



LUND UNIVERSITY

Vägen över Lyckebo

Från sluten psykiatrisk vård till vanlig äldreomsorg

Lappalainen, Pauli

1995

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Lappalainen, P. (1995). *Vägen över Lyckebo: Från sluten psykiatrisk vård till vanlig äldreomsorg*. (Meddelanden från Socialhögskolan; Vol. 1995, Nr. 3), (Research Reports in Social Work; Vol. 1995, Nr. 3). Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

MEDELANDEN FRÅN SOCIALHÖG- SKOLAN

Pauli Lappalainen

VÄGEN ÖVER LYCKEBO

*Från sluten psykiatrisk vård
till vanlig äldreomsorg*

Projektet har genomförts i samverkan mellan två av Socialvetenskapliga Forskningsrådet stödda forskningsprogram vid Socialhögskolan i Lund: *I stället för mentalsjukhus - att skapa vardagsliv och Äldreomsorgens vardag och villkor.*

1995:3

Vägen över Lyckebo

Från sluten psykiatrisk vård till vanlig äldreomsorg

Pauli Lappalainen

Projektet har genomförts i samverkan mellan två av Socialvetenskapliga Forskningsrådet stödda forskningsprogram vid Socialhögskolan i Lund:
I stället för mentalsjukhus - att skapa vardagsliv och Äldreomsorgens vardag och villkor.

1995

FÖRORD

Denna rapport baserar sig på två studier som genomförts vid Lyckebo, ett "hem för aktiv rehabilitering" av långtidssjuka psykospatienter i Falkenberg.

Den första studien genomfördes inom ramen för projektet *I stället för mentalsjukhus - att skapa vardagsliv* som leds av professor Sune Sunesson. Denna studie har jag redovisat i en delrapport "Livet på Lyckebo". Den andra, uppföljande studien genomfördes på uppdrag av primärvården i Falkenberg och har redovisats i en delrapport "Lyckebo - en människobehandlande verksamhets förvandling. Uppföljning 1994". Utarbetandet av denna samlade och (bl a med kap 7) utvidgade rapport har skett i samarbete med fil dr Tord Jacobson, som bedriver ett projekt om äldres självbestämmande inom ramen för det av professor Rosmari Eliasson ledda forskningsprogrammet *Äldreomsorgens vardag och villkor*.

Projektet har alltså genomförts i samverkan mellan de två nämnda, av *Socialvetenskapliga Forskningsrådet* stödda forskningsprogrammen vid Socialhögskolan i Lund, och jag vill tacka Sune Sunesson, Tord Jacobson och Rosmari Eliasson för stöd och kritik i studiens olika delar. Vid Socialhögskolan har jag också fått synpunkter och värdefull kritik vid seminarier och i andra sammanhang, bl a då av Anna Meeuwisse, Lena Edén och Bodil Rasmusson.

I Falkenberg vill jag rikta ett varmt tack till alla som möjliggjort och stött studien, bl a då förvaltningschef Irene Takkanen, basenhetschef Eva Samuelsson, doktor Björn Spångberg, doktor Anders Landin och inte minst avdelningsföreståndare Sören Johansson samt alla informanter vid Lyckebo, dvs personal och patienter, vars namn är fingerade i rapporten.

Lund i oktober 1995

Pauli Lappalainen

Innehåll

Förord

1. BAKGRUND OCH REFERENSRAMAR.....	1
Lyckebo.....	2
Några "patientbilder" från det första året på Lyckebo	3
Avinstitutionalisering.....	4
Olika utvärderingsperspektiv.....	8
Ett vanligt sätt att se: Madisonexperimentet	8
Begreppen ifrågasatta.....	11
Envägstänkande: vårdkedjan och utvecklingen	15
Perspektiv och begrepp.....	16
Projektet "I stället för mentalsjukhus – Att skapa vardagsliv"	18
Lyckebo studien: syfte och tillvägagångssätt	21
Utgångsantaganden	23
2. FÖRÄNDRINGSPROCESSEN – EN ÖVERSIKT.....	26
Från kollektiv vård till individuell omsorg och service.....	26
Institutionen i fokus.....	26
Patienterna i fokus.....	28
Omvandlingen: lång startsträcka – snabb verkställighet	29
Beslutet	32
Summering.....	37
3. NYBYHEMMET – HUR VAR DET DÄR?.....	39
Vårdmaskinens vardagsrutiner.....	39
Rehabilitering och gruppboende.....	41
Från duschning på löpande band till individbaserad hjälp.....	42
Inför flyttningen till Lyckebo, 1992.....	43
4. LIVET PÅ LYCKEBO – DET FÖRSTA ÅRET.....	45
Personalgruppen: Tjugo kvinnor och två män	46
Patientgruppen: Åtta män och sex kvinnor.....	47
Nio ville flytta, fyra brydde sig inte, en var emot	48
Institution eller egen lägenhet	49
Personalen: från kroppsvårdare till handledare i vardagssysslor.....	49
Patienten: från gruppvarsel till privatperson.....	52
Kunskapen.....	54
Förmågan	55
Vårdideologi och vårdpraxis på Lyckebo.....	56
Många skiftande budskap.....	57
Osäkerhet	58

Skötarens olika roller.....	59
Arbetets nya innehåll	61
Vad är gemensamt för patienterna på Lyckebo?.....	62
5. LYCKEBO. ETT ÅR SENARE	65
Fem utskrivningar.....	66
Fem inskrivningar: nya patientkategorier.....	68
Två verksamhetsprofiler 1994	69
Struktur- och funktionsförändringar	71
Kvalitetssäkring.....	71
Differentiering efter insatser	72
Kontaktmannaskapet ges innehåll och struktur	74
Vardagslivet med vanlig äldreomsorg.....	75
Ett nödrop	75
Tillbaka i den psykiatriska vården	80
Rudolf.....	82
Vänskap.....	83
Personalens ökade säkerhet.....	84
6. SUMMERING: DET INDIVIDUELLA SOM HINDER ELLER FÖRUTSÄTTNING.....	86
Sex vårdmiljöer	86
Självbestämmandet och den institutionella ordningen.....	90
Individualiteten och resultaten	91
Institutionsvård eller öppenvård - en vilseledande dikotomi.....	93
Att inte klippa banden.....	96
7. HUR FÖRKLARA FÖRÄNDRINGEN?	98
Paradigmskifte eller anpassning?.....	99
Allmänna strukturella och ideologiska trender.....	102
Avinstitutionalisering och kommunalisering	102
Hemma-boende ideologi, rehabilitering, omsorg och service.....	106
Parallella synsätt på "psykiska störningar"	110
Praxis på Nyby-Lyckebo.....	112
Läkarnas insatser.....	112
Förändringar i vardaglig praxis.....	113
Teoretiskt "paradigm-skifte" eller "struktur- omvandling"?.....	116
Vad händer med psykiatrin?	118
Litteratur	120
Övriga dokument, dataunderlag	123

1. BAKGRUND OCH REFERENSRAMAR

Hösten 1992 flyttade 14 av slutenvårdspsykiatrins patienter, tillsammans med en personalgrupp om 22 personer, från ett gammalt sjukhem där de vårdats tillsammans med demenspatienter, till Lyckebo, ett vanligt hyreshus i ett vanligt bostadsområde i Falkenberg. De fjorton patienterna - åtta män med en medelålder på 69 år och sex kvinnor med en medelålder på 65 år - hade vårdtider på 30 - 55 år bakom sig. De flesta hade diagnosen schizofreni och alla var definierade som "långtidssjuka".

Två år senare klarar dessa gamla människor att bo i egna hem och att i stort sett ta hand om sitt eget vardagliga liv, några av dem med hjälp av endast vanlig kommunal hemtjänst. Så till exempel Ingemar som vid 92 års ålder flyttade samman med en något yngre man, som han blivit vän med på Lyckebo, och fick sitt livs första egna lägenhet, med eget hyreskontrakt.

Hur kan detta komma sig? Vad är det i den förändrade vardagliga praktiken som varit verksamt i förvandlingen av patienterna från "obotliga" anstaltsvarelser till personer som, i likhet med andra pensionärer, kan klara sig med ganska måttliga insatser av den service och omsorg som kommunen erbjuder? Och vad har i sin tur frambringat en radikal förändring i den psykiatriska institutionens sätt att arbeta?

Efter att ha beskrivit förändringsprocessen med fokus på olika aktörer (ledning, personal, patienter)

återkommer jag till de frågorna i de två avslutande kapitlen.

Lyckebo

Lyckebo betecknas av de vårdansvariga i Halland som en "mellanvårdsform" och verksamheten vid Lyckebo utgör förlängningen av ett rehabiliteringsprogram med "gruppvård" som påbörjats inom den gamla institutionen, Nybyhemmet.

Lyckebos tillkomst innebar en konkret förändring med bl a förflyttning till nya lokaler i ett vanligt bostadskvarter, organisatoriska förändringar som införande av en ny teamkonstruktion och inte minst: patienterna fick egna lägenheter.

Förloppet tycks - i det här fallet och i grova drag - vara: politiska beslut, läkare verkställer, personalens arbetssätt förändras, patienterna förändrar sig. Begrepp som "vård" "rehabilitering" "schizofreni" "långtidssjuk" "mentalskötare" "psykiatrisk" får ett nytt innehåll - och synen på patienterna och deras möjligheter blir en annan än den var tidigare.

Patienterna är desamma och begreppen som används är desamma. Men vad som blir tydligt i denna studie är att begreppen - som t ex vård, patient, långtidssjuk, institution, hem - kan fyllas med olika innehåll och användas olika beroende på sammanhanget som t. ex. institutionens organisationsform, psykiatrins vårdprogram, personalens vardagliga arbetsuppgifter.

Genom den förändrade vardagliga praktiken växer med tiden även en förändrad syn på patienterna fram. De långtidssjuka blir i vårdgivarnas ögon så friska att de förväntas klara sig själva i egna lägenheter, vilket de med tiden också visar sig göra.

Några "patientbilder" från det första året på Lyckebo

• Under en kaffepaus i december 1992 frågade jag fyra mentalskötare som just då satt vid bordet: hur många av era patienter tror ni kommer att flytta ut härifrån och vilka? Ingen ville nämna någon patient.

I april, fyra månader senare, talade jag åter med en av de anställda. Hon sa att fyra, fem patienter skulle klara antingen ett eget boende eller boende i servicehus.

Jag frågade vid samma tid cirkelledaren i matlagingskursen vad hon tyckte om sina elever på Lyckebo. Hon svarade: de är som vilka pensionärer som helst.

• Avdelningsföreståndaren säger om en av patienterna: "Han fyller år idag. Det är kaffe och tårta. Han är helt ensam. Han har inga släktingar. Vi som arbetar här, är de enda vänner han har."

• I oktober 1992 kom det fram att två av patienterna på Lyckebo inlett ett kärleksförhållande. Personalen klövs i minst två grupper. Det fanns de som tyckte att detta var ett tecken på friskhet och det fanns de som inte gillade det. Ogillandet motiverades av någon med att mannen utnyttjade kvinnan. Man visste inte vad man skulle göra. Till slut flyttade man beslutet om ställningstagande ut ur huset till överläkaren för rehabiliteringen, som beslöt att de två gott kunde träffas men med "förkläde" närvarande. Hur skulle det belutet effektueras på kvällar och nätter då det bara är två i tjänst? På dagarna är skötarna sex, sju stycken och övervakningen var inte något problem. Någon kom på att man kunde luta ett stort kittellock av koppar mot dörren till kvinnans lägenhet. Öppnades dörren hördes skramlet från kopparlocket i hela trapphuset och...

Lyckebo-bornas historia utspelar sig inom den förändringsprocess som psykiatrin i Sverige för närvarande genomgår.

Avinstitutionalisering

Sedan 1800-talet har den svenska statsmakten lagt ansvaret för de sinnessjukas väl och ve och hanteringen av psykiska sjukdomar på den del av medicinen som kallas psykiatri. Fram till 1994 svarade psykiatrin för diagnos, behandling och vård.

