

Institutionen för samhällsvetenskap
Social omsorgsvetenskap
Institutet för Kvalitets- och Utvecklingsarbete

Marit Grönberg Eskel

HumanTeknik, omvärld och lokalsamhälle

utvärdering av projektet HumanTeknik, Psykiska funktionshinder och hjälpmedel

Delrapport 3
November 2002

1. Inledning och bakgrund

1.1 Inledning

Detta är den tredje delrapporten i utvärderingen av projektet HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel. Projektet HumanTeknik bedrivs av Hjälpmedelsinstitutet (Hi), Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) samt Intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykoser (Schizofreniförbundet) och en del av detta projekt bedrivs i samverkan med Karlstads kommun och Landstinget i Värmland. Medel för projektet är beviljade av Allmänna arvsfonden och en del av dessa är avsatta för den utvärdering som ligger till grund för denna rapport.

1.2 Projektet HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel

Projektet HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel, består av flera delar där den största delen av projektet är förlagt till Karlstad. Den del som är placerad i Karlstad har en praktisk inriktning och handlar främst om att förmedla och prova ut IKT baserade hjälpmedel till personer med psykiska funktionshinder, företrädesvis i det egna hemmet. Syftet med projektet är ”att ta fram kunskap och hjälpmedel/bostadsanpassning för personer med psykiska funktionshinder och dokumentera den så att kunskapen kan användas i den egna kommunen/landstinget och av andra kommuner/landsting” (Projektbeskrivning).

Projektet HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel har sin bakgrund i ett tidigare projekt som bedrevs av Hjälpmedelsinstitutet (Hi) och som var förlagt till Kristinehamn. Projektet hette ”Datorn som arbetsterapeutiskt redskap” och resultatet spreds via bland annat via kurser till hela landet. Efter psykiatrireformen 1995 (se 4.2) inkom frågor till Hi angående vad de gjorde när det gällde hjälpmedel till personer med psykiska funktionshinder, och ansvariga på Hi genomförde en kartläggning över vad som fanns i landet gällande pågående projekt. En större inventering gjordes med hjälp av stöd från Allmänna arvsfonden samt att en ansökan även gjordes för ett mer omfattande projekt med syfte att prova hjälpmedel i hemmet: HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel.

Projektet skall 1) utarbeta en fungerande modell för hur hjälpmedel kan erbjudas personer med psykiska funktionshinder, 2) dokumentera erfarenheter av nya sätt att bidra till en meningsfull sysselsättning, 3) ge stöd till utveckling av hjälpmedel, 4) bidra till fördjupad kunskap om vad god bostadsmiljö och arbetsmiljö kan innebära i praktiken samt lyfta fram exempel på bra miljöer, 5) ta fram kunskap om målgruppens situation vad gäller hjälpmedel som kompenserar andra funktionshinder än det psykiska, 6) sprida resultatet från projektets olika delar samt 7) utvärdera projektet (Projektbeskrivning). För den del av projektet som är förlagd i Karlstad gäller framför allt punkterna 1, 4 och 6.

Den del som är förlagd i Karlstad har sin organisatoriska hemvist under Avdelningen för socialpsykiatri inom socialtjänsten som i sin tur är placerad under socialförvaltningen.

1.3 I rapporten använda begrepp

Jag kommer genomgående att använda mig av begreppet psykiskt funktionshindrad när jag åsyftar de personer som befinner sig i målgruppen, undantagsvis då jag gör den historiska beskrivningen. Anledningen till det är att man i historiska beskrivningar oftast väljer att använda de begrepp som är tidstypiska, vilket även jag kommer att göra till stor del. När jag avser de personer som ingår i den specifika brukargruppen för HumanTeknik i Karlstad benämner jag dessa brukare eller deltagare. De personer som arbetar i projektet benämns projektmedarbetare eller projektgrupp.

1.4 Rapportens disposition

Denna rapport berör bland annat psykiatrins utveckling i Sverige. Jag har även med en kort beskrivning av de nationella handlingsplanen för handikappolitiken samt den lokala planen för handikappolitiska åtgärder då de psykiskt funktionshindrade numer ingår i handikappgrupperna. De organisationer jag valt att beskriva har representanter i den lokala styrgruppen och de verksamheter som beskrivs har i någon mån anknytning till deltagarna i projektet. De har även relevans eftersom de belyser hur vissa av aktiviteterna ser ut i Karlstads kommun som riktar sig till personer med psykiska funktionshinder.

Följande stycke beskriver denna rapports syfte och den åtföljs av ett avsnitt som beskriver utvärderingen. Därpå följer en beskrivning av metoden som använts för denna delrapport. Därefter börjar beskrivningen av det egentliga resultatet. En beskrivning av samhällets stöd till personer med psykiska funktionshinder görs. Sedan följer en redogörelse över projektgruppens verksamheter sedan förra delrapporten i juli 2002 (Grönberg Eskel 2002b). Därpå följer en avslutande reflektion.

2. Syfte

Det finns två parallella syften med denna tredje delrapport. Det första syftet handlar om att beskriva hur samhällets stöd till personer med psykiska funktionshinder ser ut och har sett ut under tid, belyst ur ett lokalt men även ett centralt perspektiv. Det andra delsyftet rör projektgruppens arbete under den senaste tiden.

3. Utvärdering

3.1 Att utvärdera

En utvärdering kan definieras som ett systematiskt sätt att söka information om hur en verksamhet lyckas nå målen eller hur den fungerar (SoS- rapport 1994:139 s 13). En resultatinriktad utvärdering fokuserar främst på att studera huruvida verksamheten har nått de uppställda målen (a.a.).

I en processinriktad utvärdering fokuseras arbetet på att följa, observera och tolka vad som sker i projektet. Här kan utvärderaren förmedla förståelse för vad som skett och varför, vilket inte är tydligt i en målinriktad utvärdering (Jerkedahl, 2001).

I en utvärdering används två moment: att systematiskt insamla data och att värdera det insamlade datamaterialet. Insamlingen, eller granskningen, görs genom exempelvis enkäter, intervjuer eller observationer. Värderingen görs utifrån den insamlade datan som analyseras genom de teorier som anser vara lämpliga i det specifika fallet (Eriksson och Karlsson 1998).

Om utvärderingen är tänkt att ligga till grund för en utveckling av en verksamhet räcker det inte att använda den traditionella modellen med resultatutvärdering utan man behöver även studera processen, dvs. göra en processutvärdering.

3.2 Denna utvärdering

I det utvärderingsuppdrag som ligger till grund för utvärderingen av HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel, beskrivs utvärderingen bestå av tre huvudkategorier. Dess huvudkategorier utgörs av : Struktur, Process och Resultat. Strukturkategorin belyser projektets framväxt och arbetsformer, men även vilka som ingår i målgruppen, både i stort och i lokalsamhället. Här finns även en beskrivning av samhällskontexten, hur ser det lokalsamhälle ut som de psykiskt funktionshindrade lever i och möter?

