

Medicinskt färdigbehandlade inom psykiatrisk slutenvård

Lena Steinholtz Ekecrantz

Lena Steinholtz Ekecrantz, fil dr, är anställd inom Socialstyrelsens projekt för uppföljning och utvärdering av psykiatireformen.

Artikeln är en kort sammanfattning av Socialstyrelsens rapport 1997-17-1.¹ Ytterligare en rapport planeras om de medicinskt färdigbehandlade patienterna inom psykiatrisk slutenvård där tillämpningen av betalningsansvarslagen och de ekonomiska konsekvenserna för kommun och landsting kommer att redovisas.

I Psykiatriutredningen konstaterades att ett stort antal människor slutenvårdades, fastän de mycket väl skulle kunna klara sig utanför institutionsvården med adekvat stöd och hjälp. Liksom tidigare i ädelreformen, som omfattar somatiskt långtidssjuka patienter, har kommunerna sedan 1 januari 1995 ett lagreglerat obligatoriskt betalningsansvar även för medicinskt färdigbehandlade långtidssjuka patienter inom psykiatrisk slutenvård.

Betalningsansvaret inträder 14 dagar efter att en specialistkompetent psykiater har bedömt patienten vara färdigbehandlad vid klinik eller annan enhet där aktiv psykiatrisk vård ges, och där vårdtiden sammanhängande är minst tre månader. Vården kan helt eller delvis ha givits med stöd av LPT eller LRV, men patienten är inte medicinskt färdigbehandlad så länge tvångsvården pågår (Lagen 1990:1404, *Om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård*).

I Psykiatriutredningen uttrycktes farhågor om att kommunens stöd och service till de psykiskt långtidssjuka skulle prioriteras lågt och att samordningen mellan psykiatrin och socialtjänstens insatser skulle hin-

dras på grund av oklarheter och oenigheter mellan huvudmännen om det ekonomiska ansvaret. Bristande kompetens inom kommunerna för det nya uppdraget väckte också oro. För att avvärja de största farhågorna beslutade riksdagen om ändringar i Socialtjänstlagen som förtydligar ansvarsfördelningen mellan huvudmännen.

Socialstyrelsens uppföljning av de färdigbehandlade patienterna inom psykiatrisk slutenvård genomfördes drygt ett år efter att reformen trädde i kraft. De frågor som belyses är:

- vilka är de patienter som överförs till kommunerna?
- hur har samplanering skett mellan psykiatri och socialtjänst vid överföringen?
- hur uppfattar personal inom psykiatri och socialtjänst innebörd och konsekvenser av begreppet medicinskt färdigbehandlad?
- hur har klienternas boende förändrats?
- hur har den dagliga sysselsättningen lösts?
- vilka insatser gör socialtjänsten och psykiatrin?
- vilken personal möter de färdigbehandlade inom socialtjänsten?
- har, slutligen, de psykiskt långtidssjuka och överförda klienternas situation förbättrats?

Metod

Landsting och kommun rapporterade 1995 till Socialstyrelsen de patienter som bedömts vara medicinskt färdigbehandlade. Rapporteringen skedde både från psykiatrin och socialtjänsten och omfattade totalt 3 100 individer. Ur denna population gjordes ett urval om 609 patienter i 16 olika kommuner belägna i sju regioner. Områdena valdes utifrån geografisk spridning och för att få en jämn fördelning på storstad respektive landsort. 498 individer återstår när uppgifter om patienter med demensdiagnos, utflyttade till annan kommun utanför regionen och avlidna avlägsnats från materialet. Urvalet är representativt för den totala populationen med avseende på kön, ålder, vårdtid och diagnos.

¹ Docent Claes-Göran Stefansson, som ansvarade för uppläggningsen av studien, är medförfattare till metodavsnittet och har också medverkat i de statistiska bearbetningarna.

De 16 kommuner/kommundelar som ingår i studien är:

Län	Kommuner/kommundelar
Norrbottn	Gällivare, Boden, Piteå, Luleå
Västernorrland	Sundsvall, Timrå
Gävleborg	Gävle, Söderhamn
Stockholm	Socialdistrikt 7, 14 och 15
Jönköping	Jönköping, Tranås, Nässjö, Aneby
Västergötland	Skövde, Falköping
Skåne	Malmö stad

Kommunerna/kommundelarna hade 1 januari 1996 tillsammans 1 033 565 invånare.

Datinsamlingen skedde genom intervju med klienten samt enkäter riktade till patientansvarig läkare, patientens kontaktperson i psykiatri, kommunens biståndsbedömare eller handläggare och klientens kontaktperson i kommunen. Klientens situation belystes således genom fem material eller perspektiv. Ett tiotal intervjuer om begreppet medicinskt färdigbehandlad har gjorts med specialistkompetenta psykiatrer och biståndsbedömare inom kommunen.

Ambitionen var att intervjua så många klienter som möjligt. Utifrån tidigare erfarenheter av intervjuer med målgruppen formulerades en målsättning att kunna intervjua åtminstone hälften av dem som ingick i urvalet. Detta uppnåddes i och med att 254 av de 498 klienterna kunde intervjua.

En undersökning av bortfallet, dvs de som inte intervjuades, i några väsentliga bakrundsdata såsom kön, ålder, civilstånd, region (Stockholm/Malmö samt övriga landet) och om klienten hade överförs till kommunen från klinik (efter bedömning om färdigbehandlad) eller från sjukhem (utan sådan individuell bedömning) visade att de intervjuade var något yngre men att det framförallt var en betydande underrepresentation från Stockholm/Malmö (23%) gentemot övriga landet (64%). Resultat som baserar sig på intervjudata har korrigerats för de olikheter som finns i ovanstående avseenden hos klientpopulationen jämfört med totalpopulationen.