Från och med 1994 åvilar ansvaret för vården och behandlingen av de "medicinskt färdigbehandlade" kommunerna, vilket innebär att majoriteten av den gamla psykiatrins patienter numera finns utanför psykiatrin, ofta som "brukare" av den kommunala äldreomsorgen. Vården och behandlingen av de som varit psykiatrins patienter har därmed fått ny beteckning, service och omsorg.

I Sverige drog avinstitutionaliseringen inom psykiatrin igång på allvar först i slutet på 70-talet och på mindre än tjugo år har de gamla mentalsjukhusen tömts på tiotusentals patienter. 1962 hade Sverige 36 000 sjukhusplatser, 1992 anger Psykiatriutredningen antalet "innetiggande patienter på psykiatriska institutioner" till 7 000. (SOU 1992:73)

I likhet med andra europeiska länder prövas i Sverige nu olika decentraliserade lösningar utifrån principen "Service, stöd och vård till psykiskt störda skall ges i så öppna och normaliserade former som möjligt ute i det lokala samhälle där individerna lever". (SOU 1992:73) En effekt av avinstitutionaliseringsvågen är att nya vårdformer växer fram. Lyckebo är ett sådant exempel.

Debatten om avinstitutionaliseringen och dess effekter har pågått sedan 50-talet. Såväl i USA, där antalet intagna på tjugo år minskade med drygt 400.000, som i Europa. Det är inte bara de gamla verksamheterna på mentalsjukhusen som ifrågasatts. Även teorier och begrepp som psykiatrin och den psykiatriska vården bygger på har attackerats och anklagats för att utgå ifrån och bygga på andra samhälleliga behov och kriterier än de medicinska och läkaretikens.

Grundliga belysningar av psykiatrin och dess historia har för mer än 30 år sedan utförts av Erving Goffman, Thomas Szasz och Michel Foucault.¹ Dessa verk har i sin tur påverkat många av de amerikanska och europeiska studier som idag rapporterar om "psykiatrin som problem", i såväl teoretiska analyser som olika slags beskrivande och utvärderande studier av institutioner och öppenvård.

På den nu aktuella frågan om vad avinstitutionalisering är finns det redan flera svar. Till avinstitutionaliseringen knyts förhoppningen om en humanare vård, om normalisering och rehabilitering. För en del kritiker är svaret emellertid att sjuka människor som tidigare fick vård nu lämnas vind för våg. För andra är svaret att mycket som går under namnet avinstitutionalisering i själva verket är något som i stället borde betecknas som *re-institutionalisering* eller *trans-institutionalisering*. Har institutionen bytt ansikte för allmänheten, medan den – i nya skepnader – finns kvar för patienter och vårdpersonal?

Avinstitutionaliseringen har sent omsider kommit igång även i Sverige. Den gamla psykiatriska vården – inspärningen på mentalsjukhusen och på sjukhemmen – har försvunnit eller är på väg att försvinna. Har det inneburit att psykiatrin tömts på sina gamla repressiva funktioner – och att även den gamla psykiatrins teorier, synsätt och begrepp

¹Goffmans *Asylums* (med svensk titel *Totala institutioner*) kom ut 1961, Szasz' *The Myth of Mental Illness* (sv titel *Psykisk sjukdom – en myt*) kom 1971, och Foucaults *Historire de la folie à l' âge classique* (sv titel *Vansinnets historia*) kom i original ut 1961.

rensats ut? Är det fråga om en ny vård eller har gamle Fågel Fenix uppstått i ny form?

Den psykiatriska vården presenterar och beskriver i dag oftare än i går sin verksamhet som rehabilitering. Vård och rehabilitering – vad är det som ligger i dessa begrepp? Är rehabilitering kvalitativt skild från vård? Och är vård och rehabilitering samma sak för patienten som för vårdapparaten? Det som apparaten själv betecknar som vård har kritiker betecknat som tvång och förvaring. Rehabilitering kan betyda stöd och hjälp att leva ett normalt liv – men kan också betraktas som disciplinering och (tvångs-)uppfostran.

De begrepp som används för att beteckna förändringens former och mål förknippas med positiva värden. Så t ex ligger värderingar inbäddade i det i Sverige ofta använda motsatsparet *institutionsvård-öppenvård*. När vård ute i det öppna lokalsamhället eftersträvas implicerar det att vård inne på institutioner är dåligt, att det är bättre därute.

De värderingar som ligger i den offentliga retoriken kan naturligtvis svara mot hur det ser ut ur patienternas perspektiv. Men själva platsen för vården kan dock inte *à priori* förknippas med vårdens kvalitet. Om vårdplatsen skiftar kan innehållet i den psykiatriska vården förändras till det sämre såväl som till det bättre, eller förbli vid detsamma. Utskrivning till en egen bostad i det öppna lokalsamhället kan för många innebära en mänskligare miljö, större frihet och självbestämmande – men även "där ute" kan det finnas misär, isolering, ofrihet och tvång.

De synsätt och teorier vi använder när vi studerar vården är kanske avgörande för vårt sätt att se och bedöma. I så fall är frågan med vilka föreställningar och dolda antaganden vi går in på vårdområdet viktig. Missar vi en del av föreställningen, förbiser vi viktiga faktiska förhållanden på grund av invanda synsätt och manipulerande begrepp? Undersöker vi rent av fel saker? Finns det andra relevanta sätt att se och hur får man tag i dem?

Olika utvärderingsperspektiv

Genom att referera två artiklar hoppas jag kunna illustrera den allmänna problematiken institutionsvård kontra öppenvård och peka på vissa centrala aspekter i en process som den Lyckebofolket genomgår.

Den ena artikeln är ett exempel på en vanlig utvärdering där man använder etablerade synsätt och begrepp, som vi också känner igen från exv den svenska psykiatriutredningen (SOU 1992:73). Den andra ifrågasätter våra sätt att använda centrala begrepp som t ex. lokalsamhälle, institutionsvård och öppenvård och våra etablerade sätt att tänka över huvud taget inom vårdområdet.

Ett vanligt sätt att se: Madisonexperimentet

I artikeln "From the hospital to the community: a shift in locus of care" (1979) ger Leonard I Stein och Mary Ann Test en beskrivning och en utvärdering av ett experiment med svårt psykiskt störda patienter i Madison Wisconsin, USA. Genom att

ändra på vårdmiljön "från sjukhuset till lokalsamhället" visar Stein och Test att man når klart bättre behandlingsresultat med svårt psykiskt störda ute i lokalsamhällets öppenvård än inne på sjukhusinstitutionen.

Idén med experimentet var att i stället för att ta in patienter som återsökte psykiatrisk hjälp på sjukhuset, erbjuda dem ett behandlingsprogram ute i lokalsamhället under en period om 14 månader. Slumpen fick avgöra vem som hamnade i experimentgruppen, ingen fick remitteras dit. De enda kriterierna för delaktighet var mantalsskrivning, ålder och vilken diagnos som helst utom "allvarlig organisk hjärnskada eller primär alkoholism".

Experimentgruppen och kontrollgruppen bestod båda av 65 patienter av bägge könen med många tidigare sjukhusinläggningar bakom sig. Personalen bestod av psykiater, psykolog, socialarbetare, arbetsterapeut, sköterskor och biträden från kliniken, vilka omskolades för att kunna genomföra öppenvårdsprogrammet. De arbetade i tvåskift från 7 på morgonen till 11 på kvällen, 7 dagar i veckan. En av personalen fanns tillgänglig även under nätterna för patienter och de olika serviceorgan i kommunen – till vilka man hade en mycket stark och strukturerad koppling – för att man skulle kunna ingripa akut vid första tecken på fara eller misslyckande. Personalens arbetsplats var inte längre sjukhusinstitutionen, den hade mångfaldigats och spritts ut i lokalsamhället till patienternas hem, andras arbetsplatser, varuhus, affärer och fritidslokaler.

Programmet byggde på handfast träning av sociala färdigheter samt behandling av det problem som

föranledde sjukhusbesöket, allt i syftet att hjälpa patienterna i riktning mot en "större autonomi".

Stein och Test kommenterar resultaten:

Resultaten indicerar klart att TCL-programmet (träning i att leva i lokalsamhället) är ett effektivt alternativ till sjukhusbehandling för en stor majoritet av de mentalt sjuka patienter som nu tas in på våra allmänna mentalsjukhus. Utan att använda sig av sjukhuset var det faktiskt möjligt att i lokalsamhället behandla en icke i förväg utvald grupp av patienter som sökte vård på ett statligt mentalsjukhus. Medan de flesta i kontrollgruppen togs in på sjukhuset, många upprepade gånger, kunde nästan alla i experimentgruppen utan avbräck leva sina liv i samhället utan att drabbas av den störning i livet och intensifiering av det symtomtypiska beteende som brukar följa på och med en sjukhusinskrivning. Till detta ska läggas och det är av största vikt, att data indicerar att deras fortsatta liv i samhället inte skedde på bekostnad av livskvalitet, anpassning, självuppskattning eller personlig tillfredsställelse med livet. I stället visade experimentgruppens patienter relativt kontrollgruppens förbättringar i funktioner på flera viktiga områden och de manifesterade mindre subjektiv stress och större tillfredsställelse med sina liv. (min översättning)

Även ekonomiskt stod sig försöket. Det blev inte dyrare än den traditionella sjukhusvården. Bättre resultat och billigare ute i samhället. Några av patienterna försvann till och med helt från vårdarenan "in bland oss andra"; majoriteten fortsätter emellertid "att efterfråga en bred räckta av tjänster som omfattar psykiatri, socialtjänst, bostad, ekonomi, skyddat boende, fritid och liknande".

Även personalen välkomnade det nya arbetssättet och fann större tillfredsställelse i att arbeta ute i lokalsamhället än på sjukhusinstitutionen.

Skiftet av vårdmiljö och arbetsmodell skulle säkert tilltala den svenska psykiatriutredningen. I sitt slutbetänkande (avsnittet "Principer, mål och allmänna utgångspunkter" som skall vara vägledande för alla de service-, stöd- och vårdinsatser som riktas till psykiskt störda) föreslår Psykiatriutredningen (1992) att "service, stöd och vård till psykiskt störda skall ges i så öppna och normaliserade former som möjligt ute i det lokala samhälle där individerna lever" (s.20) Om insatsernas utformning sägs: "Vi anser att service till de psykiskt störda skall integreras i den service som riktar sig till alla invånare men serviceutbudet skall göras tillgängligt och anpassas till de psykiskt stördas förutsättningar." (s 21)

Begreppen ifrågasatta

Såväl psykiatriutredningen som Stein och Test i Madison ser lokalsamhället "där individerna lever" som platsen för den goda vården.

Men vad är då lokalsamhället i vårdsammanhang? Vad är det för plats och vad är det för slags vård som ges där och av vilka? Är det inte så att all vård – huslig, kroppslig och psykisk – i varje enskilt fall ges av specifika individer och inte av anonyma andra i samhället, frågar sig den engelska sociologen Joan Higgins i artikeln "Defining Community Care: realities and myths" (1989). Vad är det man syftar på och hänvisar till med uttryck

som "lokalsamhället", "där ute", "öppna och normaliserade former"? I lokalsamhället ingår individerna, familjerna, arbetsplatserna, hemmen, men – får man förmoda – även skolorna, vårdcentralerna, sjukhusen, social- och hemtjänstkontoren, servicehusen, dvs de lokala institutionerna med deras professionella personal och deras reglerade dagliga verksamheter.

Om nu institutionerna och deras månghövdade personalstaber och verksamheter är en del av och ingår i lokalsamhället och de institutionella ingreppen och forandet av människorna sker mitt inne i "där ute" vad är det då psykiatriutredningen och Stein & Test egentligen säger med att ställa vård på institution mot vård ute i lokalsamhället, slutenvård mot öppenvård?