Processkategorin handlar främst om den grupp som deltar i projektet. Det görs en fortlöpande dokumentation kring dessa personers vardagsliv och efter tid kan en jämförelse göras: dvs. vad har skett? Syftet med projektet är just att se hur långt man kan komma, och det finns inga klara målsättningar för hur resultatet skall se ut. Därför är denna kategori extra spännande men även svår då inga målsättningar finns för deltagarna som det går att mäta resultatet mot. En resultatmätning får därför göras över tid och för varje individ.

Resultatkategorin belyser de två ovanstående kategorierna men med den skillnaden att denna typen av mätning/dokumentation görs i efterhand, dvs. efter det att projektet är avslutat. Här kan olika former av mätinstrument användas, men även den dokumentation som fortlöpande skett under projekttidens gång kommer att användas. En form av kostnad- nytto studie kommer att göras, dvs. kan projektets kostnader uppvägas mot den nytta projektet skapat? Dels för den enskilde men även för samhället (Utvärderingsplan, Karlstads universitet 2001).

Dessa tre ovanstående kategorier utgör grundstommen i utvärderingen av projektet HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel. De olika delrapporter som skrivs görs utifrån olika teman. De tidigare har beskrivit dels projektets bakgrund och inledande verksamhet, dels brukargruppen. Denna delrapport kommer att belysa samhällskontexten i ett större sammanhang. Den innehåller en övergripande historisk beskrivning, men även en mer konkret beskrivning av verksamheter som finns för personer med psykiska funktionshinder i Karlstad.

För utförligare beskrivning för utvärderingens metod i övrigt se Grönberg Eskel 2002a samt Grönberg Eskel 2002b.

3.3 Metod för denna delrapport

Anledningen till att jag även söker information om den lokala kontexten är att projektet HumanTeknik inte är en enskild företeelse opåverkad av omgivningen. Projektet finns i ett sammanhang och i och med placeringen i Karlstad påverkas projektets innehåll av de verksamheter som finns just i Karlstad. Eftersom kommunerna ansvarar för en stor del av stödet till personer med psykiska funktionshinder ser förutsättningarna olika ut i olika kommuner. Det gör att en lokal beskrivning av de befintliga verksamheterna är nödvändig för att kunna förstå projektets förutsättningar, och för att i en förlängning kunna använda/överföra projektets resultat i/till övriga kommuner i Sverige.

3.4 Datasamling

Denna delrapport fokuserar främst på verksamheter för personer med psykiska funktionshinder både idag och ur ett historiskt perspektiv. Data är inhämtad dels från litteratur som i fallet med den historiska tillbakablicken, men även utifrån samtal med representanter för de olika verksamheterna samt hemsidor och annat skrivet informationsmaterial. Eventuella förändringar kan ha skett i och med att data är insamlad under en längre tid och jag därför inte garanterar att alla data är fullständiga. Verksamhetsutveckling sker fortlöpande i kommunen och i landstinget och innehållet i de olika verksamheterna förändras över tid. Vid beskrivningen av projektets förlopp är data insamlade dels via observationer, när jag varit närvarande och via intervjuer med medarbetarna i projektet.

4. Samhället och de psykiskt funktionshindrade

4.1 Psykiatris utveckling i Sverige

Personer som är psykiskt sjuka har under lång tid betraktats som avvikare av det omgivande samhället. Hur vården/omsorgen om dessa personer har sett ut har förändrats över tid. Det vi idag definierar som en psykisk åkomma har tidigare som exempel definierats som en besatthet eller ett djävulens verk vilket kunde avhjälpas med hjälp av prästers utdrivning, sk exorcism (Nyström, 1999). Hur omhändertagandet har sett ut för dessa personer har förändrats från att man under 1700-talet vårdade de psykiskt sjuka i hemmet till att under 1800-talet skapa institutioner som de psykiskt sjuka hänvisades till.

Under 1500-talet bestämde Gustav Vasa att de gamla och sjuka, både somatiskt och psykiskt, som bodde på det gamla Gråmunkeklostret i Stockholm skulle flyttas till Danviken som låg utanför staden och orsaken härtill var troligtvis att hålla de sjuka på rättmätigt avstånd (Ronnby (red) 1993). Man visste mycket lite om sjukdomars uppkomst och var därför rädd för smitta.

Under 1700- och början av 1800-talet utfördes en stor del av behandlingen av lekmän. Det fanns förvisso läkare men de var få till antalet och deras behandlingar bestod ofta av åderlätningar och lavemang (Topor i Topor (red) 1996). Det var först under 1800-talet som de sinnessjuka började definieras som en egen grupp bland alla dem som lästes in på hospital. Det byggdes stora centralsjukhus för sinnessjuka och 1823 bestämdes denna åtgärd via ett riksdagsbeslut. Under det tidiga 1800-talet

genomsyrades behandlingen av ett pedagogiskt och socialt inriktat synsätt. De som insjuknat behövde tid i en annan miljö än där de blivit dåliga, sk "moral treatment", och skulle på hospitalet få den möjligheten. I slutet av 1800-talet tillsattes två professorer i psykiatri och det medicinska perspektivet kom allt mer att läggas på sinnesjukdomen, dvs att det ansågs att sjukligheten satt i den enskildes hjärna och inte orsakades av den omgivande miljön. Det är under denna tid som vi börjar använda oss av medicinska termer när vi beskriver psykiatriska tillstånd (a.a.).

Vid sekelskiftet ökade antalet placeringar på hospital. Fram till år 1890 var antalet inspärningar relativt lågt och antalet personer som var inlåsta låg på ca 1000 personer om året, men efter år 1890 skedde en förändring. Successivt ökade antalet intagningar och år 1910 var ca 8000 personer intagna på hospital. Antalet personer på institution ökade konstant under 1900-talet och när de statliga mentalsjukhusen överfördes till landstingen år 1967 fanns det ca 26 500 patienter på mentalsjukhus. Totalt fanns det 35 000 patienter inom den psykiatriska slutenvården (Forsberg 1994). När det medicinska perspektivet väl slagit igenom försökte man att förklara de flesta tillstånd på medicinsk väg.

1950 och 60-talet var ekonomiskt gynnsamma år i Sverige och det byggdes nya mentalsjukhus på flera orter (Grünwald 2000). Ansvaret för mentalsjukhusen låg hos staten, men ansvaret för de psykiatriska klinikerna låg hos Landstinget. Det delade huvudmannskapet utsattes för kritik och 1967 beslutades att allt ansvar skulle läggas på landstingen.