Patientens/klientens situation är i centrum för de fem perspektiven som intervju och enkäter avspeglar. Överensstämmelserna i svaren prövades genom att kontrollera hur klienten själv respektive kommunens och psykiatrins kontaktpersoner hade bedömt klientens funktionsförmåga. Överensstämmelsen kunde variera mellan -1 (helt olika svar) till +1 (helt lika svar). I de ca

I allmänhet uppfattade klienten sin funktionsförmåga som lite bättre än de båda kontaktpersonerna

2000 items som ingick i prövningen var överensstämmelsen mellan klient och kommunens kontaktperson +0.87, mellan klient och psykiatrins kontaktperson +0.81 och mellan kommunens och psykiatrins kontaktpersoner +0.96. I allmänhet uppfattade klienten sin funktionsförmåga som lite bättre än de båda kontaktpersonerna.

Systematiska skillnader mellan de fem materialen förelåg framför allt beträffande ålder (de intervjuade är t ex yngre), region (Stockholm/Malmö respektive övriga landet, där materialet från patientansvarig läkare är större från den förstnämnda regionen) samt om klienten överförs till kommunen från klinik/vårdavdelning eller från sjukhem. De olika resultaten prövas mot dessa variabler och förhållandena i de olika åldersgrupperna, regionerna eller vårdhems- respektive klinikpopulationerna kommenteras i de fall dessa bakgrunds-förhållanden har betydelse för resultaten.

Vid intervjutillfällena insamlades dessutom en mängd kvalitativ information (via "fältdagböcker") som presenteras tillsammans med intervju- och enkätmaterialet.

De resultat som presenteras här kan förmodas vara representativa för de medicinskt färdigbehandlade patienterna i Sverige 1995.

Resultat

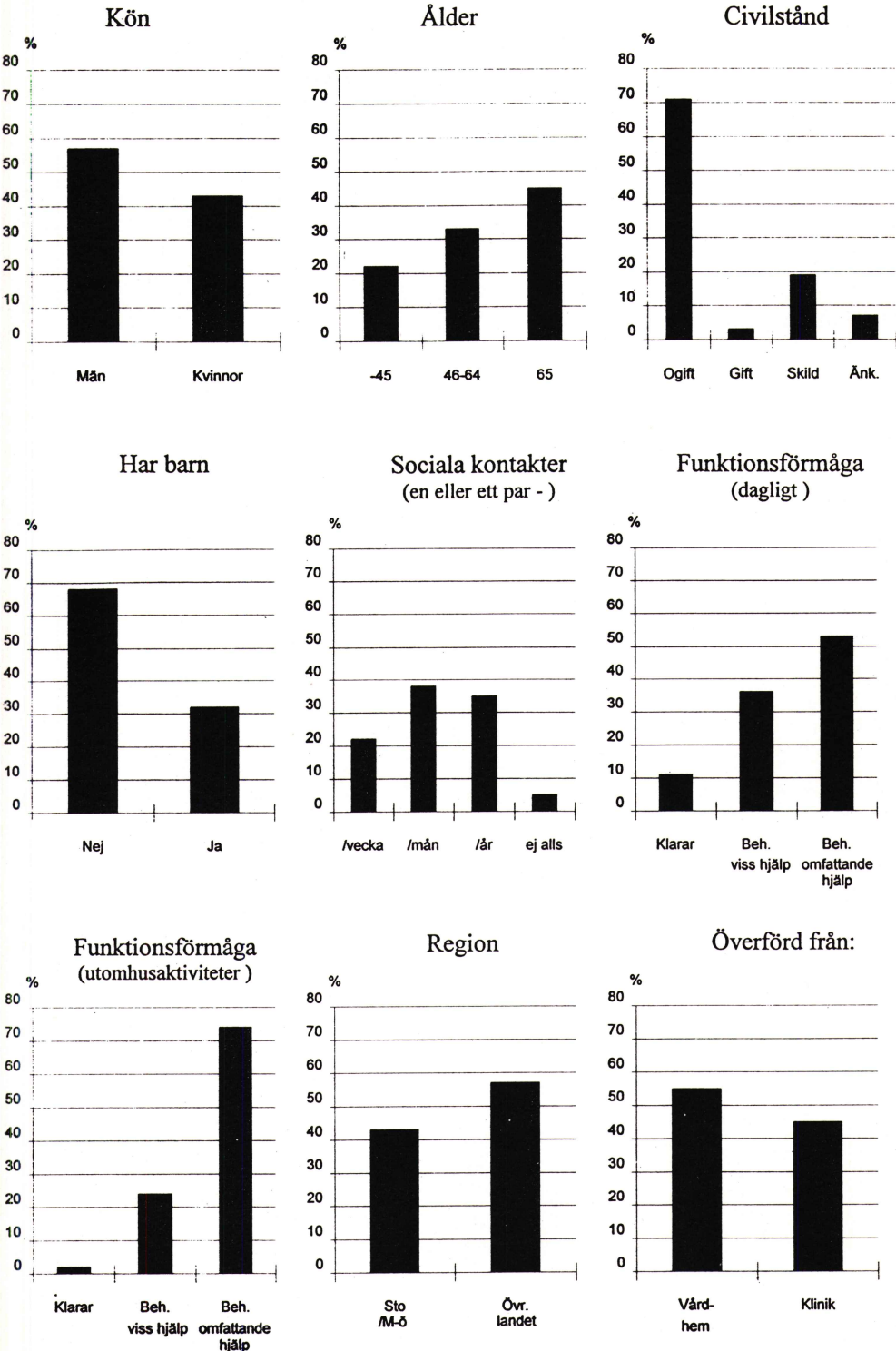
Figuren 1-9 ger en beskrivning av de medicinskt färdigbehandlade vad gäller sociala och demografiska förhållanden m m.