Utifrån kriterierna var vården/omsorgen ges, dvs platsen för vårdgivandet, vem som ger vården/omsorgen, vilket slag av vård/omsorgslösning den behövande erbjuds och hur mycket vård/omsorgstid insatserna tar i varje enskilt fall presenterar Higgins fem olika vårdscener:

1. Institutioner som t ex sjukhus och kliniker, som erbjuder boende och vård med omsorgstjänster, ofta kortvarigt och temporärt.
2. Institutionell vård/omsorg ute i det lokala samhället på t ex sjukhem, vårdhem, hem för rehabilitering och behandling, gruppboende, ålderdomshem, servicehus, barnhem, härbärgen, skyddat boende. Här erbjuds boende, vanligtvis med vård och omsorgstjänster, ofta långvarigt och permanent, men ibland i form av korta vistelser.

3. Offentlig vård/omsorg på institutioner som erbjuder dagvård, t ex dagsjukvård, fotvård, gymnastik, dagcentraler, träffpunkter, matlag, sysselsättningsterapi, arbetsterapi, fysioterapi. Här erbjuds vård med omsorgstjänster, men vanligtvis inte boende, ofta långvarigt och regelbundet men i stycketid.

4. Vård och tjänster i det egna hemmet som ges av offentliga och frivilliga organisationer - t ex vårdcentralen, kommunen, sjuksköterskor från psykiatrin, distriktsläkare, vårdbiträden, socialarbetare, hemkörd färdiglagad mat, vänarbetare, nattningstjänster. Här erbjuds huslig, kroppslig och psykisk vård/omsorg men inte boende, ofta långvarigt och regelbundet men i stycketid.

5. Vård i det egna hemmet som ges av vänner, grannar och släkt - som omfattar många former av vård/omsorg inkluderande: bad, toalettbestyr, matlagning, matning, inköp, fritid och förströelse, på- och avklädning. Här erbjuds huslig, kroppslig och psykisk vård/omsorg men inte boende, långvarigt och regelbundet och ofta på heltid.

Sätter man in Madisonexperimentets vårdinsatser i detta scenario var deras vårdmiljöer scenerna 3 och 4 och någon enstaka gång scen 1. I strävan att patienterna skulle bort från scen 1, sjukhusinstitutionen, var experimentet framgångsrikt. Men detta är inte liktydigt med att patienterna befriats från institutioner och institutionell vård. Man kan inte heller genom att ange platsen till lokalsamhället, utgå från att vården är öppen, normaliserande, anpassad till individernas förutsättningar osv.

Modellen med vårdscener visar att en stor del av den institutionella vården utförs ute i "lokalsamhället" på särskilda institutioner eller små hemliknande inrättningar mitt ibland oss. Och precis som en del av den institutionella vården utförs i "lokalsamhället" så utförs en god del av det som kallas "lokalsamhällets vård och omsorg", inne på institutionerna. Till exempel i dagcentraler, träffpunkter, vårdcentraler, dagsjukvårdsenheter och servicehus, dit individerna beger sig från sina hem för att luncha, träffa vänner, väva, få underhållning; för att på institutionen och med dess personal sköta sin kropp och sin själ.

Den största delen av "lokalsamhällets vård och omsorg" sker emellertid i de enskilda hemmen och utförs av olika vårdgivare, främst kvinnor, från offentliga och frivilliga organisationer. I en del fall har besöken av tjänstemän från de lokala institutionerna och de institutionella inslagen i den enskildes hem gått så långt att man talar om hemmet som den senaste institutionen. (Higgins hänvisar här till Carol Estes, 1986)

Det finns ingen klar dikotomi, påpekar Higgins, mellan vård som ges på institution och vård som ges ute i och av lokalsamhället. De två verksamheterna har alltför många gemensamma kännetecken för att vara en skiljande distinktion som man kan basera analyser på. Till detta kommer att begreppet lokalsamhället tycks ha lika många definitioner som författare. Ibland står det för allt och ibland hittar man ingenting bakom det. I vårdssammanhang är det ett mångtydigt, vagt, mytinfekterat, onödigt och överflödigt begrepp, menar Higgins.

Envägstänkande: vårdkedjan och utvecklingen

Det är populärt att tänka i vårdkedjor och tala om vikten av utveckling inom vården. Från intagning på institution till utslussningsenheter och vidare till öppenvård; från sjukhus till behandlingshem till gruppboende, till stöttat boende till eget boende; från ett stort beroende till ett minskat, mot oberoende och autonomi.

Det är vanligt att länka ihop olika vårdmiljöer i program och läsa in en utveckling från illa till bättre och från bättre till slutmålet bra - eller tvärtom, om man tänker sig en stegring i patientens beroende. Även om metaforen om en kedja och linjetänkandet kan ha ett åskådliggörande värde så kan det också förblinda och vilseleda, påpekar Higgins.

För det första kan linje- och kontinuitetstänkandet implicera "en kedja av skilda vårdinstanser som inte interagerar eller överlappar varandra". Individuer som tar emot vård kan sällan helt avgränsas inom en enskild behovskategori. Till exempel gamla som får hemtjänst använder sig också av vård inne på institutioner, om än mera oregelbundet.

För det andra talar kontinuitetsbegreppet om en tillgodosedd utveckling från en definierad kategori till en annan. Den här typen av inbäddade antaganden om utveckling i en planerad kontinuerlig vårdkedja leder till "förblindade reaktioner och en sjunkande moral hos både vårdgivare och vårdtagare". Man kan t ex tänka sig reaktioner som att "det är fel på patienten", inte på verksamheten. Hänvisande till Harris och Kelly (1986), som undersökt fenomenet, skriver Higgins: "Enligt deras åsikt förstärker 'kontinuiteten helt enkelt uppfatt-

ningar om tilltagande försämring och oundvikligt beroende' och det hela ses som en enda en-vägs-kanal".

För det tredje kan linje- och utvecklingstänkandet leda till att man inom vårdapparaten överdriver betydelsen av exv den egna institutionsvårdens och det offentliga lokalsamhällets insatser.

Trots att mer än 95 % av de äldre i England bor utanför institutionerna har den offentliga debatten och intresset, skriver Higgins, koncentrerats på den "samhälleliga" omsorgen och institutionerna - på toppen av isberget, den mest synliga delen och inte på de 95 procenten, den osynliga delen som sker i det privata och i hemmen.

Antaganden om vårdkedjor och utveckling leder lätt till en statisk syn. Vårdplatser och vårdkedjor i sig är ingen garanti mot felaktig vård.

Higgins framhåller att det ofta visat sig att antaganden om kontinuitet (med närhet, harmoni, interaktion) mellan den formella och informella vården visat sig vara farliga och ödesdigra för hjälptagarna. Frihet från institutionell vård, dvs hemförlovningar, utskrivningar från institutioner kan lika väl som inskrivningar på institution innebära misär och vanvård.

Perspektiv och begrepp

Mina slutsatser av genomgången ovan blir; det är vilseledande att ställa slutenvård mot öppenvård, som om inte öppenvård kunde vara institutionellt styrande, kontrollerande och auktoritär. Det är

vilsledande att ställa institutionsvård mot vård "ute i det lokala samhälle där individerna lever" som om platsen för vården skulle garantera eller omöjliggöra öppenhet, normalisering och personlig autonomi.

Ett exempel på vikten av att ifrågasätta begreppen ger också Regine Gildemeistrer (1988, 1989) i en empirisk studie av tyska institutioner som syftar till normalisering av vardagslivet och som refereras av Sune Sunesson (1991, s 4):

En typ av institution som hon undersöker är övergångshem med dagsprogram för unga vuxna. Vad är det för "vardagsliv" som normaliseringen egentligen syftar till, och vem bestämmer innehållet i det "normala". Hon visar *hur paradoxalt det blir när "vardagslivet", "det normala" blir definierat som att tvätta sig, att kunna diska efter sig, att duka bordet, dvs dessa enkla saker blir inte som för oss andra ett slags övergångsaktiviteter som möjliggör arbete, studier, vänskap och kärlek, utan själva livsinnehållet, "vardagslivet"*. I detta fall var själva definitionen av gränserna för "normalitet" och innehållet i aktiviteterna beroende av institutionens närhet till psykiatrin, och på institutionen pågick en ständig tentamen för att "klara sig", att inte behöva komma tillbaka till sjukhuset... Innehållet och själva sättet att organisera "gästernas" liv och framtid var avhängigt av relationerna mellan institutionen, psykiatrin och försäkringskasssystemet. Behoven för "gästerna" var en gång för alla fastställda. (min kursivering)

Svarar detta också mot den svenska vårdapparatens etablerade synsätt – "normalitet" är att tvätta sig, att kunna duka bordet och diska efter sig?

"Hemmet" kan, som Joan Higgins menar, betraktas som den senaste institutionen. Men den offentliga vårddebatten i England ägnar sig främst åt de fem procent av vårdtagarna som inte bor hemma hos sig själva. Blir det i detta läge rimligt att ställa institutionsvård mot öppenvård, utan att fråga sig vad "normalitet", självbestämmande osv innebär i öppen vård och eget boende?

Det är sannolikt en avsevärd risk att förlita sig på etablerade synsätt och begrepp. Begreppen är inte neutrala, de utmärker gränser och värderingar, vilka styr såväl val av slutsatser som resultat.

De som förlitar sig på vårdapparatusens synsätt och begrepp ser förmodligen samma saker som den redan sett – och vill se.

Om vi nu inte kan lita på de etablerade perspektiven och begreppen i vårdsektorerna; vad göra? Texten finns där; individuella handlingar utförda av individer i specifika situationer. De kan avläsas, registreras och tolkas. Men *hur* gör man? Frågan är omfattande, den handlar bl a om olika sätt att närma sig kunskapsmaterialet, om att "punktera texten" utifrån olika perspektiv.

Projektet "I stället för mentalsjukhus – Att skapa vardagsliv"

Projektet "I stället för mentalsjukhus – Att skapa vardagsliv", som leds av Sune Sunesson, utgör ramen och utgångspunkten för min studie av Lyckebo. I skrivelsen Projektansökan till Socialvetenskapliga Forskningsrådet (februari 1991) diskuterar Sunesson hur man kan närma sig

kunskapsmaterialet genom definierade *perspektivistiska delundersökningar*. Jag citerar ur Sunessons projektplan för att ge en antydan om detta problemområdes komplexitet:

Mentalsjukhusets historia kan förstås som en kontinuerlig materialisering av kunskapen och ideologierna om vansinne..... En undersökning av en förändringsprocess, som den som nu träffat psykiatrin, kan emellertid inte endast utgå ifrån en aktörs ("psykiatrens") förment rationellt-tekniska motiv, kritisera det och sedan undersöka vården som utfall av en doktrin eller vårdideologi. Det finns risk att man då förlorar en rad viktiga *omgivningsfaktorer* ur sikte. I denna studie blir undersökningar av organisationernas omgivning lika viktig som doktrinerna./.../

De sociala definitionerna av den grupp människor vi studerar är av stort intresse. Betraktas den som varit på mentalsjukhus som en invalid, en handikappad, eller en konvalescent? Är han/hon en person som kan och skall rehabiliteras och i så fall till vad? Generaliserande antaganden av den här typen får stor betydelse för verksamheten, och kanske också för resultaten av utskrivningen och avinstitutionaliseringsträvandena. Ofta framställs de utskrivna som problem för omsorgsmyndigheterna. Men att påstå att något eller någon är ett "problem" är att uttrycka en bedömning eller en prognos om ett visst förhållande. Denna bedömning kan ha att göra med oönskvärdhet, hot, fara, svårighet att genomföra avsikter, osäkerhet, oklarhet m.m./.../ Att säga att någon "har" ett problem får olika innebörd om det avspeglar ett omdöme en person eller en grupp gör om sin egen situation, eller om det är en administrativ eller politisk bedömning som ligger till

grund för definitionen, men i båda fallen kan det vara fråga om artikulering av ett intresse eller en härskande grupps uppfattning. Men det kan också vara ett sätt att uttrycka ett maktanspråk eller ett anspråk på rätten att tala och göra definitioner, det som i amerikansk litteratur kallas "claims-making", "att göra inmutningar". (Sunesson, 1991, s 3-4, mina kursiveringar.)