Under 1960-talet riktades kritik mot den traditionella psykiatriska vården. Under samma tid kom sociologen Goffman med kritik mot de "totala institutionerna" som han menade var destruktiva och nedbrytande för de människor som fanns där (1983). Kännetecknande för en total institution är bland annat den totala frånvaron av ett eget jag, det vill säga att individen inte kan ge uttryck för sin egen person. Dock hade Goffman sett att de personer som visats i en total institution finner på strategier att undvika de regler och rutiner som är påtvingade dem via personal. Bland annat undvek de boende vissa rutiner och skaffade sig fördelar genom att ta sig an en uppgift, exempelvis genom att arbeta i någon form av terapiverksamhet eller annat uppdrag för att på så sätt skaffa sig en extra förmån (a.a.).

Men även den psykiatriska vårdens ideologi ifrågasattes och begreppet psykiskt sjuk kom att diskuteras. Thomas Szasz menade att begreppet psykisk sjukdom var missvisande och felaktigt då det relaterade till en biologisk orsak och inte en social och psykologisk som han menade är det rätta. Det finns två typer av mänskliga problem som vi måste skilja på. Dels de somatiska problemen som beror på rubbningar inne i organismen och dels de andra, som vi inte kan kalla för sjukdom eftersom de inte uppvisar dessa inre rubbningar (Forsberg 1994).

Med de stora mentalsjukhusens ändrade arbetssätt kom de psykiatriska klinikerna på sjukhusen att betyda allt mer för patientgruppen. Det var under denna tid som begreppet kontaktperson kom att börja användas. På Ulleråkers sjukhus myntades begreppet för första gången under 60-talet. Det spreds sedan vidare till de flesta behandlande institutioner (Nyström, 1999). Idag finns inga mentalsjukhus kvar och antalet platser inom den psykiatriska slutenvården har minskat markant. Orsaken därtill är bland annat att det tillkom flera olika metoder att dämpa patienternas utagerande beteende och svåra symptom.

Under 50-talet utvecklades psykofarmakan och medicineringen blev alltmer effektiv och fick ett stort genomslag under denna tid (Topor i Topor(red) 1996). De symptom som tidigare krävt tvångsinlåsning kunde bland annat med hjälp av de nya läkemedlen dämpas så pass mycket att institutionsvård inte längre behövdes i samma utsträckning. Forsberg (1994) uttrycker det som att "Kontrollen av patienterna fanns nu inbyggd i deras kroppar genom läkemedlen".

År 1967 startades RSMH som en reaktion mot bland annat de stora mentalsjukhusen och den behandling som försiggick där. Tidsandan gjorde att förändringar startade. Under den påföljande 20-års perioden minskade antalet vårdplatser med 40 % inom psykiatrin, och då främst inom mentalsjukhusen. Stora förändringar skedde men samhället var inte förberett på vad som hände. Alternativa vårdformer var svåra att starta och många personer hade ett behov av stöd och hjälp som inte gavs inom den psykiatriska vården (Printz, 2001). Andra argument som hördes mot psykiatrin var bland annat motståndet mot inlåsning som behandling. Redan 1982, innan socialtjänstlagen trädde i kraft, skrev socialstyrelsen att psykiatrin inte bör svara för boende och sysselsättning för personer med långvarig psykisk störning utan att det borde vara uppgifter för socialtjänsten vilket var vad som skedde senare (Topor i Topor (red) 1996)

4.2 Psykiatireformen

Efter socialtjänstlagens tillkomst 1982 som gav kommunerna större ansvar gällande bland annat boende och sysselsättning för de psykiskt funktionshindrade genomfördes år 1989-1992 en utredning gällande psykiatrin, psykiatriutredningen (SOU 1992:73). I utredningen tog man fasta på att de psykiskt störda personerna själva, med rätt stöd, skulle kunna finnas lösningar på de problem individen hade. Utredningen visade på brister i de verksamheter som fanns och utredningen rekommenderade att kommunerna skulle ges ett ökat ansvar för stödet till målgruppen (Nyström 1999).

Regeringen beslutade genomföra en reform gällande vård och omsorg om personer med psykiska funktionshinder, psykiatireformen, vars genomförande påbörjades 1995. Psykiatireformen syftade till att tillförsäkra psykiskt funktionshindrade bättre levnadsvillkor och ett bra socialt liv i samhället genom ökad delaktighet, bättre vård och socialt stöd. Från och med 1995 har kommunernas betalningsansvar utökats till att gälla de "medicinskt färdigbehandlade med psykiska funktionshinder", dvs de personer som inte blir sämre av ett lägre omhändertagande. 1999 publicerades en utvärdering av den påbörjade/genomförda reformen. Utvärderingen hade genomförts av Socialstyrelsen på regeringens uppdrag. Utvärderingen visade att mycket hade hänt men att det även fanns mycket kvar att göra. Materialet till utvärderingen bestod av ett antal underlagsrapporter som gjorts i flera kommuner. Brister fanns bland annat i samverkan mellan landsting och kommun vid utskrivning från kliniken. Det fanns även svårigheter när det gäller insatser via Lagen om Stöd och Service, LSS (SFS 1993:387) (Socialstyrelsen 1999:1).

I reformen förutsattes även denna grupp funktionshindrade vara berättigade till insatser via LSS men det har visat sig att kriterierna för insatser är svåra att tillämpa beroende på målgruppens särskilda behov. Den kritik som riktas mot de befintliga verk-samheterna och som främst kan kopplas till projektet HumanTeknik är området rehabilitering och sysselsättning. Det visade sig att de rehabiliteringsinsatser som

främst genomfördes oftast var riktade mot ett arbetsliv vilket inte alltid är aktuellt för målgruppen (a.a.)

I Värmland skapades en länsorganisation med en samordnare anställd. De insatser som gjordes i enlighet med psykiatrireformen fördelade sig med i stort sett lika stora delar för boende, sysselsättning och utbildning. Den utvärdering som genomfördes i Värmland konstaterar att psykiatrireformen haft ett genomslag, men att det saknas en fullständig kunskap om gruppen psykiskt funktionshindrade. De verksamheter som finns i länet ansågs fungera väl av utvärderarna (Eriksson & Blomberg 2000).

En central uppgift för psykiatrireformen är den förändrade begreppsanvändningen. Från att tidigare använt begreppet psyksikt sjuk används idag begreppet psykiskt funktionshindrad för personer som ej längre är i behov av psykiatrisk vård. Var gränsen mellan psykiskt sjuk och psykiska funktionshinder går är idag föremål för diskussion men enligt Grünwald (2000) är alla personer som är psykiskt sjuka även funktionshindrade. De flesta som blir psykiskt sjuka tillfrisknar helt, men det finns en del som stannar upp i tillfrisknandet och fortsatt behöver stöd av den öppna psykiatrin och det kvarstår vissa funktionshinder (a.a.).

4.3 Nationell handlingsplan för handikappolitiken

Socialdepartementet utformade år 2000 en nationell handlingsplan för handikappolitiken. Handlingsplanen trycker på att handikapperspektivet skall genomsyra alla samhällssektorer samt att tillgängligheten inom de flesta områden skall öka för personer med funktionshinder. De nationella mål som regeringen lägger fram är:

- en samhällsgemenskap med mångfald som grund,
- att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet,
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.