Männen är något fler än kvinnorna, mer än hälften är över 65 år. Nästan samtliga är för närvarande ensamstående, men siffrorna visar också att ungefär 1/3 har eller har haft någon familjebildning, vilket också förklarar att 31% anger att de har barn. 40% har haft sporadiska sociala kontakter under senaste året och 5% saknar helt sådant nätverk.

Funktionshandikappet är framträdande. Över hälften måste ha omfattande hjälp med dagliga hushållsgöromål (matlagning, tvätt, städ, etc) samt med den personliga hygien och andelen som behöver omfattande hjälp vid utomhusaktiviteter (inköp, resor med allmänna kommunikationsmedel etc) är ännu större.

Över hälften av de färdigbehandlade har överförs från sjukhem (utan beslut av specialist om att enskilda per-

Figur 1-9. Beskrivning av de medicinskt färdigbehandlade vad gäller sociala- och demografiska förhållanden m m.



soner är färdigbehandlade). Många av dem har bott hela sitt vuxna liv på institution, även de som är 45 år och yngre. Den institutionella miljön har varit dessa människors hemmiljö, och personal och medpatienter har utgjort deras huvudsakliga nätverk under lång tid.

Av intervjuerna med klienterna framgår också att 96% av dem har slutfört folkskola eller grundskola, 20% har gymnasieutbildning och 5% har studerat på högskola eller universitet. Ca 80% har någon erfarenhet av lönearbete och 2/3 av dem har arbetat upp till fem år. Idag har ingen förvärvsinkomst - sjukbidrag, sjukpension eller ålderspension är inkomstkälla för alla.

Samarbetet mellan landsting och kommun vid överföringen

Kommunerna började bedömningsarbetet av de enskilda klienternas behov under 1995. Det pågick fortfarande på några håll under hösten 1996. I vissa kommuner har samarbete mellan psykiatri och socialtjänst pågått under många år. Där var man väl förberedd i januari 1995 och erfarenheterna av utslussningen är också positiva. I andra kommuner har det tagit tid att skapa fungerande rutiner. För 321 (ca 65%) av de 498 patienterna har psykiatri och socialtjänst genomfört någon form av vårdplanering (*figur 10*). I hälften av fallen har den berörde patienten deltagit. Patient-medverkan kan innebära alltifrån att bara ha varit närvarande, till att aktivt ha framfört sina önskningar om stöd och service. Att patienten inte deltar, förklaras med att han är för sjuk för att förstå innebörden av förändringen. För vissa har en anhörig eller god man deltagit i stället. För 177 patienter (35%) har ingen samplanering skett. En större andel av dessa patienter fanns på vård- eller sjukhem i januari 1995. Samverkan av något slag sker i lika hög grad i storstad som i landsort, men i landsorten deltar patienterna betydligt oftare i sin vårdplanering.

Samverkan av något slag sker i lika hög grad i storstad som i landsort, men i landsorten deltar patienterna betydligt oftare i sin vårdplanering

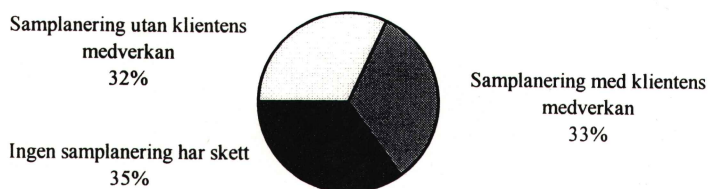
Samarbetet har gått allra bäst för de kommuner som har anställt personal med erfarenheter från psykiatri, eller specialutbildat och avdelat en eller ett par handläggare till att vara kommunens ansikte i psykiatri-ärendena.

Flera av kommunens handläggare rapporterar att psykiatrins personal dominerar i vårdplaneringsdiskussionerna. Läkarens ord väger tungt när han ger råd om vad som är bäst för patienten utanför slutenvården. Patienter hänvisar också ofta till doktors ord i kontakten med biståndsbedömare, och detta kan skapa problem om läkarens förslag och patientens önskemål inte rymms inom de alternativ som kommunen kan erbjuda. Psykiatrins företrädare kan också ge för lite information som underlag för planeringen, enligt socialtjänstens handläggare. Båda situationerna skapar irritation.

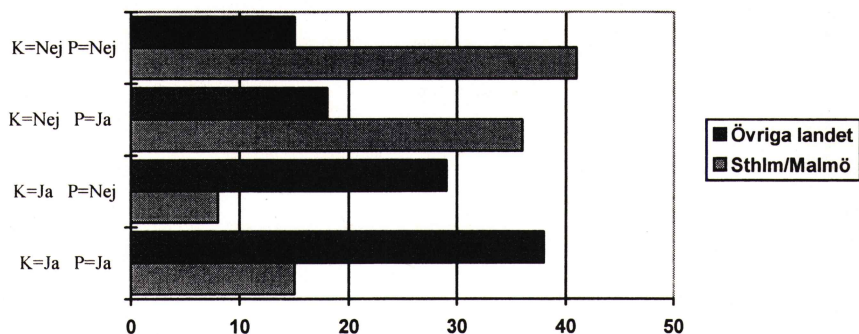
Följande punkter framstår som de viktigaste i psykiatrins och socialtjänstens samplanering för den medicinskt färdigbehandlade patienten:

- 1) kontakt tas i god tid före utskrivningen, helst redan vid inskrivningen
- 2) flera möten mellan psykiatri och socialtjänst där patienten eller anhörig deltar: stöd- och servicealternativen kartläggs och prövas teoretiskt; studiebesök i den föreslagna bostaden
- 3) andra parter - primärvård, försäkringskassa, arbetsförmedling - tillkallas vid behov
- 4) överflyttning genomförs tillsammans med patientens kontaktman inom psykiatri och den nya kontaktpersonen inom kommunen
- 5) uppföljning.