I den "inter-organisationsstudie" som skisseras av Sunesson kommer flera organisationer, som på olika sätt ingriper för att ordna eller rekonstruera vardagslivet för människor som tidigare varit patienter i psykiatri att beskrivas och analyseras.

Centrala frågor i undersökningar av de studerade verksamheterna blir: Vad styr förutsättningarna för de f d patienternas eget deltagande och självbestämmande i dagverksamheter och rehabiliteringsprogram? Hur regleras verksamhetens inriktning mot de olika normaliseringshorisonterna? Hur ser det "normaliseringsprogram" ut som de olika verksamheterna arbetar med i sin dagverksamhet, och hur yttrar sig gränsdragningen mot det onormala?

Den mångfald av perspektiv och teoretiska referensramar som antyds i citaten ur projektansökan ovan kan naturligtvis inte inrymmas i en begränsad delstudie som min. Men de utgör en nödvändig bakgrund, som synliggör det begränsade och relativistiska i min studie – i relation till omfattningen av de förändringsprocesser som psykiatri genomgår och dess bredare samhällliga kontext.

Lyckebo studien: syfte och tillvägagångssätt

Studien belyser vad som sker på Lyckebo senhösten 1992 - våren 1993 samt, i en uppföljande studie, vad som hänt ett år senare, när utflyttningarna från Lyckebo påbörjats sommaren 1994. Jag gör också en tillbakablick: vilken slags vård gavs på Nybyhemmet och hur gick det till när Lyckebo uppstod.

Det empiriska materialet består av:

- olika dokument som beskriver förändringsprocessen (se "Övriga dokument" i litteraturförteckningen).
- enkäter som besvarats av patienter och personal på Lyckebo, februari-mars 1993.
- personliga observationer som jag gjort på Lyckebo under ett trettiotal besök mellan oktober 1992 och juni 1993.
- den uppföljande studien sommaren-hösten 1994, baserad på deltagande observation och intervjuer med patienter, personal på Lyckebo och andra berörda, personal i hemtjänsten, privata entreprenörer, fastighetsskötare m fl.

I rapporten *Livet på Lyckebo* (Lappalainen 1993) redovisas utförligt tillvägagångssättet i den första studien, bl a då vilka frågor som ingick i enkätundersökningen till personalen (22 personer) och patienter (14 personer).²

² Såväl personalenkäten som patientenkäten byggde på formulär för undersökning av psykosocial arbetsmiljö och symtom, som utarbetats vid Yrkes- och miljömedicinska stiftelsen, YMK i Örebro (formulär FHV 008D och FHV 004D). Dessa formulär kompletterades med ett antal frågor, och en del av de ursprungliga frågorna omarbetades något, i anpassning till Lyckebo-situationen.

Enkäten som omfattade c:a 70 frågor besvarades av personalen vid ett och samma tillfälle då jag var närvarande. Till patienterna delade jag ut enkäterna individuellt och var närvarande medan de besvarades. Tre av de 14 patienterna besvarade frågorna muntligt och jag tecknade ner svaren i två fall, i det tredje fallet ställde jag frågorna och patientens kontaktman tecknade ner svaren. I vissa fall gick vi tillsammans igenom fråga för fråga. Situationen i flertalet fall motsvarade närmast den vid en strukturerad intervju.

Jag besökte 1992-93 varje patient i deras lägenheter minst tre gånger. Dessa besök och övriga observationer gjorde jag för att skaffa mig en bakgrunds-förståelse och för att ta reda på om enkätfrågorna var relevanta för patienterna och de anställda.

Observationerna i "huvudstudien" 92-93 omfattar i övrigt:

- deltagande i personalmöten, december 1992, februari och april 1993;
- deltagande i en matlagningscirkel, en läs- och skrivcirkel och andra gemensamma arrangemang som en musiksammankomst i fritidslägenheten;
- deltagande i den dagliga verksamheten: jag följde med varje skift - morgon, förmiddag, middag, eftermiddag, kväll och natt minst två gånger, i deras olika arbetsuppgifter i huset. Jag var också närvarande andra gånger vid skiftbytena då det avgående laget avrapporterade till det pågående arbetslaget och deltog ofta både vid förmiddags- som eftermiddagskaffet i personallägenheten. Jag talade enskilt med samtliga 22 anställda om deras arbete, med flera av dem upprepade gånger.

I den uppföljande studien sommaren-hösten 1994 besökte och intervjuade jag samtliga patienter (gamla och nyinflyttade) på Lyckebo, genomförde mer omfattande intervjuer med de som flyttat ut från Lyckebo och personal i deras omgivning, samt deltog i flera personalmöten och daglig verksamhet såväl på Lyckebo som hos de utskrivna.

Utgångsantaganden

Mina utgångsantaganden i Lyckebo studien kan sammanfattas i följande punkter:

- att det finns en analyserbar, avgränsbar "verklighet" – en verklighet som består dels av individuella handlingar i specifika situationer och dels av olika tankar om dessa handlingar och situationer – som kan presenteras i form av en "text";
- att "texten" – dvs utförda handlingar och uttalade tankar – tolkas olika beroende på vårt synsätt och dess begrepp;
- att vi genom vårt synsätt och vår begrepps användning, begränsar vårt seende och våra tolkningar av "texten";
- att vi, om vi inte ifrågasätter de etablerade synsätten och begreppen, riskerar att låta oss låsas av vårdapparatens egna begrepp och synsätt;
- att ett sätt att närma sig "texten" är att betrakta den deklarerade avsikten med en handling eller ett program som något problematiskt;
- att vi genom empiriska studier och teoretisk analys ur andra perspektiv än "apparatens" egna kan komma till andra "texter" och se andra "verkligheter".

Detta är min grundsyn, snarare än en formulering av ambitioner och mål för Lyckebostudien. Min studie är i många avseenden begränsad, men jag tror att man genom att utföra, analysera och sammanställa flera olika definierade, perspektiviska delundersökningar kan komma en bit på väg.

I min studie ingår följande delundersökningar, där jag vill beskriva:

- innehållet i det vårdpolitiska beslutet "Lyckebo" och den vårdpolitiska beslutsprocessen (kap 2)
- "den faktiska vården" före förändringen, dvs innehållet i den vård som gavs vid Nybyhemmet (kap 3)
- vårdmiljön på Lyckebo under det första året, via patienternas upplevelse av sin vardagssituation och av personalen (kap 4)
- vårdmiljön på Lyckebo under det första verksamhetsåret, genom hur personalen upplever sitt arbete och ser på sina arbetsuppgifter och på patienterna (kap 4)
- hur arbetet, patient- och personalroller förändras över tid, i en ny kontext (kap 5)

Syftet är att utifrån denna samlade empiri belysa en förändringsprocess och institutionsförändring inom psykiatrin och hur den ter sig för de närmast berörda, patienter och personal i den dagliga vården.

I de två avslutande kapitlen gör jag en summering och analys där jag dels försöker förstå vad det är i

den förändrade vardagliga praxisen som varit betydelsefullt för patienterna (kap 6) och dels vad som har frambringat denna förändring i vården och omsorgen (kap 7).

2. FÖRÄNDRINGSPROCESSEN – EN ÖVERSIKT

Från kollektiv vård till individuell omsorg och service

Lyckebos förhistoria är både lång och kort och den förändringsprocess jag följt kan ses ur åtminstone två centrala perspektiv:

- En förändring med institutionen i fokus – från kollektiv till individbaserad vård.
- En positiv förändring i patienternas personliga och sociala status, från anstaltsvarelser till individer med medborgerliga rättigheter.

Institutionen i fokus

Lasarettet i Falkenberg togs i bruk som upptagningsanstalt för sinnessjuka i februari 1900. Det bestod av två könsskilda avdelningar om 10 platser vardera. Tanken var att kunna ta hand om landstingets sjuka i avvaktan på plats på de statliga sjukhusen.

I januari 1943 beslöt dåvarande Medicinalstyrelsen att upptagningsanstalten skulle förvandlas till Hallands läns landstings vårdhem för lättskötta sinnessjuka/långtidssjuka. "På vårdhemmet bodde snart 70 patienter. Lugn och ordning rådde; tvångsmedel användes inte längre och osnygghetssiffrorna var låga." (Ingrid Fredin, 1990)

Mellan 1943 och 1987 händer ingenting anmärkningsvärt i institutionens verksamhetsformer.

Citat ur skrivelse från avdelningsföreståndaren vid Nybyhemmet, 1984:

I nuläget har Nybyhemmet 56 vårdplatser. Vi har 12 enkelrum, 7 st dubbelrum, 6 st trebäddsrum och 3 st fyrbäddsrum. Om samtliga rum gjordes om till enkelrum skulle vårdplatsantalet halveras, d v s 28 st. Detta får väl anses som orealistiskt. Om man i stället minskar de mest trångbodda rummen kan man komma en bra bit på vägen. Vårt förslag är alltså att fyrbäddsrummen minskas med en plats vardera, de nuvarande trebäddsrummen minskas till dubbelrum och övriga kvarstår som i nuläget. Härigenom kommer vi ner till 47 platser vilket vi anser som tillfredsställande ur boendesynpunkt.

I oktober 1987 utnyttjades 39 av 46 vårdplatser. Medianåldern på patienterna var 76 år och nästan hälften hade demensdiagnoser.

1987 föreslår chefsläkaren för norra länsdelen att Nybyhemmet ska ingå i länets "rehab-verksamhet". Detta i enlighet med den nya psykiatriplan som Landstinget antagit året innan i samband med den landsomfattande sektoriseringen av psykiatrin.

Förslaget angående Nybyhemmet går ut på att patienterna ska sorteras enligt nya principer; man ska skilja ut demenspatienter från patienter med långvariga psykoser och Nybyhemmets verksamhet ska profileras för rehabilitering av den senare gruppen.

Därefter följer den process som min studie beskriver; gruppboende på Nybyhemmet, utflyttning till Lyckebo och därifrån utflyttning till vanliga lägenheter eller servicehus.

Enligt läkare och avdelningsföretståndare har medicineringen minskat successivt med åren, alltsedan 1988. Från depåinjektioner har man mer och mer gått över till tabletter. För vissa av patienterna har all behandling med psykofarmaka upphört.

Patienterna i fokus

För Lyckebo-borna har situationen skiftat:

1. Från 30-talet till 1987 vårdinternering; tidsstrukturerat kollektivt liv tillsammans med senildementa.
2. 1988/89 - 1992 rehabilitering och dagligt liv organiserat på avdelningsnivå; varje patient har "eget rum och egna möbler" och "sin kontaktman".
3. 1992 - 1994 egen lägenhet på "hem för aktiv rehabilitering" i vanligt bostadshus i svensk normalmiljö; omsorgstjänsterna utförs i patientens lägenhet. Han eller hon kan delta i gemensamma aktiviteter men kan också avstå från dem.
4. 1994 - ; egen lägenhet i servicehus eller vanligt hyreshus, med service från hemtjänst, sjukvård som är till för "alla", osv.

Första gången Nybyhemmets handlingar nämner en förbättring i patienternas tillstånd är så långt jag kunnat utröna 1990, en tidpunkt då de flesta av Lyckebo-patienterna har vårdtider på 30 år och mer bakom sig.

I en skrivelse 1990 berättar personalen på Nyby att patienterna mår bättre och kunnat minska medicineringen. "Under de två år som vi arbetat på detta sätt, har vi märkt en otrolig skillnad på herrarna." Förklaringen till förbättringen tycks enligt skrivelsen vara att söka i det nya sättet att arbeta som kallas gruppboende och gruppvård.