Det handikappolitiska arbetet skall inriktas särskilt på:

- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder,
- att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionshinder,
- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande (prop 1999/2000:79 s. 23).

Utöver dessa ovanstående målsättningar finns även tre arbetsområden som regeringen anser bör prioriteras under de närmsta åren och de är: att se till att handikapperspektivet genomsyrar alla samhällssektorer, att skapa ett tillgängligt samhälle samt att förbättra bemötandet (a.a. s. 29)

4.4 Lokalsamhället Karlstad och de psykiskt funktionshindrade

4.4.1 Lokalsamhället Karlstad

Karlstad är en mellanstor svensk kommun som ligger vid Vänerns övre strandkant och tillika residensstad i Värmlands län. Karlstad grundades 1584 av Karl IX, men två större bränder har ödelagt stora delar av Karlstad under historien. I Karlstad bor det för närvarande ca 80 000 personer och befolkningsförändringen är positiv, dvs. antalet innevånare ökar. Mellan åren 1995-2001 var ökningen av antalet innevånare 1,7 %. Karlstad kommun har en vision om att antalet innevånare skall uppgå till 100 000 personer och flera stora instanser, bland annat Karlstads universitet och Landstinget i Värmland, genomförde tillsammans med Karlstads kommun en kampanj vars främsta syfte var att öka Karlstads befolkning och då genom framför allt inflyttningar.

När det gäller de olika arbetstillfällena som finns i Karlstad så har området handel och kommunikation det största antalet med ca 25 %. Därefter följer områden som vård och omsorg med ca 19 %, företagstjänster och finansiell verksamhet med ca 14 % och tillverkning och utvinning med ca 13 %. Skillnaden till övriga landet ligger främst i området för tillverkning och utvinning där Karlstad har en lägre andel än snittet i Sverige som ligger på ca 18 %. Karlstad har större andel handel och kommunikation samt vård och omsorg än snittet för övriga landet (källa: SCB i omvärldsstudien, Karlstad kommun).

I Karlstad finns det en planering om nybyggnation av hyresbostäder då det finns en viss brist. En tredjedel av karlstadsborna bor i villa och siffrorna för övriga Sverige är 22 %. Antalet störningsanmälningar och vräkningar har ökat under år 2001 vilket innebär att Karlstads kommun har ett behov av att finna nya lösningar för personer som stör sina grannar. En orsak till att anmälningarna ökat anser vara att personer med svåra psykiska störningar bor i eget boende (Omvärldsstudien, Karlstads kommun).

Karlstad kommun arbetar utifrån fyra profilområden där möjligheter till utveckling anses vara mest gynnsam. Dessa områden är Universitetsstaden, Skogshuvudstaden, Tjänstestaden samt Besöksstaden. Karlstad universitet är ett relativt nytt universitet som ständigt ökar antalet studenter vilket innebär ett ökat antal innevånare i kommunen. Skogsindustrin har länge varit en viktig del av Värmlands och Karlstads industri och flera stora skogsföretag arbetar i Karlstad. Karlstad som tjänstestad baseras sig framför allt på det stora antal IT företag som etablerat sig i Karlstad. Dock har det i Karlstad likväl som på andra orter i Sverige varit en besvärlig tid under de senaste åren, men trots detta startades fler IT företag under 2002 än vad som lades ned.

Karlstad kommun är den största arbetsgivaren i Karlstad med ca 6500 anställda, vara de flesta inom de mjuka sektorerna som skola, vård och omsorg om olika målgrupper. Kommunens anställdas medelålder har stigit under ett antal år, och är idag ca 44 år. Det kommer att under den närmaste tioårsperioden behövas ytterligare 100 årsarbetare i Karlstads kommun. Utöver dessa nyanställningar kommer även ca 3000 personer att sluta vilket leder till att ytterligare rekrytering kommer att vara nödvändig. (Uppgifter hämtade från www.Karlstad.se)

4.4.2 Landstingspsykiatri

En stor omorganisation har genomförts under det senaste året, med en förändring dels utifrån den nationella handlingsplanen för hälso och sjukvården men även utifrån vissa sparbetning.

Den nya organisationen (se bilaga) består av en länsverksamhetschef samt sju sektorschefer som ansvarar för öppenvård samt slutenvård. Dessa personer utgör den nya länsledningsgruppen (inklusive utvecklingsledare). Det innebär att den gamla indelningen efter disktrikt har tagits bort och att man nu arbetar med att utforma länsgemensamma rutiner för verksamheten. Under vissa av sektorscheferna befinner sig teamcheferna som mer ansvarar för den operativa verksamheten på lokal nivå.

I Karlstad finns som tidigare Öppna rehabiliteringsenheten samt verksamheten vid psykiatriska kliniken. Dock har stora förändringar skett sedan den tidigare beskrivningen (Grönberg Eskel 2002a). De lokaler som psykiatrivetsamheten har varit förlagd till har nu tömts till stora delar och verksamheten har flyttat in till stadskärnan. För närvarande finns endast team A och team B samt administration kvar vid centralsjukhuset, men då de är placerade i en icke stationär paviljong utanför själva huvudbyggnaden kommer även dessa att flytta när lämplig lokal finnes.

I Karlstad har avdelningar och andra verksamheter flyttats till bland annat en byggnad som tidigare var ett äldreboende. Tre våningar upptas nu av psykiatrivetsamhet där det finns dels en rehabiliteringsavdelning, en dagvårdsavdelning samt en avdelning för arbetsterapi. Ljusterapibehandlingen är även den placerad i dessa lokaler. Ytterligare en vårdavdelning samt jourmottagning/rådgivning skall flyttas till en lokal utanför centralsjukhuset. Sammantaget innebär denna omorganisering att antalet slutenvårdsplatser idag uppgår till 56 för länet.

Den psykiatriska verksamheten är idag mer än tidigare inriktad på vård och behandling i hemmet, vilket följer naturligt på den förändring som skett. Förändringen gäller inte enbart lokalerna utan även det innehåll som vården skall ha. I enlighet med den nationella handlingsplanen för Hälso och sjukvård har man utökat de öppna vårdformerna (prop 1999/2000:149). Bland annat finns det idag i Karlstad mobila team som stöttar patienter i hemmet, framför allt vid akuta tillstånd. Man har även roterande omvårdnadsteam som mer stöttar de patienter som redan har en påbörjad behandling och dessa team utför till större delar planerade insatser. De roterande omvårdnadsteamerna blir på så sätt en "mellanform" mellan inläggning på avdelning och att klara sig själv. Öppna rehabiliteringsenheten (ÖRE) finns kvar i den tidigare formen, men då de endast stöttar patienter med psykoser fanns ett behov av de roterande omvårdnadsteamerna för övriga patientgrupper.