Figur 10. Samverkan mellan psykiatri och socialtjänst samt klienternas eventuella medverkan i detta.



Figur 11. Bedömning av kontaktpersonen inom psykiatri (P) och socialtjänstens biståndsbedömare (K) om klienten är färdigbehandlad eller ej. Storstadsregionerna respektive övriga landet.



Begreppet "medicinskt färdigbehandlad"

Begreppet "medicinskt färdigbehandlad" har skapat problem i samarbetet mellan psykiatri och socialtjänst. Kontaktpersonen inom psykiatri och kommunens biståndsbedömare fick frågan om de ansåg att patienten/klienten var medicinskt färdigbehandlad vid utskrivningen (figur 11).

Utanför storstäderna var man i 15% av fallen överens om att klienten inte var färdigbehandlad, i 38% att han/hon var färdigbehandlad. Motiveringarna för det senare skilde sig dock åt. Kontaktpersonen i psykiatri anförde oftare faktiska förbättringar, medan biståndsbedömaren oftare svarade att klienten är medicinskt färdigbehandlad enligt definitionen - "lång vårdtid" eller "ytterligare aktiv behandling förändrar inte tillståndet".

I storstadsregionerna ser vi att samstämmigheten är lika stor, men där är man oftare överens om att en patient inte är färdigbehandlad, tvärtom jämfört med resultatet från övriga landet.

Både Stockholm och Malmö har många klienter placerade på vårdhem, och överföringen av betalningsansvaret skedde i många fall utan att kommunens handläggare hade träffat patienten. Dennes bedömning av klientens behov gjordes då när betalningsansvaret redan hade övertagits.

Att inte klara det dagliga med hygien, mat, tvätt mm är en konkret och godtagan anledning till att patienten behöver fortsatt hjälp. Den typen av omvårdnadsuppgifter är inte svårt att lämna över till kommunen, enligt kontaktpersonen i psykiatri. "Kommunen kan också dela medicin i dosetter." Om patientens tillstånd däremot bedöms som instabilt, då är det inte lika självklart att man vill lämna över ansvaret. De svåra fallen ställer allt på sin spets.

Begreppet medicinskt färdigbehandlad är oftast

oproblematiskt för den som gör bedömningen, men specialisten kan ändå tycka att begreppet är olyckligt. Tidsgränsen tre månader har hittills inte betytt särskilt mycket. Bedömningen att någon är medicinskt färdigbehandlad görs när vården inte längre ger någon behandlingsvinst, och i bedömningen ligger att situationen inte blir sämre för patienten med en lägre och enklare grad av omhändertagande. Hos socialtjänstens handläggare handlar funderingarna om begreppets tillämpning oftast om grunderna för utskrivningen - varför skrivs den ena patienten ut men inte den andra som för icke-specialisten ter sig lika frisk/sjuk. Man frågar sig också hur sjuka patienter kommunen förväntas kunna ta hand om. Det tycks finnas ett gap mellan psykiatri och socialtjänstens syn på hur allvarligt störda de människor kan vara, som skall vistas utanför den psykiatriska slutenvården. Det är ytterst fråga om vad som skall läggas i begreppet normalitet.

Kommunernas stöd och service efter reformen

Boendeformer

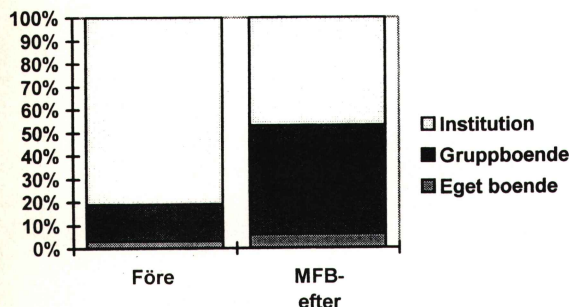
"Särskilda boendeformer" är den benämning på boendeheter för service och omvårdnad som kommunerna enligt socialtjänstlagen är skyldiga att inrätta. Med särskilda boendeformer avses lägenhet i servicehus, rum i ålderdomshem, eget rum/ egen lägenhet eller del i lägenhet i gruppboende och eget eller delat rum på sjukhem.

Det tycks finnas ett gap mellan psykiatri och socialtjänstens syn på hur allvarligt störda de människor kan vara, som skall vistas utanför den psykiatriska slutenvården

En förändring har skett enligt reformens intentioner vad gäller boendeformer

I figur 12 redovisas inom vilken boendeform de medicinskt färdigbehandlade patienterna fanns före reformen och var de finns efter reformen. *Egen bostad* avser här ett "vanligt" boende utan anknytning till gemensamhetslokaler i kommunal regi. Stöd och service ges av kommunens hemtjänst. *Gruppboende* innefattar lägenhet i särskild byggnad eller trappuppgång med gemensamhetslokaler med bemanning hela eller delar av dygnet. Kollektivbostad och plats på servicehus inkluderas. Med *institutionsboende* avses här de som bor på en vårdavdelning, på ett sjuk/vård/behandlingshem eller i familjevården.

Figur 12. Boendeform för de medicinskt färdigbehandlade före och efter reformen.



En förändring har skett enligt reformens intentioner vad gäller boendeformer. Idag vistas färre på institution och flera bor i en gruppboende. Få av de medicinskt färdigbehandlade har dock egen bostad. Det är främst de äldre som bor kvar på institution, i första hand på enskilda vård- och sjukhem, och det är i huvudsak yngre klienter som har erbjudits egen bostad eller plats i någon form av gruppboende. Överflyttningen från sjukhem till gruppboende har för flera klienter inneburit att den eventuella bostad de disponerade måste sägas upp av kostnadsskäl. Sjuk- eller ålderspensionen räcker inte till dubbla boendekostnader. Det här förefaller paradoxalt, då målet för många som bor i gruppboende är att så småningom flytta till egen bostad.