Genom utflyttningen till Lyckebo 1992 fick var och en egen (eller delad) lägenhet och det individuella accentuerades i rehabiliterings-strategierna, de blev bemötta och sedda som individer.

För de som därifrån flyttat vidare till en egen bostad har utrymmet ökat för de f d patienterna att ge uttryck för sin egen person; att se sig själva som individer.³

Omvandlingen: lång startsträcka – snabb verkställighet

Jag gör här en kort rekapitulation av denna omvandlingsprocess för att belysa frågan vad som gjorde det möjligt att på knappa sex månader avveckla det gamla sjukhemmet Nyby och omvandla det till lägenhetsboendet Lyckebo.

³ Processen skulle ur socialpsykologiskt perspektiv kunna beskrivas utifrån interaktionistisk teori så som den formulerades av George Herbert Mead (1934/1967) eller som Charles Horton Cooley (1902/1964) tidigare förenklat formulerade saken: "Vår självuppfattning, och särskilt vår värdering av oss själva, påverkas av andras uppfattning om oss och värdering av oss". Citatet från Johan Asplund (1967, s 132) som presenterar den symboliska interaktionism som Cooley och Mead företräder.

1984 hade Nybyhemmet 56 vårdplatser, 1987 47 platser varav 39 utnyttjades. 1988 infördes intagningsstopp och demenspatienterna överflyttades successivt till ett annat sjukhem, Liahemmet. 1992, när verksamheten flyttade till bostadsområdet Falkagård, utnyttjades 15 platser för patienter med diagnosen långvarig psykos.

Redan 1986 förelåg de formella förutsättningarna för en förvandling av sjukhemmet Nyby. Landstinget hade antagit en ny psykiatriplan som anvisar den nya formen rehabilitering för patienter med diagnosen långvarig psykos. Men först hösten 1992 flyttar patienterna och personalen ut från den gamla lasarettbyggnaden, dvs sex år senare. Detta efter en snabb utrednings- och beslutsprocess. Vad hände under mellantiden?

1987 skriver den nyutträdde chefen för rehabiliteringsverksamheten i Hallands norra länsdel om framtiden för Nyby:

"Nödvändigt är att i framtiden differentiera vården av demenspatienter från vården av psykiskt långtidssjuka./.../Nybyhemmet skulle då kunna byggas om för förslagsvis tre avskilda gruppboenden för ca 5-6 patienter vardera, boendet bör vara så hemlikt som möjligt och verksamheten bör ha en rehabiliterande inriktning. I rehabiliteringskedjan bör ingå ett par träningslägenheter på Nybyhemmet, som ett första steg i träning av det egna boendet. Ett nära samarbete med Falkenberg's psykteam och dagsjukvård bör etableras för att verksamheten skall kunna få en aktiv rehabiliterande inriktning."

Under 1988 börjar personalen arbeta i enlighet med den nya inriktningen rehabilitering. Psykos-

patienternas speciella behov erkänns, gruppvård och gruppboende införs på sjukhemmet. Samtidigt arbetar man jämsides efter den gamla "förvarings"-linjen. Ännu 1991 finns patienter på Nyby som klassas inom kategorin senildementa.

I februari 1990 sänder personalen på Nyby en skrivelse till de politiskt ansvariga i primärvårdsnämnden, som mynnar ut i en lista med krav:

"Vi, undertecknade personal på Nybyhemmet, kräver svar snarast på följande frågor, dock senast vecka 14-1990.

-Vilken inriktning och verksamhet skall Nybyhemmet ha? Vi vill ha Er definition.

-Hur länge får Nybyhemmet finnas kvar?

-Inom vilken tidrymd skall eventuella förändringar ske, från Landstingskommunens sida? Vem skall vara huvudman, och vad ger det för följd för vår del?

-Vad skall hända med de som bor på Nybyhemmet idag?

-Vi kräver att få personalstödda gruppvårdsboenden på och utanför Nybyhemmet. När kan detta komma till stånd?

-Vad skall ske med personalen?

-Vi kräver att beredningen, som utreder Nybyhemmets framtid, skall samarbeta med oss! "

Först i slutet av 1991 tycks de avgörande förutsättningarna för ett vårdpolitiskt beslut vara för handen.

Sedan 1990 hade personalen i samförstånd med sin ledning varit på spaning efter nya lokaler passande för gruppvården. 1991 öppnades en måhända något oväntad möjlighet genom den aktuella krisen på fastighetsmarknaden och fastighetsbolagens svårigheter att få

hyresgäster till nyproducerade lägenheter, som i regel har en högre kvadratmeterhyra än gamla. I förhållande till att bygga om Nybyhemmet eller bygga en ny institution skulle emellertid nya, relativt dyra privatbostäder vara billiga, så länge som den statliga bostadspolitiken med räntesubventioner av bygg lån finansierade hyresboendet. I november 1991 påpekar personalen vid Nyby i ett brev till primärvårdsnämnden i Falkenberg att om verksamheten förvandlas och bedrivs i vanliga bostadslägenheter, i stället för på institution, så kan Landstinget enkelt reducera hyreskostnaden för verksamheten med minst en miljon kronor per år. Det kommunala bostadsföretaget Falkenbergs Bostads AB, som har många outhyrda nyproducerade lägenheter på Falkagård i stadens utkant, har förklarat sig villigt att hyra ut det behövliga antalet privatlägenheter till Nybyfolket.

Beslutet

På de flesta håll i landet finns det inom landstinget särskilda sektorer för psykiatri, men i Falkenberg ligger psykiatrisk rehabilitering och öppenvård under primärvården.

Primärvårdsnämnden reagerade snabbt på förslaget från personalen och tillsatte genast en arbetsgrupp. Efter tre sammanträden, det första i januari 1992 och två i februari 1992, föreslog "Arbetsgruppen för framtida vård och boende för Nybyhemmets patienter" att primärvårdsnämnden i Falkenberg gör en särskild framställning till Landstingsstyrelsen med följande förslag:

"att verksamheten vid Nybyhemmet får flytta till de lokaler som erbjudits inom Falkagårdsområdet i Falkenberg, att verksamheten vid Nybyhemmet får

förändras till ett länsövergripande hem för aktiv rehabilitering."

Syftet med verksamheten skall vara:

"Långsiktig aktiv rehabilitering av personer som efter en längre tids psykisk sjukdom är i behov av en noga strategisk planerad aktiv rehabilitering med mål att personen skall kunna återgå till eget boende, med stöd ev. av socialtjänst och psykiatri, i sin hemkommun."

Arbetsgruppen motiverade sitt omgripande förslag på knappa fem magra A4-sidor plus en halv sida bilaga för flyttningskostnaderna.

Hur kunde detta var möjligt? Att om inte på en natt så på tre sammanträden avveckla en sekelgammal mentalvårdsinrättning, radikalt ändra verksamhetsinnehållet och börja en delvis ny verksamhet med samma personal och samma patienter i ett vanligt bostadsområde.

På papperet har vi ett beslut och en handling som gick från arbetsgruppen över primärvårdsnämnden till Landstingsstyrelsen. Hur såg innehållet i beslutet ut? Var det detta beslut och handlingarna som ansluter till det, som formade levnads- och arbetsvillkoren för folket på Lyckebo? Eller har vi att göra med många beslut och många handlingar – och vilka i så fall? Vem och vad är det som har utformat det speciella med Lyckebo?

Vilka utformade beslutet? Endast verksamhetsföreträdare från landstinget deltog i arbetsgruppen –

ingen representant för kommunerna eller patient-organisationerna.⁴

Uppdraget, som kom från primärvårdsnämnden i Falkenberg har definierats som en ren landstingsfråga inom länets rehabiliteringsverksamhet, i första hand avgränsad till Nybyhemmets framtid.

Varför förändring av verksamheten? Arbetsgruppen pekar på att det i "länet saknas resurser för aktiv rehabilitering av medelålders psykiskt långtidssjuka "som siktar till ett eget boende. Behovet i länet bedömer arbetsgruppen till 15-20 vårdplatser. Arbetsgruppen framhåller:

"För att kunna bedriva den typ av aktiv rehabilitering som här avses krävs en annan miljö än det är idag på Nybyhemmet. Forskning visar att man når bättre resultat i rehabiliteringsarbetet om behandlingen sker i så hemlik miljö som möjligt ute i samhället därför är en placering av föreslagen verksamhet i ett vanligt bostadsområde en bra förberedelse för nästa steg."

Varför "mellanvårdsform"? Arbetsgruppen hänvisar till den statliga psykiatriutredningen som betonar

⁴ I "Arbetsgruppen för framtida vård och boende för Nybyhemmets patienter" ingick : Sjukvårdsdirektören från Landstingets centralförvaltning med det övergripande ansvaret för länets psykiatriplan, ekonomi och förändringar, Landstingets utredningsekreterare på sjukvårdsområdet, personer på tre nivåer i primärvårdsektor Falkenberg: förvaltningschefen, biträdande basenhetschefen för Ullared - enheten omsluter organisatoriskt Nybyhemmet och Liahemmet- och avdelningsföreståndaren för Nybyhemmet. Medicinskt ansvariga: överläkaren för rehabiliteringsverksamheten inorra länsdelen och en läkare representerande psykiatri i södra länsdelen, samt en tjänsteman från sjukhuset i Varberg med ansvar för externa placeringar, dvs placeringar på enskilda sjuk- och vårdhem.

betydelsen av eget boende framför institution och skriver:

"Med eget boende menar man egen bostad i sin hemkommun där man klarar sitt boende med ev. stöd av socialtjänst och psykiatri (serviceboende). Man är från psykiatriutredningen dock medveten om att det finns patienter som är i behov av den typ av mellanvårdsform som här föreslås med aktiv rehabilitering före man kan ta steget ut i eget boende."

Mellanvårdsformen innebär enligt arbetsgruppen:

"att verksamheten bör betraktas som en landstingsdriven institution där man skrivs in, får aktiv rehabilitering och sedan skrivs ut till eget boende i primärkommunen. I denna modell står landstinget för alla kostnader och patienten betalar vårdavgift".

Patienten får inget eget kontrakt. Ty "konsekvensen av eget kontrakt kan också bli att patienten vägrar att flytta vilket omöjliggör en nyrekrytering av patienter som var avsikten med förslaget". Vidare:

"För att undvika gränsdragningsproblem med socialtjänstens ansvar för boendefrågor anser man ('man' syftar här på en sakkunnig inom psykiatriutredningen som anlitats, min anm) att verksamheten bör renodlas som en landstingsinstitution med patienten inskriven under den tid de genomgår rehabiliteringsprogrammet."

Verksamheten ska bedrivas i en "hyresfastighet på Falkagårdsområdet i Falkenberg. "Möbler och övrig nödvändig utrustning flyttas från Nybyhemmet, dock kommer viss komplettering att behöva göras i samband med flyttningen."

Personalfrågan. På Nybyhemmet fanns 16 tjänster i budgeten. På flera deltidstjänster var 23 anställda direkt berörda av beslutet: 2 sjuksköterskor, 15 skötare och 6 biträden. Arbetsgruppen skriver i sitt förslag:

"Någon personalförändring vid förflyttning av verksamheten vid Nybyhemmet till Falkagårdsområdet bedöms inte vara nödvändig. Reduceringen av vårdplatser medger inte någon neddragning av antalet tjänster då omstruktureringen av verksamheten såväl innehållsmässigt som lokalmässigt kräver en hög personaltäthet. Omprövning får ske när verksamheten varit i gång en tid. Personalgruppen kan på sikt också behöva särskild kompetens för arbete med social färdighetsträning. Sådan kompetens kan med fördel delas med annan verksamhet inom primärvården."