4.4.3 Karlstads kommun.

I Karlstads kommun finns verksamheterna för personer med psykiska funktionshinder under Avdelningen för SocialPsykiatri, ASP. ASP finns organisatoriskt under socialförvaltningen. På ASP har det under det senaste året förekommit en omorganisation i verksamheten. Avdelningen har valt att inrikta sig alltmer på fritidsaktiviteter och sysselsättning utanför hemmet för personer i målgruppen, istället för de mer traditionella hembesöken. I denna förändring har det skett en omflyttning av personal, från boendeenheter till sysselsättningsenheter, med påföljd

att arbetsgrupperna förändrats. Det har nu startats cityteam/citygrupper som arbetar med personer i deras egna hem. Tidigare stöttade boendepersonal även de personer som inte bodde i den direkta verksamheten utan i omgivningen, men idag är det särskild personal som arbetar i de egna hemmen.

ASP skall även arbeta med att tydliggöra de arbetsuppgifter som finns på avdelningen genom att utveckla verksamhetsplaner och uppdragsbeskrivningar. Att utveckla personliga planer för brukarna är också något som är på gång. Man arbetar även utifrån tanken att förstärka aktivering och sysselsättning för brukarna vilket tydligt visar sig i och med att citygruppen bildats. Citygruppen har sin placering centralt i Karlstad i samma lokaler som fritidsverksamheten Broa är placerad. Broa håller öppet på kvällstid. Där finns aktiviteter av olika slag i lokalen men även möjlighet att tillsammans fara iväg på andra aktiviteter om besökarna önskar.

Det finns dag fyra gruppboenden samt tre kvartersboenden inom ASP. Utöver detta finns även citygruppen som arbetar med boendestöd och aktivitet samt Brillianten och Spegeln, de två verksamheter som arbetar med sysselsättning. Spegeln är en verksamhet som riktar sig mot sysselsättning. Bland annat ger man ut en tidning samt utför andra aktiviteter såsom matlagning och snickeri. Målsättningen med Spegeln är att bryta isolering och att skapa nya kontakter för deltagarna genom en struktur på dagen samt en trygg miljö.

Brillianten är en verksamhet som finns i Karlstad med som bedrivs som ett kooperativ. Det är en ekonomisk förening som bildades 1990 och som sedan dess har haft en aktiv verksamhet. Målsättningen med verksamheten är att bereda meningsfull sysselsättning och gemenskap åt personer med psykiska besvär och som inte varit i yrkeslivet under en längre tid (www.skoopi.com/brillianten). Bland annat sysslar medarbetarna på Brillianten med cykelreparationer, vävning samt legoarbeten åt olika företag. Det lagas mat och bakas åt medlemmarna som finns i lokalen. För att bli medlem krävs bland annat en viss arbetsinsats men det finns medarbetare som inte är medlemmar men som ändå har sin sysselsättning förlagd på Brillianten. Arbetet finansieras dels av Karlstads kommun men även via den försäljning som sker samt de arbeten de utför åt olika företag.

Tanken att starta ett arbetskooperativ för personer med psykiska funktionshinder kom redan 1985, men det tog sedan ett antal år att genomdriva förslaget. Det var då ovanligt med brukarstyrda kooperativ i Sverige, och det är fortfarande ingen vanlig verksamhet.

Vad det gäller den omorganisering som nu pågår och som pågått en tid planerar avdelningen för ytterligare utbildning för den brukarnära personalen. Dels har avdelningen intern utbildning för personalen men det är även inplanerade utbildningsdagar tillsammans med personal från landstingets psykiatri framöver.

Det har även genomförts gemensamma utbildningsdagar tillsammans med ÖRE, då man undervisar personalen bland annat i "Ett självständigt liv", ESL, en metod som bygger på Robert Liebermans "social skills training". Kärnpunkten i ESL består i att egna och andras erfarenheter sammansmälts i ny kunskap med hjälp av övningar (<http://home.swipnet.se/skills/esl.html>)

4.5 Plan för full delaktighet

Kommunfullmäktige i Karlstad kommun antog i juni 2002 en plan för full delaktighet och handikappolitiska åtgärder. Den beskriver hur Karlstads kommun skall arbeta med handikappfrågor mellan åren 2002 till 2005. Visionen med handikappfrågorna är att "Karlstad skall vara en kommun med lika rättigheter, möjligheter och skyldigheter för alla medborgare" (Plan för full delaktighet, 2002 s.4). Karlstads kommun utgår från det miljörelaterade handikappbegreppet, dvs att handikapp uppstår i relation till omgivningen.

Planen är framtagen utifrån FN:s standardregler och tio arbetsgrupper har under vintern 2001 arbetat med att ta fram konkreta åtgärdsförslag. I grupperna fanns dels representanter från handikappföreningar, kommunala tjänstemän samt representanter från ca 20 föreningar/organisationer.

Arbetsgruppernas förslag resulterade i den plan som idag är antagen av Karlstads kommun och som består av fem huvudpunkter (se även bilaga):

1. ökad tillgänglighet
2. information och ökad medvetenhet
3. en skola för alla
4. aktiv fritid
5. arbete och sysselsättning

I planen framkommer inga specifika åtgärder som rör personer med psykiska funktionshinder, men många konkreta åtgärder beskrivs som gällande alla handikappgrupper vilket även innesluter personer med psykiska funktionshinder (a.a.).

4.6 Personligt Ombud

Personligt ombud är en verksamhet som tillkommit efter ett regeringsbeslut baserat på att psykiatriutredningen fann att Sverige behövde denna funktion. Personligt ombud påminner om det som i USA och Storbritannien kallas för case managers (Socialstyrelsens meddelandeblad 2000:14). Utgångspunkten för dessa verksamheter var att man ansåg att personer med psykiska funktionshinder behöver en samordnande funktion för att kunna ta del av den vård och omsorg som förmedlas av en rad olika instanser i samhället. En försöksverksamhet genomfördes mellan åren 1995-1998 och utvärderingen visar på goda resultat. Försöksverksamheten genomfördes på tio orter och totalt var det ett trettiotal ombud anställda under försökstiden. I snitt hade varje ombud kontakt med tio personer. Resultaten av försöksverksamheten visade att antalet inläggningar på klinik minskade med 45 % och att LSS ansökningar beviljades i 80 % av fallen (Grünewald 2000).

De flesta som fick stöd från ombuden hade haft en psykossjukdom, levde ensamma och hade inte haft ett arbete (a.a. s 152). Många av dessa hade tidigare dragit sig undan på grund av misstro mot samhällets insatser men det finns även de som inte vet vad de kan få för slags stöd och hjälp (a.a.)

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att genomföra verksamheten i hela landet och det görs från 2000. Socialstyrelsen uppdrag innebär att de bland annat skall definiera ombudens arbetsuppgifter, utforma kriterier för vilka som bör få ta del av

verksamheten samt svara för nationell tillsyn. Tillsammans med länsstyrelsen skall socialstyrelsen dessutom utarbeta kriterier för hur statsbidraget skall fördelas (Socialstyrelsens meddelandeblad 2000:14).