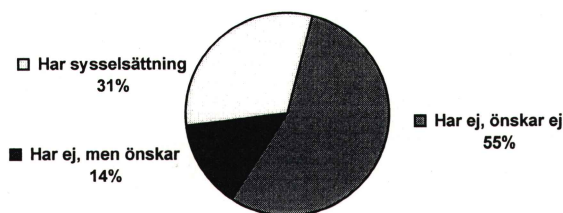
Sysselsättning

I psykiatriutredningen angavs att meningsfull daglig sysselsättning är en av de viktigaste faktorerna för att

man skall känna sig delaktig i samhällslivet. Dagliga verksamheter för de psykiskt funktionshindrade har startats inom kommunerna de senaste åren - flera i samverkan med psykiatri, och försäkringskassa. Arbeten inom Samhall och liknande verksamheter finns endast i ringa omfattning för dem.

Att "ha sysselsättning" innebär här att man deltar i någon form av ordnad verksamhet. Detta kan vara alltifrån studiecirklar till framställning av olika produkter. Figur 13 visar sysselsättningssituationen för klienterna vid intervju tillfället.

Fig 13. Sysselsättning.



Två av tre saknar någon form av ordnad daglig sysselsättning. En stor del av klienterna hävdar att de inte vill ha någon ordnad sysselsättning på dagarna. "Det räcker som det är", "jag har arbetat tillräckligt i mitt liv", "jag sysselsätter mig själv" och "jag orkar inte" är vanliga motiveringar. Både äldre och yngre anger fysiska hinder som skäl för att inte delta i någon verksamhet.

Klienternas önskemål om sysselsättning styrs mycket av vad som erbjuds inom boendet. Flyttningen till gruppboende har inneburit många nya dagliga sysslor, som det tar tid att vänja sig vid. Ofta är det krav på att man, efter förmåga, skall hjälpa till med matlagning, disk, tvätt, städning och inköp, och dessa sysslor fyller dagarna för många. Finns det någon form av arbetsterapi i närheten av boendet, så täcks behovet av sysselsättning, anser många av de äldre.

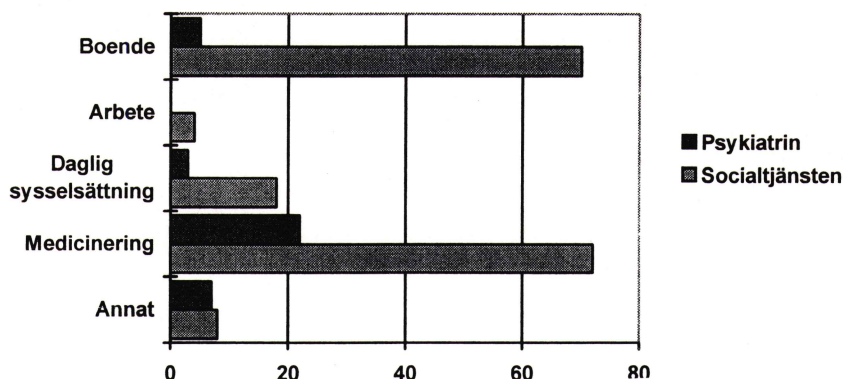
Stödinsatser för klienterna från socialtjänst respektive psykiatri

Det delade ansvaret mellan socialtjänst och psykiatri för de medicinskt färdigbehandlade, väckte farhågor under psykiatriutredningens arbete. Genom ändringarna i Socialtjänstlagen försökte man göra fördelningen tydlig.

Klientens uppgifter om vilket stöd han får från socialtjänst respektive psykiatri ges i figur 14.

Socialtjänstens insatser för de medicinskt färdigbehandlade domineras av medicinering och boende.

Figur 14. Klientens stöd från socialtjänsten resp psykiatrin.



Fyra av fem vårdhemsboende får sin medicin genom socialtjänstens försorg, dvs den förskrivs vanligen av vårdhemsläkaren och delas ut av vårdpersonalen. Psykiatrins insatser gäller främst de yngre både vad avser medicin och boende. Få klienter anser sig få stöd i daglig sysselsättning och arbete. Socialtjänsten ger detta stöd i högre grad än psykiatrin, och det är återigen de yngre som är föremål för psykiatrins insatser. Enligt biståndsbedömaren har 10% av klienterna insatser enligt LSS, ytterligare 2% har sökt men fått avslag. Enligt densamme har ca 16% av klienterna vårdats vid något tillfälle inom slutenvården efter att de blivit bedömda som medicinskt färdigbehandlade. 30% har haft kontakt med öppenvården.

Personalen - bakgrund och erfarenhet

85% av klienterna har en kontaktperson i kommunen som har mer än tre års erfarenhet av arbete med långvarigt psykiskt handikappade människor. Flera har 10-20 års erfarenhet, några har 30-35 års erfarenhet av sådant arbete. 81% av klienterna har skötare som kontaktperson, 8% har sjuksköterskor och 10% har hemvårdsbiträden.

Personal inom psykiatrisk slutenvård har ofta föreställningen att lyckade utslussningar till kommunen, beror till största delen på att psykiatrins folk har följt med "sina" patienter ut. De som följt med ut och som nu arbetar i olika boendeenheter, säger däremot att de

har lärt sig mycket av hemtjänstpersonalens sätt att arbeta med människor. De har stor vana vid att vistas i klienters hem, och de gör det med respekt och ödmjukhet.

Personal som vårdar psykiskt funktionshindrade bedömer oftast att patientens hjälpbehov är större än det patienten själv upplever. Detta kan bero på bristande sjukdomsinsikt hos patienten, men också på att vårdpersonalen är inställd på och har stor beredskap för att hjälpa till med det mesta.