Utbildningsfrågan. Arbetsgruppen förslår "ca 1 veckas särskild introduktionsutbildning med interna och externa föreläsare. Introduktionsutbildningen är en nödvändig förutsättning för att personalen skall hitta former för sitt förändrade arbetssätt." De framhåller också att "ett önskemål är att alla som skall arbeta på det nya rehabiliteringshemmet har lägst skötarutbildning".

Budgetförändring. Arbetsgruppen pekar på att vid en jämförelse mellan totalkostnader för Nyby respektive Falkagård kan man göra en inbesparing på 1.259.640 kr i årsbudgeten (Lyckebos budget år 1993 7,9 miljoner) genom en flyttning till Falkagård.

I mars 1992 fattar först Primärvårdsnämnden och något senare Landstinget beslut om avveckling av

Nybyhemmet och överflyttning av verksamheten till Lyckebo: "en mellanvårdsform, ett hem för aktiv rehabilitering". Beslutet motiveras bland annat med att den nya boendeformen ligger i linje med psykiatriplanen och med den statliga psykiatriutredningens rekommendationer.

Inflyttningen i bostadsområdet Falkagård påbörjas under sommaren samma år. I september bor de flesta patienterna i sina splitter nya lägenheter.

Summering

Redan 1988 betecknades verksamheten på Nybyhemmet som rehabilitering. En ny vårdform, gruppboende, introducerades, och det visade sig – i praktiken – att patienterna blev bättre och mer aktiva, samtidigt som medicineringen minskade. Personalen, som såg resultaten och börjat diskutera målen och rehabiliteringens konkreta innebörd, krävde att rehabiliteringslinjen utvecklades fullt ut och började bli leta efter nya lokaler. Läget på bostadsmarknaden hjälpte till och en snabb utredning visade att betydande besparingar skulle kunna göras genom flyttningen till bostadsområdet Falkagård. Beslut fattades och verkställdes.

I hanteringen av förändringsprocessen har förvaltningsledningen varit aktsamma och noga med att inte pressa färdiga modeller eller externa lösningar på verksamheten; man har till exempel inte tillkallat utredare eller konsulter. De aktiva i det vardagliga arbetet har själva fått arbeta fram förslag och finna lösningar på sina olika problem; de har fått leva igenom sina konflikter och lösningarna har fått "värka fram".

De ständigt pågående värderingarna av arbetet har skett i förhållande till konkreta problem på Lyckebo – inte i förhållande till en mall för hur rehabilitering ska bedrivas och utvärderas. Härigenom har pågående dagliga konflikter och problem hos såväl individuella skötare som patienter tillåtit komma upp till ytan. Personalen har inte kunnat undvika att ta ställning och därmed också ansvar för sitt eget arbete.

3. NYBYHEMMET - HUR VAR DET DÄR?

Nybyhemmet klassades 1943 som ett sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka och långtidssjuka, dvs en slutstationen före den slutliga avgången ur livet.

Hurdan var verksamheten vid det gamla Nybyhemmet, vad var det man verkställde mellan 1943 och 1987?

Vårdmaskinens vardagsrutiner

Hur personalen vid Nybyhemmet arbetade framgår av "Sammanställning från arbetslagsträff 87-04-22". De fyra arbetslagen hade då fått i uppgift att lista sina dagliga arbetsuppgifter:

Grupparbetsuppgift - kategorivis -Våra arbetsuppgifter idag *Redovisning:

Skötare
 rapport
 gymning
 väckning och upptagning
 dusch, tandvård, påklädning, rakning, hårvård
 frukost, pat matning
 bäddning
 städa
 fika pers + kontaktmannamöte
 forts städning
 toalettrunda
 lunch, pat matning
 lägga pat som sover middag
 lunchrast
 ta upp pat
 toalettrunda
 aktivering när man har aktiveringsdag
 duka fram till kaffet

kaffe pat matning
 kaffedisk
 fikapaus
 toalettrunda
 överkastavtagning
 städa toaletterna
 rapport
 kvällsmat pat matning
 läggning för en del trötta, hyglenvård
 klädvård, tvätta.

Arbetsrapport

Rapport
 Gympa
 ADL
 Planering förberedelser-
 Kaffe/möte-
 Aktivering /pat. kaffe/matgrupp-
 Efterarbete mm /städ-
 Lunch-
 Aktivering/kurs, ute-
 (Tid till kontaktpat)

Natt

från 21.45 -22.00
 Rapport
 Kaffe personal och patient
 Hjälpa pat vid behov
 Rond hjälper pat till toalett
 Byter i sängar
 Duschning vid behov ev tempning.
 Städning av dagrum
 Matpaus
 Övervakning
 Rond samma som tidigare
 ev övervakning kläder som ev skall märkas
 Upphängning av tvätt
 Iordningställande av duschen för morgonarbetet
 Ev ringningar
 Kaffe till pat
 Morgonronden med dusch och ev toalettbesök
 Tempning
 Ev födelsedagskaffe
 Städa toaletter och duschrum
 Tömma soppsåsar
 Rapport 07.00
 Hemgång 07.15

Vårdbiträden

Rapport 10 min
 Pers gymn 5 min

Väckning och upptagning med hjälp av pers till toalett,
 dusch av alla pat.
 Påklädning, tandvård, kamning, rakning
 Hårläggning varje torsdag
 Hjälptill matbordet
 Haklappar sätts på, brickor delas ut, smörgåsar breds m.m.
 Matningar tillsyn övriga och så att de får med. i sig
 Från matbordet till aktiviteter och dagrum
 Bäddning av alla sängar
 Brickor ska bort från borden
 (Pers fika avd möte 2 ggr i veckan)
 Vi har veckostädning varje dag av något utrymme
 Daglig städning dammning
 Pat daglig behov
 Tvättar kläder på kvällsvakten samma procedur till kvällen,
 klär av pat. tar upp till toaletten kl 20.00 - 21.00
 Varje onsdagskväll tvättar vi alla pat. kläder och plockar
 fram rena kläder.
 Torsdag bad, innebär naglar, hår.

Arbetslistorna beskriver formen – den kollektiva
 ordningen – och huvudinnehållet i verksamheten:
 nattande och väckning, duschning och påklädning,
 servering av frukost, lunch, kaffe och kvällsmål,
 städning av lokaler och tvätt av kläder; kroppsvård,
 klädvård och lokalvård var organiserad efter
 demenspatienternas status.

Rehabilitering och gruppboende

I slutet av 1987, då rehabiliteringsbegreppet införs
 börjar situationen förändras för patienter med
 psykosdiagnos.

Överläkaren ger en allmän definition: "Psykiatrisk
 rehabilitering handlar om att genom olika insatser
 (psykologiska, sociala, medicinska) hjälpa patienten
 att åter bygga upp dom psykiska och sociala funktio-
 nerna och därigenom möjliggöra ett så självständigt
 liv som möjligt för denne."

Vad gäller arbetet med de psykiskt långtidssjuka så bör det "inriktas på öppnare vårdformer, både enskilt och i kollektiv, i så hemlik miljö som möjligt och i möjligaste mån på den ort där patienten har en tidigare förankring. Denna typ av rehabiliteringsarbete måste bedrivas i god samverkan med socialtjänst och distriktsvård."

Formerna och innehållet i den nya verksamheten utformas av personalen på Nyby tillsammans med överläkaren. Man kallar sin verksamhet för gruppvård och gruppboende. Den nya verksamheten bedrivs parallellt med "förvaringsverksamheten".

Från duschning på löpande band till individbaserad hjälp

I den ovan nämnda skrivelsen till primärvårdsnämnden, undertecknad av all personal i februari 1990, beskriver personalen själva skillnaderna mellan den tidigare "klumpande" vårdformen och den individinriktade som de började tillämpa 1988. 1985, skriver personalen, fungerade Nybyhemmet "ungefär som mentalsjukhusen":

"Inriktningen var huvudsakligen städning och förvaring av människor. Allt var rationellt upplagt. Alla patienter väcktes kl 07.00 och duschades på löpande band. När frukosten serverades skulle alla vara klara och stå utanför matsalen och vänta tills vällingklockan ringde, då de fick gå till sin plats.... Alla herrarna åt i en matsal, och damerna i en. Även vid de övriga måltiderna skulle de vänta på klocksignalen.

Det bodde då ca 50 patienter på Nybyhemmet.....

Man skall komma ihåg att detta var den tidens vård, till vilken man också utbildades. Att aldrig se till individen, ordet helhetssyn var inte uppfunnet."

År 1990 har varje patient som omfattas av rehabiliteringen "eget rum och egna möbler" och "sin kontaktman såsom stöd och hjälp vid hygien, städning, klädinköp, ekonomi och övrigt som rör vardagslivet", och personalen framhåller de framsteg som gjorts:

"Patienterna mår bättre, är lugnare och mer medvetna om den egna viljan. De har fått lättare att uttrycka sig. Vi ha genom detta även kunnat minska medicineringen.... De har blivit öppnare, mer positiva och kan lättare uttrycka sig språkligt. De visar också sina känslor, saker som de burit på i många år kommer fram och måste bearbetas.....

Under de två år som vi har arbetat på detta sätt, har vi märkt en otrolig skillnad på herrarna. De flesta har utvecklats oerhört mycket, och visat sidor av sig själva som länge varit gömda".

Inför flyttningen till Lyckebo, 1992

I februari 1992 fanns på Nybyhemmet 16 "psykospatienter" i åldern 54 till 91 år. Den av privärvårdsnämnden tillsatt arbetsgruppen kom fram till att:

"11 av dessa patienter är personer som efter en längre tids rehabilitering beräknas kunna klara eget boende i hemkommunen med stöd av socialtjänst och psykiatri. 5 patienter kommer att vara i behov av omvårdnad i skyddad miljö under resten av sitt liv.

Planer finns att flytta några av de sistnämnda till Liahemmet i Ullared. På Liahemmet finns i sin tur patienter som skulle kunna flytta till Nybyhemmet."

Läkarnas inflytande över patienternas framtida liv är i detta ögonblick ödesdigert. Vilka ska klassificeras som dementa, och vilka som rehabiliteringsbara? Flera av de som blev Lyckeby-bor låg i riskzonen för att hamna i den förra kategorin.

Några skriftliga preciseringar av begreppet rehabilitering i anknytning till verksamheten vid Lyckebo utformas inte. Inte heller några speciella direktiv till personalen, utöver påpekanden och kommentarer i arbetsgruppens förslagsskrivelse.

Någon speciell utbildning i den nya verksamheten psykiatrisk rehabilitering har inte förekommit. Två av de skötare som följde med till Lyckebo har deltagit i en kontaktmannakurs på sjukhuset i Varberg. Kursen var på ca 40 timmar per termin och pågick i tre terminer.

4. LIVET PÅ LYCKEBO – DET FÖRSTA ÅRET

Lyckebo består av ett vanligt 4-våningshus, med 3 lägenheter på varje våningsplan. En lägenhet på nedre botten blev "personallägenhet" med plats för administration och personalträffar och i ett av de närmaste grannhusen finns en lägenhet som fungerar som gemensamhetslokal för patienterna. Bostadsområdet är omgivet av skogsområden och ängar. De flesta husen är två-våningshus, med altaner och balkonger. Husen är placerade i vinklar, med uteplatser, gräsmattor och planteringar mellan husen.

Namnet Lyckebo fick institutionen genom en omröstning bland personalen.

Fastigheten var hyrd från och med 1 juli 1992. I september flyttade de första patienterna från Nyby till Lyckebo och i oktober var inflyttningen klar för 12 patienter från Nyby och 2 från Liahemmet.

Månaderna fram till nyåret 92 kallade några i personalen för en smekmånad, men i februari 93 – sa de till mig – kändes det som om smekmånadstiden var förbi, ty förutom olika nya frågor som flyttningen fört med sig så hade gamla problem från Nybytiden åter dykt upp.