De arbetsuppgifter som framkommit lämpliga för de personliga ombuden är att

- tillsammans med den enskilde identifiera och formulera dennes behov av vård, stöd och service.
- Att tillsammans med den enskilde se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs
- Att bistå - och om fullmakt finns - företräda den enskilde i kontakterna med olika myndigheter etc.
- Se till att den enskilde får vård stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter (a.a. s 6)

Personligt ombud är inte tänkt att omfatta alla de personer som finns i målgruppen utan endast de med som har behovet av ett så kvalificerat stöd (a.a.). Ett personligt ombud skall helt utgå från den enskilde och han/hon skall ha en fristående roll gentemot myndigheter (Prinitz, 2001).

Personligt ombud i Karlstad och Värmland

Personligt ombud är en länsverksamhet som finansieras av staten. Verksamheten är organisatoriskt förlagd under ASP och finansieringen kanaliseras via länsstyrelsen. Verksamheten bedrivs i samverkan med kranskommunerna och Karlstad har ansvar för verksamheten i hela länet, förutom för en kommun som valt att själv organisera verksamheten. Det finns en styrgrupp för verksamheten som bland annat består av representanter för försäkringskassan, intresseföreningar, anhängarföreningar samt kommun och landsting.

Idag finns det nio anställda ombud varav en halv tjänst för samordnaren. Ombuden är fördelade på fyra orter över hela länet och placerade två och två förutom i Karlstad där det finns tre ombud. En orsak till detta är att det är i Karlstad som samordnarfunktionen är förlagd.

De personliga ombudens verksamhet skall utgöra ett stöd för de personer de representerar men idag handlar arbetsuppgifterna mycket om att marknadsföra verksamheten. Det är svårt att nå ut till de personer som behöver insatsen eftersom de ofta inte vet vart de kan nå de personliga ombuden. En stor del av ombudens verksamhet idag går ut på att marknadsföra sig själva, dvs att visa på ett de finns.

Ombuden arbetar med sig själv som instrument och det handlar om att ha en ödmjuk inställning till de personer de möter. Ombuden har en varierad bakgrund, både vad det gäller arbetslivserfarenhet samt när det gäller utbildning.

4.7 Föreningsliv och ideella organisationer

Föreningen Sandbäcken

Sandbäcken är ett allaktivitetshus förlagt i närheten av centrala Karlstad. Det drivs som en ekonomisk förening och i styrelsen sitter det representanter från flera olika verksamheter, bl a från Karlstad universitet samt Karlstads kommun. På Sandbäcken arbetar man med att stärka självkänslan och det friska genom hjälp till självhjälp. Metoden som används kallas för trappmodellen och den finns utförligare beskriven i delrapport 1 (Grönberg Eskel 2002a). Målet är bland annat att bryta isolering, skapa en normal samvaro och stärka individens självkänsla för att på så sätt kunna minska antalet vårdtillfällen och även minska medicineringen (infoblad, Sandbäcken).

Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH

Riksförbundet för social och mental hälsa är en intresseorganisation som finns över hela landet. RSMH har ca 150 lokalavdelningar och totalt ca 10 000 medlemmar. En av RSMH:s viktigaste arbetsuppgifter handlar om kamratstöd, att kunna hjälpa varandra, för att kunna må bättre. Dessutom är RSMH med och påverkar inriktningen på den psykiatriska verksamheten i stort i landet. De används ofta som remissinstanser i frågor som rör deras område, och de samarbetar ofta med andra organisationer för att påverka myndigheterna. RSMH arbetar för att psykiatrin skall se hela människan och för att den psykiatriska verksamheten alltmer skall gå mot ett tvärvetenskapligt kunskapsperspektiv istället för det idag rådande medicinskt-biologiska (www.RSMH.se).

I Karlstad finns en lokalavdelning som har sin placering i de centrala stadsdelarna. Det finns en person anställd, men föreningen drivs som alla andra lokalföreningar av en styrelse. Det finns möjlighet att delta i olika verksamheter såsom matlagningsgrupp och målning i lokalen.

Föreningen för Psykiatriskt samarbete, FPS

FPS är i första hand en anhörigförening för anhöriga till personer som drabbats av någon form av psykisk sjukdom. FPS arbetar med att stödja och hjälpa anhöriga men de försöker även att skingra och motverka fördomar, okunskap och negativa attityder. Utöver detta finns FPS representerade i olika råd och samverkansgrupper inom både kommun och landsting samt att de försöker öka de anhörigas kunskap om psykisk ohälsa via studiecirklar och annat. FPS är anslutet till Intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykoser, schizofreniförbundet, som bildades 1987. Förbundet är en rikstäckande partipolitiskt och religiöst obunden intresse- och handikapporganisation som arbetar för att tillvarata intresset för de som drabbats av schizofreni eller liknande psykosjukdomar, samt deras anhöriga. Totalt finns idag ca 5000 medlemmar (www.schizofreniforbundet.org.se).

Sammanfattning

Att det förekommer en hel del varierande verksamheter inom samhällets stöd till personer med psykiska funktionshinder vittnar det ovanstående om. Dock finns naturligtvis mer och jag vill inte på några sätt mena att detta är en fullständig beskrivning, utan mer en inblick i vad som finns och hur utvecklingen på området

har sett ut. Därmed slutar den första delen av denna rapport och övergår i det som svara upp mot delsyfte två: Vad har hänt Projektet HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel.

5. Vad har hänt sedan sist?

Här nedan följer en beskrivning av vad som skett i projektet Humanteknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel under det senaste halvåret, vilket innebär att vi övergår till delsyfte två för denna rapport.

Brukargruppen

I skrivande stund har jag i min roll som utvärderare kontakt med tio deltagare i projektet HumanTeknik, fem män och fem kvinnor. Brukargruppens sammansättning har förändrats under projekttidens gång då projektmedarbetarna har tydliggjort de kriterier för deltagande i projektet som de ställt upp. Deltagarna i projektet har olika bakgrund och förutsättningar vilket gör att de inte går att definiera som en homogen grupp. Flertalet bor i egna lägenheter men det finns även deltagare som bor på gruppboende. Familjesituationer ser olika ut för deltagarna, det finns de med familj likväl som personer som är ensamstående. Deltagarna i gruppen har jag haft kontakt med olika länge. Den person som jag träffat under längst tid har jag samarbetat med sedan februari 2002 och de övriga deltagarna har sedan tillkommit efter hand.