När socialtjänstens anställda förvånas eller skräms av de nya klienternas enskilda öden och beteenden, kan de ha hjälp av psykiatrins förståelse och tolkning av det som sker. Det finns dock en tendens till att socialtjänstens personal tar över psykiatrins patientperspektiv. Detta kan leda till att attityder och förhållningssätt konserveras och att nya begrepp och synsätt inte utvecklas.

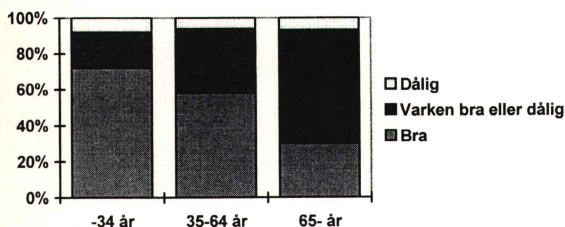
Har de psykiskt långtidssjukas situation förbättrats?

Vad har reformen betytt för de människor som har bedömts vara medicinskt färdigbehandlade? Vad säger den personal som har funnits och finns omkring dem? (Figur 15)

Många menar att det är för tidigt att utvärdera hela reformen. De flesta ur olika personalgrupper relaterar reformen främst till boende och sysselsättning. Få anser att den är dålig för patienterna/klienterna, men de flesta anser att den kommer för sent för dem som nu är äldre. För dem är trygghet viktigast och förändringar är oftast av ondo. För tre av fyra yngre anses reformen vara positiv. Reformen sägs vara varken bra eller dålig för den som bor kvar på samma ställe efter reformen.

85 % av klienterna har en kontaktperson i kommunen som har mer än tre års erfarenhet av arbete med långvarigt psykiskt handikappade människor

Figur15. Fördelningen Bra/ingen skillnad/dåligt för den enskilde klienten och ålder.



För några klienter har boendet blivit bättre samtidigt som det sociala livet och sysselsättningen har försämrats. För andra överskuggar de personliga problemen allt annat - även i en bättre bostad. Den som inte vill ta medicin på vårdavdelningen vill inte ta den i gruppboendet heller. Många är så fasta i institutionens vanor, att det kommer att ta tid innan någon förändring kan skönjas. Reformen har varit negativ för dem som har placerats i en gruppboendestad, men som har svårt att dra nytta av de fördelar som boendeformen innebär för att de är för sjuka. Alla har drabbats av de ökade kostnaderna för uppehållet.

Personalens visioner för klienten innehåller önskingar om mera tid för individuell social träning, och att de individuella behoven skall kunna beaktas i högre grad. Några behöver mera tid än andra och några behöver fastare ramar att hålla sig till. Det behövs resurser för att uppehålla och stödja det som personen själv uppskattar och ser som en utvecklingsmöjlighet. Studiebesök och träning på en arbetsplats bedöms som mycket värdefullt. Sjukgymnastik och kostråd från en dietist borde ingå i ADL- träningen.

DISKUSSION

Institutionaliseringsmönster

Under detta sekel har de stora institutionerna byggts och rivits - rivits åtminstone i symbolisk mening. Något annat har kommit i stället. Det är få, om någon, som önskar att de stora institutionerna skall återuppstå, därför är varje tecken till gamla institutionaliserings-

mönster värda att uppmärksammas. Det gäller även antydningar till nya miniinstitutioner - hopningar av bostäder för missbrukare, psykiskt funktionshindrade och utvecklingsstörda i ett och samma område. Är det en spegling av det övriga samhällets vidgade klyftor mellan olika grupper? Inhägnas de avvikande igen, men nu bakom osynliga stängsel?

Psykiatrin har alltid kategoriserat sina patienter på något sätt - genom diagnoser, vårdbehov, upptagningsområde, födelsedag - som har avgjort var man placeras inom institutionen. Förr placerade man patienter på lugnet, oron och stormen beroende på hur störande de var. De har kallats lättskötta, osnygga osv och delats in efter den bedömningen. Idag gör man på liknande sätt. Man placerar de psykiskt funktionshindrade i olika byggnader, korridorer eller våningsplan beroende på hur störande de är. Man delar in dem i kapabla och inte kapabla genom att anförtro nycklar eller portkod till några men inte till andra.

Nycklar, låsta dörrar och förbjudna områden har man som patient inom psykiatrin ett särskilt förhållande till. Den samling av svårt sjuka människor som de boende har upplevt på vårdavdelningarna, upprepas ute i gruppboendestaden, och de ansvariga försöker komma tillrätta med situationen på olika sätt.

Flera klienter nämner att de inte får vara i fred i sina lägenheter. Personalen har nycklar och kan ta sig in. Andra i gruppboendestaden kan också komma in objudna eller störa genom att ha radio och TV på med hög volym i sina intilliggande lägenheter. Personalen beskriver samtidigt den svåra balansgång de har att gå - hur länge kan man misstänka att något har hänt utan att ingripa, om den man väntar på inte kommer ut genom sin dörr?

Friare men fattigare

När klienterna berättar om vad utflyttningen från institutionen har betytt för dem, är det två saker som framträder tydligare än andra: deras frihet har ökat och ekonomin har blivit sämre. Frihetssymbolerna är nyckeln som går till den egna lägenheten, och ID-kortet som innebär att de själva kan ta ut pengar från banken. Båda faktorerna upplevs som väsentliga om man skall kunna leva ett mer självständigt liv. Känslan av frihet naggas i kanten av att omkostnaderna för boende och mat har ökat med ca 3-4000 kronor i månaden. De ekonomiska inkomsterna varje månad intecknas av fasta utgifter. Att prioritera tandläkarbesök efter många år med dålig tandstatus framför de dagliga cigaretterna, är ett stort steg

Personalens visioner för klienten innehåller önskingar om mera tid för individuell social träning, och att de individuella behoven skall kunna beaktas i högre grad

När klienterna berättar om vad utflyttningen från institutionen har betytt för dem, är det två saker som framträder tydligare än andra: deras frihet har ökat och ekonomin har blivit sämre

att ta i den situationen.