Efter att verksamheten vid Lyckebo varit igång ett halvår besvarade, i februari 1993, personal och patienter en omfattande enkät.⁵

De 22 anställda besvarade ett sjuttiotal frågor om sitt arbete och sin nya arbetsmiljö vid ett och samma tillfälle, under ett personalmöte. Under februari-mars besvarade också de 14 patienterna ett sextiotal frågor om sin nya miljö, sitt självbestämmande, sin vardag, sin syn på personalen, sin egen framtid. Patienterna besvarade enkäten enskilt i sina lägenheter, under intervju liknande former.

Personalgruppen: Tjugo kvinnor och två män

Personalgruppen består av tjugo kvinnor och två män. Sjutton av dem är sammanboende/gifta, två är frånskilda, en är änka och två är ensamstående. Nitton av dem har barn.

Tretton har skötarbefattningar, sex är sjukvårdsbiträden, två är sjuksköterskor av vilka den ene leder verksamheten som avdelningsföreståndare, och dessutom finns det en halv fritidsledarbefattning. Nitton personer, skötarna och biträdena, har identiska arbetsuppgifter. Den ena sjuksköterskan har till en del samma arbetsuppgifter som skötarna, men hon svarar dessutom för medicinhantering och vikarierar för avdelningsföreståndaren.

⁵ Vilka frågor som ställdes och en detaljerad redovisning av svaren finns i Lappalainen 1993. Här ger jag endast en översiktlig redovisning av enkätresultaten.

De tretton skötarna har sammanlagt 176 år i yrket, de sex biträdena 192 år. Hela gruppen på 22 personer har sammanlagt 393 år i yrket, dvs närmare 18 år i genomsnitt.

De två som har klart skilda arbetsuppgifter i personalgruppen är föreståndaren och fritidsledaren – även om de dagligen är involverade i samma frågor och problem som skötare och patienter. Av de övriga 20 arbetar sex natt, fjorton dag.

Tretton har gått utbildningen till skötare på gymnasiet två-åriga vårdlinje, eller förvärvat motsvarande kompetens t ex genom internutbildning.

Fritidsledaren kom till enheten hösten 1992, tre av nattskötarna 1991. Alla andra, dvs arton personer, är gamla i gården. Sexton har arbetat tillsammans i mer än 10 år på Nybyhemmet.

Patientgruppen: Åtta män och sex kvinnor

Av de fjorton patienterna är åtta män, den äldste 92 år är född 1901, den yngste är 45 år född 1948, medelåldern är 69 år. Den äldsta av de sex kvinnorna är 82 år född 1911, den yngsta är 49 år född 1944, medelåldern är 65 år.

Tretton har totala vårdtider på mer än trettio år på sluten psykiatrisk institution, en från 1937. Dessa tretton har tillbringat större delen av sina vuxna liv på St. Maria i Helsingborg och på Nybyhemmet i Falkenberg. För två av dem har sjukhemmet Lia i Ullared fyllt Nybyhemmets funktion som den främsta och längsta vårdplatsen. En av de fjorton,

som med sina 45 år är den yngste, kom till Lyckebo från sjukhuset i Varberg. Han skiljer ut sig genom att han inte som de övriga vårdats på mentalsjukhus och sjukhem utan enbart på klinik och behandlingshem.

Nio ville flytta, fyra brydde sig inte, en var emot

Då patienterna besvarade frågorna i enkäten hade tretton bött på Lyckebo över fem månader, den fjortonde i två månader. De flesta, nio personer, välkomnade flyttningen, fem av dem "mycket gärna", från sjukhemmet till lägenhet.

Nio av patienterna angav att de ville flytta till Lyckebo utifrån olika skäl som: "egen lägenhet", "få sköta mig själv", "jag tyckte det skulle bli bättre", "ville ha friare liv", "man ska ha någonstans att bo", "man får god passning" och "blev tvungen".

Fyra "brydde sig inte" och en av dem preciserade sin inställning som en både-och-ståndpunkt : "Jag trodde det skulle bli en massa låsta dörrar, ingen frihet alls" och "jag behöver öva mig i hushållsarbete".

Endast en person, en kvinna, var klart emot flyttningen: "jag hade det bättre på Nybyhemmet, jag tycker inte om att bo så ensam".

Åtta, fyra män och fyra kvinnor, bor ensamma och sex personer delar lägenhet med en annan person av samma kön. Tolv av dem är nöjda med själva lägenheten, tio av dessa "mycket nöjda", endast en man svarade negativt "ganska missnöjd" och en man svarade blankt.

Institution eller egen lägenhet

På frågan "Vad är Lyckebo för något?" var spridningen i svaren stor. Alternativrikedomen – och får man förmoda därmed även oklarheten – är påfallande. Endast en person anger den officiella beteckningen "rehabiliteringsverksamhet". Fyra uppfattar att vi har att göra med "egna lägenheter för ovana personer". Fyra andra "ett gruppboende med omsorg" och för tre framstår Lyckebo som "ett bostadskollektiv där man lär sig att bo ensam". En man valde alternativet "psykiatrisk långvård, sjukhem" och två svarade blankt.

Sammantaget: fyra av de tolv som tog ställning till frågan betonade "egen lägenhet", de åtta andra markerade institutionskaraktären.

Institutionsmarkeringen och osäkerheten framkommer även i svaret på frågan vilka människor Lyckebo är till för. Sju angav "personer som är i behov av vård". Så många som sex föredrog att markera blankt och en svarade "vet inte".

Personalen: från kroppsvårdare till handledare i vardagssysslor

De flesta i personalen är utbildade till den gamla mentalskötarrollen, dvs att först och främst övervaka och tillgodose de fysiska behoven hos patienterna.

I och med starten av Lyckebo betonar verksamhetsledningen de psyko-sociala kunskapsområdena

och anslår först en veckas internutbildning, som sedan följs upp med flera återkommande utbildningsdagar. Ledningen markerar efter en tid att alla bör ha genomgått skötarutbildning och kunna klara de nya kraven på kontaktmannaskap, individuell vårdplan och kvalitetssäkring. En löpande fortbildning i arbetet ordnas genom att personalen erbjuds en handledare.

Tidigare låg vårdtyngden på kroppssidan och de individuella patienterna bedömdes efter hur mycket arbete de krävde ifråga om hygien, matning och städning. År 1993 ligger tyngdpunkten i vården på det mentala och sociala planet. Personalen beskriver i enkäten sina arbetsuppgifter med ord som:

"rehabilitering av psykiskt sjuka",
 "att vara behjälplig vid behov, medicin utdelning",
 "stödja och hjälpa de inneboende",
 "att hjälpa de boende med att lösa psykiska och andra vardagliga problem", "tillsyn och hjälp nattetid",
 "se till att de inneboende får en meningsfylld dag, social träning",
 "hjälp till självhjälp, träna de boende i hushållsarbete, t ex ekonomi", "kontaktman, hushållsarbete, kulturombud, omvårdnad, rehabilitering", "stötta de boende i dagliga livet",
 "hjälp till självhjälp och rehab.",
 "aktivera: promenader, handla och utföra ärenden tillsammans med boenden, tvätta och laga mat",
 "kontaktmannaskap, samtal, social träning, medicinhantering",
 "rehab i mån det går".

I enkätundersökningen kommer en intressant motsägelse i den nya verksamheten i dagen. Personalen ger enhälligt uttryck för tillfredsställelse med sina

nya arbetsuppgifter och den förändrade relationen till patienterna. Hela tjugotvå anställda tyckte vidare att arbetsuppgifterna varken är för svåra eller för enkla, trots att vårdtyngden och behoven nu uppenbart inte längre ligger på det kroppsliga utan på det psykosociala området. Men när det kommer till att lista olika hinder för att målsättningarna i arbetet ska uppnås anger de flesta att hindren främst ligger i att patienterna är för institutionsskadade eller för sjuka - först som sista hinder anger de fel utbildning hos personalen, dvs den egna förmågan att klara av arbetet.

Tillfredsställelsen i arbetsuppgifterna kommer även fram i svaret på frågan om vad som är det mest positiva i jobbet. För 17 är det den nya utvecklingen och *relationerna till patienterna*. På frågan om i vilken grad arbetet är inriktat på att *höja patienternas kompetens* finns det emellertid en kluvenhet i personalgruppen, och endast en tredjedel svarade tveklöst "i stor utsträckning".

Samtidigt som de är eniga i beskrivningen av arbetsuppgifterna och är tillfreds med sina uppgifter, tycks alltså synen på patienterna (ännu) inte ha förändrats dithän att personalen faktiskt ser målsättningarna som realistiska.

För att hårdra detta något: Personalen tycks trivas med sina nya uppgifter och de förändrade relationerna till patienterna, de anser sig ha den kompetens som behövs men, ser - utifrån en kvardröjande bild av sina långtidssjuka patienter - knappast målen som realiserbara.

I vissa frågor är personalgruppen på 22 personer så gott som helt överens. Arbetsuppgifterna beskrivs

tämligen likartat och i frågor om arbetsbelastning, svårighetsgrad, krav i jobbet, medbestämmande och engagemang i arbetet har så gott som hela personalgruppen en positiv bedömning. De är tillfreds. Enigheten gäller också vad som är det mest negativa i jobbet, relationerna i personalgruppen, till chefer och arbetskamrater.

Det finns sprickor mellan skötarna och cheferna och mellan skötarna. Inställningen till utbildning och kompetens och behovet av handledning tillhör det som delar skötarna i olika grupper. Detta kommer även fram i synen på behovet av förändringar i arbetet. Hälften av personalgruppen ställer sig klart positiv till utbildning, handledning och förändringar, medan den andra hälften har en mer reserverad eller tveksam hållning i dessa frågor. Det största hindret för att uppnå målet i arbetet uppfattar de ligger i att patienterna är för institutionskadade eller för sjuka.

Patienten: från gruppvarelse till privatperson

Tretton av de fjorton patienterna har levt 30 år och mer av sina liv i den psykiatriska institutionens kollektiva former, en hela 55 år. Trettio år på institution - hurdan blir man, hurdan är man? Kan man över huvud taget klara av ett annat liv och en annan miljö än den av institutionskollektivet reglerade patientens? Kan man koka sitt kaffe ensam på en elspis, stänga av vattenkranen, lägga sig utan att bli tillsagd? Vet man vad pengar, hyresgäst, lägenhet är och vad man gör och inte gör i en lägenhet när man är helt ensam?

Hur handfallna, desorienterade och hjälplösa är de gamla mentalvårdspatienterna i sina lägenheter på Lyckebo efter alla åren av omhändertagande?

Den relativt höga medelåldern, 69 för männen och 65 för kvinnorna, bör beaktas när svaren, som lämnades efter fem månader på Lyckebo, avläses. En av de fjorton hade kortare vistelsetid än de andra, två månader.

Matlagning: Utifrån de boendes egna svar på enkäten kan man utläsa att 10 av 14 deltar i cirkeln för matlagning och att 11 av 14 uppger att de ganska ofta eller ofta själva lagar mat. Däremot var det bara 5 som angav att de var med och bestämde över maten de äter, 9 svarade att det är personalen som bestämmer vad de ska äta.

Städning: 4 angav att de städar själva, 8 att personalen hjälper, endast en "städar inte".

Tvätt i gemensam tvättstuga: hälften, 7 personer, svarade att de tvättar ibland, 1 svarade att hon tvättar och 6 svarade att de inte tvättar.

Fritid på egen hand: Frågan "när du är ledig, vad tycker Du då om att göra" uppfattades på två olika sätt. En grupp om fem angav endast ett svarsalternativ bland de sex möjliga. En annan grupp om nio markerade flera alternativ. Utifrån antalet markeringar på respektive rubrik kan man få fram en sex i topp-lista, med "se på TV" på första plats, och "läsa" på andra plats och därefter "vila" och "promenera". På delad femte plats finns "umgås, prata" och "annat" som preciseras till "skriva", "träffa flickvän" och "mycket annat".

Orientering och beredskap: Nästan alla, 13 personer, uppger att de behöver personalen för att klara sitt boende och 10 anser att de inte klarar sig utan psykiatrins hjälp.