Inom projektet HumanTeknik har man under sommaren och början på hösten dels tillsatt ny projektledare samt att projektgruppen arbetat strukturerat med de brukare som deltar i projektet. Arbetet tog fart under senvåren då man hade en konsult anställd för att stötta projektet innan en ny projektledare var utsedd. Under arbetet har projektmedarbetarna tillsammans med konsulten strukturerat och konkretiserat arbetet så att man idag har fyra tydliga handlingsplaner inför det fortsatta arbetet. De fyra arbetsområden som det handlar om är;

1. Hjälpmedel i bostaden
2. Hjälpmedel på aktivitetscentra
3. Information
4. Demonstrationslägenhet (se bilaga)

1. Hjälpmedel i bostaden

Arbetet med hjälpmedel i bostaden har pågått under större delen av året och det är där som den största insatsen rent tidsmässigt legat. Projektmedarbetarna har under sommaren och hösten intensifierat arbetet i hemmen hos de tio brukare som deltar i projektet och flera av brukarna har provat mer än ett hjälpmedel. Fortsatt är det vanligaste hjälpmedlet i någon form kopplat till struktur och/eller planering och tid, samt att kunna hålla reda på vad dagen innehåller, dvs att strukturera de aktiviteter och händelser som skall ske. Kom-ihåg klockor och handdatorer är användbara utifrån detta syfte, men även att strukturera specifika händelser med hjälp av scheman har visat sig effektivt för några av brukarna. Här finns tydliga exempel på positiva förändringar för många av brukarna. Att själva kunna styra sin dag är mycket positivt och de flesta jag talat med vittnar om de positiva effekterna hjälpmedlet har

för dem i deras vardag. Dock finns det även personer som inte lika tydligt själva kan se någon direkt fördel med det hjälpmedel de har lånat, men de fortsätter att prova med en förhoppning om att det skall fungera bättre.

2. Hjälpmedel på aktivitetscentra

Projektmedarbetarna har även startat upp arbetet med hjälpmedel på aktivitetscentra på så sätt att HumanTekniks personal har lånat ut en dator med tillhörande program. Ett av de program som ligger med i datorn är ett närvaroprogram, dvs att deltagarna på aktivitetscentrat kan själva registrera sin närvaro, frånvaro och annat som behöver dokumenteras, ex vem som skall äta lunch på dagen osv. På aktivitetscentrat använder alla deltagare programmet idag. Arbetet på aktivitetscentrat är tidsmässigt mer förlagd som en av nästkommande vårs aktiviteter för projektgruppen vilket innebär att det just nu inte pågår några större arbetsinsatser från projektmedarbetarna. Det förs en diskussion inom projektgruppen kring hur arbetet skall se ut fortlopande på aktivitetscentrat samt att projektgruppen har planerat att genomföra diskussioner med personal och deltagare på aktivitetscentrat kring vilka behov som finns.

3. Information

När det gäller arbetsområdet information så sker det fortlopande informationsinsatser till omgivningen från projektgruppen. Bland annat besöker projektmedarbetarna olika mässor och seminarier runt om i landet för att berätta om och sprida den nya kunskapen de fått. Under hösten har de till exempel besökt ID-Dagarna. De riktar informationen till yrkesverksamma inom varierande fält, men de har även informerat studenter inom olika utbildningar. De har även i linje med denna arbetsuppgift arrangerat ett seminarium i Karlstad där det utöver information om det egna projektet även förelästes om bland annat dataprogram anpassade för målgruppen.

Projektgruppen skall även kontakta media och press för att på så sätt kunna förmedla sitt arbete och sina nya kunskaper till en större allmänhet. En hemsida är planerad och skall skapas under projektets år två.

4. Demonstrationslägenhet

Demonstrationslägenheten är på god väg att ställas i ordning. Projektmedarbetarna köper in hjälpmedel och möblerar så att lägenheten kan fylla den funktion det är tänkt. Målsättningen är att den skall stå färdig till den 1:a december 2002. Lägenheten är tänkt att fungera som en visningslägenhet men det skall även finnas möjlighet att prova de olika alternativa hjälpmedlen som visas. Visningarna skall göras för personal och brukare inom verksamheterna för personer med psykiska funktionshinder, men det skall även ges möjlighet för intresseföreningar och brukarorganisationer att kunna komma dit och titta samt prova de hjälpmedel som finns. Utöver de tekniska hjälpmedel som skall förevisas kommer det även att finnas möjlighet att se andra typer av hjälpmedel som kan vara användbara, exempelvis bolltacket.

Projektgruppen har i och med de olika målformuleringarna kunnat strukturera sin arbetstid och skall utifrån dessa planera för projekttidens fortsatta utseende. Det är

inte möjligt att arbeta med alla fyra målsättningar/områden lika intensivt under hela tiden.

Gemensamma brukarträffar

Projektgruppen har börjat att ha gemensamma träffar för alla deltagarna i projektet. Tanken är att de skall återkomma med ca en månads mellanrum och att de som önskar komma kommer.

Till den första träffen kom det sex deltagare och de hade en del synpunkter på vad de fortsatta träffarna skulle innehålla. Bland annat önskade deltagarna att de kunde diskutera och jämföra varandras hjälpmedel för att kunna hjälpa varandra men även för att se vad det finns för typ av produkter på HumanTeknik. Vid den första träffen fick utvärderingen en viss tid och deltagarna delgavs vad som skrivits och vad jag kommit fram till hittills. De kommentarer som redovisats i utvärderingens delrapport två lyftes upp till diskussion och en del nytt framkom. Utvärderingen redovisades i punktform utifrån delrapport tvås resultat; struktur och rutiner, stress, umgänge med andra, initiativlöshet, må dåligt, relationer till personal, tiden, insatser från samhället samt målsättning med deltagandet i projektet (Grönberg Eskel 2002b).

Under den gemensamma träffen diskuterades de olika kategorierna av brukare, projektgrupp och utvärderare tillsammans och en del nytt framkom. Bland annat pratade brukarna om hur viktigt hjälpmedlet var i deras vardag och att "det var som att en ny värld öppnat sig". Några av brukarna poängterade även det faktum att mycket av det som framkommer i delrapport två inte skiljer sig i stort från hur "alla andra" har det vilket jag anser vara en viktig kommentar som förtjänar att lyftas fram.

6. Avslutande reflektion

Att det har hänt mycket vad det gäller stödet till personer med psykiska funktionshinder står klart när en uppställning görs av den historiska utvecklingen. Men det finns fortfarande mycket att göra. Det verkar dock som att utvecklingen inte minskar i intensitet utan tvärtom ökar. I och med den nationella handlingsplanen för hälso och sjukvården som trycker på att behandling och stöd skall ges i öppna vårdformer arbetar man i de olika verksamheterna alltmer utifrån den enskilde brukarens förutsättningar. Det är svårt att se en människa som objekt när man befinner sig i den personens hem med allt vad det innebär.