Det finns många exempel på att patienter får kontakt med gamla kunskaper i den nya miljön - kunskaper som de inte har haft användning för på institutionen och som därför har fallit i glömska. I en mer normaliserad tillvaro aktualiseras de igen.

Normalisering genom integrering

Att införlivas i normaliserade livsvillkor rör både psykiatrins patienter och andra grupper som har marginaliserats i vårt samhälle. Den psykiskt långtidssjuka är en individ som länge levt på institution, inom en auktoritär och hierarkisk organisation och en miljö som präglats av regler och förordningar. Därinne hade samspelet mellan patient och personal en specifik karaktär, som var funktionell i vissa avseenden i just den kontexten. Patienter som vårdas länge blir bärare av den kultur som sitter i institutionens väggar. Det gäller även personalen. På så sätt kan rutiner konserveras, och patienter och personal blir institutionens avtryck.

För många medicinskt färdigbehandlade patienter har förändringen varit stor och för andra är situationen densamma som före reformen. Att ingen förändring har skett, behöver inte betyda att det är en dålig lösning för den enskilde. I normaliseringsivern förbises ibland att för många, särskilt de äldre, kan livskvalitet innebära att ingenting förändras. Man kan lätt romantisera den "normala" miljön.

Det ställs redan krav på att de medicinskt färdigbehandlade skall följa den ordning som råder för andra, men reformen skapar inga underverk över en natt. Snarare är det väl så att en lång process har startat, som innefattar en mental omställning för alla som innefattas. Det gäller för samarbetet på alla nivåer, för personal som har bytt arbetsplats och -inriktning och för de patienter som nu benämns klienter, brukare, boende, deltagare eller något annat.

Samspelet mellan klient och personal är en process som påverkar deras agerande och handlingar. Små förändringar hos klienten i en riktning som vi betraktar som positiva ur ett normaliseringsperspektiv, och som

han/hon själv är nöjd med, är viktiga att notera. Förväntningar från personalen - låga eller höga - påverkar klienten, och det är bland annat i denna interaktion som lyhördhet från båda parter kan resultera i framsteg. Ökade krav på klienten kan resultera både i regrediering och växande. Utstötning och segregering är samhällsfenomen som motverkar integreringsmålet.

Samverkan

Personal inom psykiatri och socialtjänst är samstämmiga i uppfattningen om att de medicinskt färdigbehandlade är svårt sjuka människor med stora behov av stora stöd- och hjälpinsatser från både psykiatri och socialtjänst.

Samarbetet mellan psykiatri och socialtjänst fungerar bra i de mindre kommunerna, där man som regel känner varandra över institutionsgränserna och personalomsättningen är låg. I storstäderna (denna undersökning inkluderar dock ej Göteborg) framställer handläggarna sig som mycket pressade av en tung arbetsbörda i ett hårdnande ekonomiskt klimat. Interna omorganisationer riktar energin inåt mot institutionen själv, och orken att ta itu med sammanjämkningar mellan institutioner minskar.

Psykiatrins verksamhet har tydligare definierats som ett medicinskt fält efter psykiatireformen. Socialpsykiatriska insatser övertas alltmer av kommunerna och ingår i olika kommunala rehabiliteringsverksamheter. Vi använder oss av metaforer för att se de olika vårdgivarna i ett meningsfullt sammanhang. Vårdkedja är en sådan bild där alla har sin givna plats, och den enes arbete slutar där den andres börjar. Alla länkar i kedjan står för ett avgränsat ansvarsområde och samarbete krävs vid överlämnandet. Om länkningen upphör, stannar personen i kedjan upp eller faller ur systemet. Kedjemetatören kan leda tankarna fel när det gäller samarbetet runt de medicinskt färdigbehandlade patienterna. Tydligt åtskilda vårdområden är inte längre motiverade. *Vårdnät* kanske är ett mer adekvat begrepp för det integrerade samarbete som nu behövs.

Många ute i verksamheterna anser att förutsättningarna för en helhetssyn på de psykiskt funktionshindrade är större efter reformen. Kommunens handläggare anser att den gemensamma planeringen för de medicinskt

Psykiatrins verksamhet har tydligare definierats som ett medicinskt fält efter psykiatireformen

färdigbehandlade har gjort att de sociala behoven blivit tydligare. Inom psykiatrin ser man att mediciner behöver kombineras med sociala insatser. Tidigare var det svårt att få hjälp från psykiatrin för utskrivna patienter. Efter reformen är det lättare att kontakta varandra, eftersom det påbjudna samarbetet kring de psykiskt funktionshindrade har rivit barriärer på många håll i landet.

Samarbetsvägigheterna har sin långa historia - nu är samarbete den enda framkomliga vägen. Ute i verksamheterna pockar de dagliga konkreta problemen på sin lösning. De blir svåra att hitta om den hjälpbehövande människan delas upp i en social del och en sjukvårdsdel.

Allmänheten och reformen

Sverige har länge nationellt och internationellt ansetts som en solidarisk service- och hjälpinriktad stat. Under decenniernas gång har vårt synsätt förändrats om vilka institutioner som skall göra vad i detta arbete. I takt med en allmän medikalisering av livet och den medicinska institutionens starka ställning, har åtgärderna för ökad hälsa i stigande grad lagts på den enskilda individen med stöd från hälso- och sjukvården. För de människor som medicinen inte hittar någon bot, övergår ansvaret till andra samhällsinstitutioner. Medikaliseringen fortsätter under en annan huvudman.

