används i kommuner och ofta återkommer i massmedia.

När det gäller WHO:s hälsobegrepp som finns i den nedre vänstra sektorn i bilden av livsform, har vi i vårt utvecklingsarbete funnit att det inte finns lika väl beprövade och

kända kunskaper och metoder som ifråga om ULF. Det påverkar inte minst förståelsen mellan brukare och psykiatris personal och samverkan mellan psykiatri och socialtjänst.

Bristerna bekräftas i standardreglernas introduktion där det konstateras att det ännu

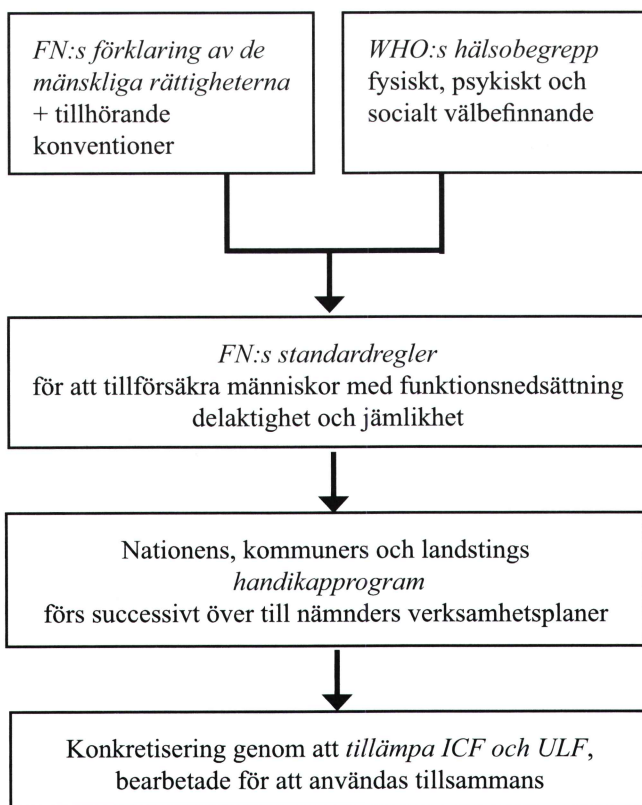
inte har utvecklats något språk eller någon begreppsapparat för att helt täcka innehållet i WHO:s hälsobegrepp. Den då gällande klassificeringen var alltför medicinsk och alltför inriktad på individen — omgivningens betydelse var otillräckligt belyst.

Som redan nämnts bidrar oklarheten till att bemötandet av enskilda människor i vården ofta präglas av brister och missförhållanden. Det bekräftas av Bemötandeutredningens rapport "Lindqvist nia - nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder" och RSMH-medlemmars erfarenheter. På längre sikt kan användning

av den nya klassifikationen, ICF, förbättra språk och kunskaper och undanröja en del av bristerna.

Beskrivningar av människors situation och behov i verksamhetsplaner i omsorg och vård kan alltså förbättras genom att använda ICF:s och ULF:s metoder. Användarna behöver se sammanhangen i vilka de båda undersökningsmetoderna har utvecklats, för att kunna tillämpa dem på välgrundat sätt. Sammanhangen kan belysas så som figur 3 och tabell 2 visar.

Innehåll och infallsvinklar enligt ICF och ULF (se tabell 2) har inte utformats för att



Figur 3. Utvecklingen av mänskliga rättigheter och synen på hälsa och funktionshinder

parallellt användas praktiskt inom omsorg och vård. De behöver därför bearbetas i samråd med SCB och Socialstyrelsen för att väl passa för uppgiften.

Styrelsen för RSMH:s distrikt i Stockholms län har 2002-08-28 föreslagit landstinget att starta ett utvecklingsarbete med syfte att

- skapa ett bättre underlag för att bedöma människors situation och behov genom att utveckla metoder för att tillämpa ICF och ULF och praktiskt pröva dessa i första hand genom delprojekt i två sjukvårdsom-

råden i samarbete med kommuner där

- med stöd av det förbättrade underlaget mer tydligt än i dag pröva vilka insatser som människorna själva kan svara för och i vilka landstinget behöver delta
- därmed pröva om landstingets resurser kan utnyttjas bättre
- ge stöd till övriga förvaltningsområden i deras arbete med att förbättra förhållandena för människor med funktionsnedsättning
- informera och utbilda förtroendevalda och personal samt erbjuda företrädare