Om man tittar mer specifik på verksamheterna i Karlstad verkar det som att ett ledord för dem är samarbete och utveckling. Dels ser jag att både kommunen och Landstinget arbetar mer nära tillsammans med gemensamma utbildningsdagar för personal och annat, men man kan även se att verksamheterna förändras i snabb takt. Från att tidigare haft den största delen av den psykiatriska vården förlagd lokalmässigt till centralsjukhuset har man idag flyttat ut i stort sett alla verksamheter så att den mer finns integrerad i stadsbilden. Mer verksamhet bedrivs även i de psykiskt funktionshindrades hem än tidigare, vilket helt riktigt följer de intentioner statsmakterna har. Det är även så att de allra flesta jag träffat anser att denna utveckling är den rätta och att det är mer "mänskligt" att bli behandlad i sitt eget hem. En person sade att "det går inte att bli frisk när man är inlåst" och det belyser, anser jag, hur man som patient kan känna sig.

Jag vill även reflektera en del över vad som kan komma att hända framöver för personer med psykiska funktionshinder. Att utveckling går framåt kanske vi kan enas om, men vad kommer det att innebära? Personliga ombud, utflyttad psykiatri och projektet HumanTeknik, de är alla positiva inslag inom omsorgen om personer med psykiska funktionshinder.

Det finns idag allt mindre risk att dessa personer glöms, eller göms, vilket förekommit tidigare. Risken att personal och andra negligerar de psyksikt funktionshindrades rättigheter och åsikter minskar även den i och med att allt fler ögon riktas mot denna typ av verksamhet samtidigt som förändringen av vård och omsorg ger de psykiskt funktionshindrade större möjligheter att själva välja och bestämma. De som tidigare befunnit sig på, vad Goffman säger, Totala institutioner kan idag allt mer behålla och visa upp sitt jag. Det ställer helt andra krav på omgivningen och det är troligen inte en utveckling som kommer att ske helt problemfritt.

Personal och anhöriga kan ha svårt att se enbart fördelarna med den utveckling som sker eftersom man då måste släppa taget och låta ansvaret övergå till den person det faktiskt gäller med allt vad det kan innebära av oro och bekymmer. Har man som psykiskt funktionshindrad rätt att göra sin egna misstag eller skall man skyddas från det som kan vara skadligt, även då "vi andra" har rätten att göra dessa misstag.

Gruppen personer med psykiska funktionshinder tillhör idag handikappgrupper som andra. Det visar inte minst Grünwald (2000) på när han säger att begrepps-förändringen är en av de centrala uppgifterna för psykiatireformen. I föreliggande rapport finns en kort beskrivning av de handikappolitiska planerna, dels centrala men även lokala. I och med att de är giltiga för alla handikappgrupper är de även giltiga för de psykiskt funktionshindrade. Idag kan man inte i dessa dokument se någon direkt inriktning mot de psyksikt funktionshindrades problemställningar, men de övergripande målen skall vara giltiga även för dem. Det ställer helt andra krav på samhället och på hur vi formulerar de övergripande och allmängiltiga målen.

Tidigare har vi i stort sett och enkelt uttryckt kunnat avhjälpa handikapp med hjälp av "fysiska" hjälpmedel, såsom till exempel med hjälp av en ramp eller hörslinga. De psykiska handikappen däremot är mindre synliga och inte helt enkla att avhjälpa. Att alla byggnader skall vara tillgängliga för alla funktionshindrade är ett övergripande mål (prop 1999/2000:79). Det kan göras genom att man bygger hiss och ramp för de som är beroende av en rullstol, men hur gör man om problemet består av att en person inte vågar gå in? Eller inte har tillräckligt med engagemang/ energi för att ta sig kraft för att gå dit? Det finns inga enkla svar på dessa frågor men det krävs att diskussionen tar fart då målsättningarna i de handikappolitiska dokumenten är giltiga för alla samhällsmedborgare.

En utvärdering av det här slaget har alltid en påverkan på de personer den berör. Till skillnad från resultatutvärderingar eller uppföljningar har jag i det här projektet hela tiden en kontakt med personerna som deltar vilket innebär att vi skapar en relation som är relativt långvarig. Det finns tillfällen då jag som människa kan ha åsikter eller funderingar som inte direkt har med utvärderingen att göra men som ändå påverkar mig i mina möten med deltagarna i projektet. Även det faktum att jag och projektmedarbetarna relativt intensivt möter brukarna gör att de kan påverkas av oss som människor. Här kan det finnas en svårighet i resultatredovisningen eftersom det

kan vara problematiskt att skilja på vad som är "mänsklig" påverkan och vad som är skapat av projektet. Det kan vara så att det inte alltid går att utläsa, men det gäller då att vara medveten om svårigheten som finns.

Att projektmedarbetarna påverkar deltagarna i projektet råder det ingen tvekan om. De beskrivs som "snälla" och tillmötesgående med brukarnas behov satta i första rummet. De allra flesta brukarna lyfter fram projektmedarbetarna på ett mycket positivt vis. Orsaken till att de uppfattas på ett uppskattande sätt beror troligtvis på projektmedarbetarnas enskilda personligheter och kunskap, men det kan även kanske bero på ovanan hos brukarna att själva få vara den som bestämmer vad som skall ske och i det här fallet, vilka hjälpmedel de skall få använda sig av. Projektmedarbetarna har hela tiden ett brukarfokus och det finns inga tendenser till att styra brukarna mot beslut de inte själva önskar.

Referenser

- Forsberg, E. (1994) *Den stora utflyttningen – studier av psykiatrins omvandling*. Göteborg och Karlstad. Centrum för Folkhälsoforskning
- Goffman, E. (1983) *Totala institutioner, Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Angered. Rabén & Sjögren.
- Grünewald, K (2000) *Psykiska handikapp*. Stockholm. Liber
- Grönberg Eskel, Marit (2002a) *HumanTeknik, en första beskrivning*. Institutionen för samhällsvetenskap, Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete, Karlstad universitet
- Grönberg Eskel, Marit (2002b) *Projektets deltagare och fortsatta arbete*. Institutionen för samhällsvetenskap, Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete, Karlstad universitet
- Jerkedahl, Å. (2001) *Utvärdering- steg för steg*. Stockholm. Nordstedts juridik.
- Nyström, M (1999) *Allvarligt psykiskt störda människors vardagliga tillvaro*. Göteborg. Göteborgs universitet.
- Omvärldsstudien – Karlstad utveckling och ekonomi 2002 – 2005. Karlstads kommun, Ekonomistaben kommunstyrelsens kontor, 2002
- Printz, A (2001) *Psykiskt funktionshindrades ställning i samhället*. Stockholm. Norstedts juridik, RSMH.
- Projektplan HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel, Hjälpmedelsinstitutet.
- Ronby, A. (red) (1993) *Etik och idéhistoria i socialt arbete*. Stockholm. Socionomen.
- SoS- rapport 1994:13 *Utvärdering av kvalitet*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. *Välfärd och valfrihet?* Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Rapport 1999:1 Stockholm. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens meddelandeblad 2000:14. Stockholm. Socialstyrelsen
- Topor (red) (1996) *Psykiatri i socialtjänsten*. Stockholm. Bonnier.
- Utvärderingsplan för utvärdering av projektet HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel, Karlstad universitet, 2001