Betalningsansvarslagen konstruerade en särskild grupp psykiskt funktionshindrade - de medicinskt färdigbehandlade. Begreppet är tekniskt administrativt och hör inte hemma någonstans utanför psykiatrin. Dessa patienter utgör inte en homogen grupp. Det de har gemensamt nu är långa vårdtider inom psykiatrisk slutenvård och ett stort behov av stöd och hjälp. De som kommer att skrivas ut till kommunal service och hjälp framöver kommer troligen att skilja sig i flera avseenden från patienter, som överfördes 1 januari 1995. De kommer att vara yngre och mindre hospitaliserade. Psykiatrins betoning på tidig intervention och den nödvändiga samordningen av psykiatrins och socialtjänstens insatser bör få positiva konsekvenser i form av gynnsamma prognoser och effektiva rutiner för samarbete.

Om psykiatrireformen skall lyckas måste syftet med den spridas - den angår allmänheten. Vi ingår i projek-

tet på så sätt att vi alla kommer att mötas på bussar, i tunnelbanan eller i kön på Konsum och ICA, posten och banken. Allmänhetens sätt att reagera på dessa människors beteende eller utseende är en aktiv faktor för hur integrerade och vanliga de kommer att känna sig. Vi har ingen vana vid att se och umgås med dem som varit isolerade på mentalsjukhus under decennier. De har varit borttagna ur vårt synfält och omvänt - de långtidssjuka har ingen vana att umgås med oss - deras huvudsakliga nätverk har utgjorts av medpatienter och personal inne på institutionen. Reformen innebär en dubbel anpassning, en ömsesidig process som utspelas i ett gemensamt socialt rum. Fysisk integrering är inte detsamma som social integrering. Reformen var kanske inte tänkt att omfatta allmänheten, men allmänhetens attityder kommer ändå att påverka reformens effekter. Det är den allmänna meningen snarare än lagverket som är av betydelse.

En ny kunskapsbas håller på att byggas upp ute i landet. Delvis nya yrkesroller är också på väg att utvecklas inom de kommunala verksamheterna, då inslaget av personal med psykiatrikompetens utökas. Synergieffekten av psykiatri- och socialtjänstkompetens kommer förhoppningsvis att bli positiv för de psykiskt funktionshindrade. Allmänhetens roll i den delvis nya sociala miljö som psykiatrireformen har skapat, kommer också att innefattas i kunskaperna.

Förutsättningar har skapats för att en meningsfull rehabilitering av de psykiskt funktionshindrade skall kunna ske. De stora institutionernas rutiner som har präglat dessa människors liv så länge är i praktiken bruten för många av dem, men även i fortsättningen kommer de att ha olika professioner omkring sig, och andra funktionshindrade människor kommer att utgöra en stor del av deras nätverk.

Slutsatser

- 1 De medicinskt färdigbehandlade patienterna inom psykiatrisk slutenvård kan delas in i två grupper: a) de äldre med långa vårdtider och stabil funktion och b) yngre med relativt lång vårdtid, svår störning och instabil funktion. De medicinskt färdigbehandlade kommer framöver att huvudsakligen utgöras av grupp b.
- 2 Begreppet "medicinskt färdigbehandlad" uppfattas

Om psykiatrireformen skall lyckas måste syftet med den spridas - den angår allmänheten

som godtyckligt inom kommunerna och tremånadersgränsen som en konstruktion.

3 Utslussningen har fungerat bättre i landsorten än i storstadsregionerna.

4 Samverkan mellan psykiatri och socialtjänst måste förbättras. Samplaneringen fungerar bäst i kommuner som har anställt personal med erfarenheter från psykiatri eller specialutbildat en socialtjänsthandläggare som företrädar kommunen i psykiatriärenden.

5 En stor del av de medicinskt färdigbehandlade är fortfarande kvar på institution (vårdhem).

6 Det finns en risk att institutionstänkandet fortsätter i de nya boendeformerna.

7 Steget från institutionsboende till eget boende är stort. Mellanstationer krävs då klienten sviktar. Alternativet är intagning i sluten vård.

8 Steget mellan sysselsättning och arbete är också stort. Mellanformer måste utvecklas.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Aktuella nummer kring äldreomsorgen

Skador bland äldre - förekomst, orsaker, prevention (1/94)

Ur innehållet:

Marianne Winqvist: **Att åldras på gott och ont**

Anders Åberg: **Olycksfall bland äldre**

Ingemar Sernbo: **Patientbeskrivning och konsekvens av höftfraktur**

Yngve Gustafson m fl: **Fallolyckor och frakturer inom äldre vården**

Harmet Sjögren, Ulf Björnstig: **Översikt över skador bland äldre med särskild betoning på hemmiljö och skadekostnader**

Dan Mellström, Olof Jonell: **Prevention av osteoporos hos äldre och fraktur-rehabilitering**

Agneta Ståhl, Monica Berntman: **Gaturummet - en riskfaktor för äldre i samhället**

Margareta Möller: **Fysisk träning i syfte att förebygga benskörhet**

Maj Ader: **Skadeprevention i praktiken**

Etnicitet, åldrande och hälsa (7-8/96)

Det här temanumret av Socialmedicinsk tidskrift har tagit på sig uppgiften att granska det sunda förnufts moderna myter om åldrande, etnicitet och hälsa. En växande forskning reviderar dessa myter på flera punkter. Sociologer och etnologer visar hur de gamla blandar svenska och utländska identiteter. Medicinare visar att de gamla invandrarnas fysiska hälsa liknar svenskars. Planerare visar att bland äldre invandrare söker sig flertalet till svenska vård- och omsorgsmiljöer. Studier av äldre invandrare lär oss dessutom mycket om hur planeringen och styrningen av den svenska äldreomsorgen går till.

Temanumren kan beställas hos redaktionen: Slåttervägen 38, 178 37 Ekerö. Fax 08-560 301 21