Tabell 2. Livsområden som behandlas i ULF och ICF

<i>SCB:s levnadsnivåundersökningar ULF</i>	<i>WHO:s klassifikation ICF</i>
Inriktning: huvudsakligen materiella resurser	Inriktning: fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande
Personers förhållande till: <ul style="list-style-type: none"> - Utbildning - Sysselsättning + arbetstider - Arbetsmiljö - Ekonomi - Boendeförhållanden - Transporter/förflyttning - Fritid - Sociala relationer - Politiska resurser - Trygghet och säkerhet - Hälsa - Social rörlighet 	Sambandet mellan dels personers funktionstillstånd, dels omgivningsfaktorer, dels: <ul style="list-style-type: none"> - Lärande och tillämpning av kunskap - Genomförande av allmänna uppgifter och krav - Kommunikation; här = samtal/ överförande av meddelanden - Förflyttning - Personlig vård - Hemliv - Mellanmänskliga relationer - Större livsområden som utbildning, arbete och egen ekonomi - Samhälle, socialt och medborgerligt liv
ULF observerar välfärd på individ- och hushållsnivå	ICF klassificerar inte personer utan varje persons situation inom olika hälsokomponenter

för kommuner, brukar-, anhörig- och fackliga organisationer att delta i sådana aktiviteter.

Landsting och kommuner kan välja mellan att använda de processer och metoder som uppställningarna i figur 3 och tabell 2 vill illustrera, huvudsakligen för att förbättra språk och metoder (steg 1) eller att gå ett steg vidare (steg 2) genom att mäta lägen och förändringar:

- Steg 1: För att berika språk och metoder. Begreppen berikar samtalen omkring handikappprogram, verksamhetsplanering och i möten mellan brukare och omsorgens och vårdens personal. Med tiden kan det även berika de skriftliga dokumenten om program, planer och arbetsätt i omsorg och vård.

I detta alternativ kan det vara tillräckligt att flertalet deltagare sätter sig in i IFC:s kortversion och huvuddragen i ULF. Den fullständiga versionen kan användas som referensmaterial.

- Steg 2: För att ytterligare förbättra utvärderingar, uppföljningar och resursanvändning genom att mäta de förhållanden som begreppen beskriver och de förändringar som gjorda insatser eller andra förhållanden förorsakar. Då behöver ledare i förvaltningar och verksamheter och företrädare för fackliga organisationer och brukar- och anhörigföreningar sätta in sig i ICF:s fullständiga version och i ULF.

Källor och referenser

Rättigheternas epok.(Appendix: FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna). Av Norberto Bobbio. Daidalos 2000.

FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. 1993.

ICF - Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. WHO 2001. Svensk översättning, Socialstyrelsen 2002.

Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975-1995. SCB rapport 91,1997.

Från patient till medborgare - en nationell handlingsplan för handikappolitiken. Prop. 1999/2000:79.

Lindqvists nia - nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder. SOU 1999:21.

Landstingets handikapprogram 1999-2003 för att tillförsäkra människor med funktionshinder delaktighet och jämlikhet. Beslut 1998-11-03 i fullmäktige i Stockholms läns landsting.

Yttrande 2002-08-28 över Länshandikapprådets förslag till reviderat handikappprogram för Stockholms läns landsting av styrelsen för RSMH:s distrikt i Stockholms län.

Vardagsmakt - om människor som brukare och deras medverkan i ortens liv, i verksamhet och politik. Av Kjell Ivarson i samarbete med RSMH:s utbildningsgrupp. Tyresö 2000.

Projektledarens slutliga utvärdering av projektet "Vardagsmakt för medlemmar i Gläntan". Projektets varaktighet 1998-2001. Av Kjell Ivarson. Tyresö 2001.

Växelspelet om människors villkor, natur och samhälle. Av Kjell Ivarson, projektledare,

Bruno Alm, arkitekt och Roger Lind, professor. Forskningsstiftelsen för samhällsplanering, byggnadsplanering och projektering. Göteborg 1996.

Nationalencyklopedin - särskilt för kontroll av historiska fakta.

Adress till författaren:

Harrstigen 11,

135 42 Tyresö

e-post: kjell.ivarson@telia.com