Beredskapen inför oväntade problem och hur man skulle lösa dem var påtagligt hög. På frågan om eventuella fysiska hälsoproblem var ingen svarslös. Tretton skulle kontakta personalen, den fjortonde svarade att "det var svårt att veta i förväg".

Samma beredskap fanns inför *psykiska problem*. Tolv skulle tala med någon, personal, läkare eller anhörig. En svarade "göra ingenting" och en "ta livet av mig".

Inte heller på området *pengar* och deras användning var någon rådlös. På frågan om eventuella penningproblem svarade tretton att de skulle tala med personal, anhöriga eller läkare. Vad gällde inköp till sig själva skulle tolv först rådfråga personalen innan de handlade.

På frågan om de kommer att *flytta ut en dag* svarade sex ja, fyra nej och fyra vet ej.

Utifrån dessa svar, patienternas egna uppfattningar, kan kunskapen, förmågan och självbilder belysas och värderas.

Kunskapen

Kunskapen om den egna belägenheten tycks genomgående vara hög i gruppen: Ingen är oklar över var man befinner sig eller om den egna relationen till personalen. Den kunskapsmässiga beredskapen inför oväntade problem - t ex med hälsa eller

pengar, och hur de skulle kunna lösas - var likaså hög.

Förmågan

Såväl intresset som vad man klarar av och inte (sjukdomar och ålderskrämpor sätter sina hinder) bör finnas med i bilden då förmågan värderas.

Intresset för matlagning är stort. Det framgår av att tio av fjorton deltar i matlagningscirkeln och att så många som elva anger att de klarar av att laga mat, de har kryssat i alternativen ofta och ganska ofta.

Inte heller "fritiden" står man handfallen och hjälplös inför. Majoriteten markerade flera intressen och olika typer av aktiviteter.

När det kommer till städning och tvätt i gemensam tvättstuga är det ungefär hälften som städar och tvättar själva, eller deltar i arbetet.

Det fanns en lång tid i dessa människors vuxna liv då de var objekt för nattning, väckning, toalettning, duschning, haklappning, matning. Ser man på dem utifrån deras egen uppfattning om sin förmåga år 1993 tycks en hel del av det arbetet ha utförts inte för deras skull, utan för vårdsystemets egen skull.

Patienterna tycks inte heller vara ensamma i uppfattningen om sin kompetens. När jag frågade cirkeledaren för matlagningskursen, som känner patienterna från tiden på Nyby, vad hon tyckte om sina elever på Lyckebo svarade hon: "de är som vilka pensionärer som helst". (Jfr "patientbilderna" i Kap 1.)

För mig som nyanländ till Lyckebo är skillnaderna mellan patienterna stora. Några tar sig ensamma ner till stadens centrum, några begränsar sina ensamma promenader till bostadsområdet; andra går inte ensamma utanför huset eller den egna lägenheten. När jag t ex kommer för att genomföra enkätundersökningen har mitt besök föreberetts speciellt i fyra av lägenheterna och som besökare blir jag tillfrågad om jag vill bli bjuden på kaffe; vissa är intresserade av min person och mitt arbete, andra inte, de svarar ordentligt på enkätfrågorna utan att ställa en enda fråga till mig.

Värdideologi och vårdpraxis på Lyckebo.

Redan när man på Nybyhemmet införde rehabilitering som mål ledde det till olika sätt att arbeta med patienterna och splittringar inom personalgruppen. Gamla sätt att se på patienterna levde kvar och bekämpade förändringar i den direkta patientkontakten. I och med flyttningen till Lyckebo förändrades villkoren drastiskt. Arbetet skulle ske i patientens lägenhet, helst skulle patienten tala om hur han eller hon ville ha det, skötaren skulle vara kontaktman och patienten själv göra så mycket som möjligt. Till vardags innebar detta dels att det gamla sättet att arbeta avvisades, dels att nya förhållningssätt och initiativ ifrågasattes. Varje enskilt ställningstagande blev betydelseladdat; måste man alltid knacka på dörren, fråga patienten först, osv? Motsättningen mellan det gamla synsättet och de nya villkoren blev synligt efter "smekmånadsperioden" och levde kvar i dubbla budskap, osäkerhet och konflikter i personalgruppen.

Många skiftande budskap

Varje patient får besök av morgonskiftet, eftermiddagsskiftet, kvällsskiftet och nattskiftet. Sex olika skötare under ett dygn är rätt så normalt. En del av besökens syfte är att göra något tillsammans som man kommit överens om, men en del av besöken har som syfte kontroll.

"Vad betyder egen lägenhet?" frågade en skötare och berättade om sin kluvenhet: "Vi säger till patienterna att det är deras egna lägenheter. Samtidigt har vi nyckel och ska gå in och kontrollera hur han har det och vad som försiggår där inne."

Går det att leva ett självständigt liv, dvs ett liv som kännetecknas av egna initiativ, under ständig kontroll och bevakning av sjukvårdspersonal? Vad är det egentligen patienten ska bestämma över och vad ska skötarna bestämma?

Programmen talar om självständigt liv, egen lägenhet, egna saker, eget ansvar, samtidigt som varje patients beteende dagligen kommenteras och värderas av personalen, vilket patienterna vet. Hur kan man vara spontan och öppen om man vet om att man ständigt blir studerad? (Den professionelle skådespelarens huvudfråga kanske.)

Mötena där patienten diskuteras är stängda för honom och henne. Beslut som rör hela patientkollektivet fattas utan att patienterna hörs eller är närvarande.

Skulle det vara steg mot ett självständigare liv – om patienterna i mån av förmåga även deltog i

kollektivets administration, i den gemensamma planeringen av aktiviteter, i den ständigt pågående utvärderingen - att de patienter som var intresserade fick vara med och se och uppleva på vilka grunder personalen fattar sina olika beslut om mat, om rökning, om kläder och aktiviteter?

Osäkerhet

Målen är ställda: patienterna ska vidare till egen lägenhet eller servicehus. Men hur ska det gå till och vem ska göra vad? frågar sig skötarna. Frågorna de ska ta ställning till är många och svåra.

Sedan hösten 1992 har IVP - individuell vårdplan - tillsammans med begreppet kvalitetssäkring (uppföljning av åtgärd) varit de utmärkande och samlande begreppen i de månatligen återkommande metoddiskussionerna.

Varje patient har två kontaktmän. Dessa ska tillsammans med patient och ledning arbeta fram en vårdplan som presenteras för arbetslaget, en plan som sedan blir rättesnöret. Uppdraget tycks ha skapat osäkerhet och konflikter.

Osäkerhet kring funktioner: varför ska skötaren, kontaktmannen vara den ledande i utformandet av vårdplanen? Är inte det egentligen en uppgift för läkare och psykolog?

Osäkerhet kring innehåll: vad ska vårdplanen egentligen innehålla: social träning, nedtrappning av sömnmedel och annan psykofarmaka, ett nytt, socialt nätverk? Om patienten skrivs ut till eget boende så klarar han sig inte många dagar om han

inte får dagligt stöd från socialtjänst och hemtjänst och eget ombud. Och när ingen i hans kommun känner till honom och när kommunen inte har en beredskap som beaktar de speciella behoven i dessa individuella fall – vad gör man då?

Går det att tänka sig en framtid för patienten utan svar på dessa frågor? Utan svar på alla dessa frågor blir vårdplanen begränsad inom sjukdomsbegreppet precis som fallet är på Lyckebo.

Osäkerhet kring vardagsarbetet: social träning i hushållsarbetet – ja. Motivation och frivillighet i stället för psykofarmaka – ja. Ett nytt och annat socialt liv ja, men med vem och var, på Lyckebo eller i hemkommunen? Hur ska det dagliga arbetet struktureras?

Osäkerheten och konflikter mellan mål, möjligheter och handlingar försöker personalen tackla på flera sätt: t ex genom hög kontroll på vad som händer, ständig avrapportering och väl förberedda personalmöten och genom kontinuerlig journalföring t ex i samband med läkarbesöken som sker varannan vecka då patientens tillstånd, förbättringar-försämringar diskuteras, och då man gör medicin-korrigeringar i behandlingshänseende utifrån nuet och i förhållande till den allra närmaste framtiden. Fokuseringen i arbetet blir på det akuta, på vad som hänt.

Skötarens olika roller

I den tidigare skötarrollen, i 1987 års beskrivning, förekom knappt den psykiska omvårdnaden bland de uppräknade arbetsuppgifterna. Det mesta handlade

om att sköta och reglera rutiner kring föda, hygien, kläder och uppförande vid olika tider på dygnet.

I den nya skötarrollen på Lyckebo betonas de psykiska dimensionerna mer än de kroppsliga.

Det händer att skötarna får ta hand om akut ångest och depressioner. Ett exempel, en man som levtt i många år på Nybyhemmet, hade stora förhoppningar på Lyckebo: en egen lägenhet i ett vanligt bostads-hus, ett annat liv hägrade. Han blev djupt besviken och drabbades av en depression. Allt kvittade plötsligt. Skulle man då medicinera fram en förändring eller pröva någon annan metod? Det blev kontaktmannen, skötaren, som fick försöka "tala honom ur" depressionen. Om det inte lyckas kan hon kalla på läkaren med dennes receptblock. Eller förbereda sig för nästa gång genom att diskutera med psykologen som ger handledning. Någon annan beredskap mot akut ångest och depressioner än skötarens intresse och förmåga tycks inte finnas.

Den allra viktigaste personen för patienten till vardags och över åren är kanske skötaren. Särskilt när patienten inte har någon annan människa att tillgå. Och så är det ju på Lyckebo. Samtidigt kan det vara så att patienten inte heller har någon egentlig egen relation till någon skötare, eftersom skötarna är så många och ständigt ersätter varandra. De kommer och går med skiften.

Kontaktmannen kan vara en väg till en personlig relation. Till ett ömsesidigt förhållande där man med tiden upptäcker att man inte blir utnyttjad eller utelämnad, eller åtminstone upplever en viss respekt för sin person, så pass mycket att man vill börja söka sig ut mot andra människor.

Man kan med visst fog säga att det är skötaren som genom sin person styr patienten vad gäller vanor och hälsa, ordning och uppträdande, umgänge, intressen och framtid utifrån vad skötaren tror är patientens bästa.

Vad skötaren tycker är viktigt för patienten. Kanske ännu viktigare är det hur skötaren själv mår, det som kommer fram i vad och hur skötaren gör.

Med sina handlingar förmedlar skötaren hur hon ser på patienten. På Lyckebo blir det tydligt att patientens förmåga och handlingar är beroende av på vilket sätt skötaren uppfattar henne. Vad är det som skötaren avvisar och förbjuder och vad godkänner och tillåter hon?

Arbetets nya innehåll

Den gamla skötaren från Nybyhemmet finns bara kvar till en del, en del som fortsätter att minska, ju mer patienterna finner sig till rätta i sina lägenheter. Tryggheten i det gamla skötarjobbet byggde bland annat på den hårda gränsdragningen mellan personal och patienter, på gruppspänningen, på de två helt skilda fälten och rollerna. Framöver kan tryggheten i arbetet inte nås utan patientens aktiva medverkan och gillande, eftersom arbetet är individbaserat.

De nya villkoren, förskjutningen till socialpsykiatri, har som mål en individ med egna sociala kontakter, en individ som på egen hand fattar många självständiga beslut varje dag. Misslyckas man med detta misslyckas också skötaren i sitt arbete.

Såväl skötarrollen som patientrollen behöver omdefinieras utifrån de nya psykosociala kraven. Vissa handlingar och förhållanden kasseras och ersätts av nya.

Den framgångsrika sociala träningen i vardagsfunktioner är något som såväl patienter som personal uppskattar. Den bör kunna utgöra en god grund som man kan bygga ut och utvidga till att omfatta de olika ansvars- och beslutsfunktionerna inom huset, men även utåt genom studiebesök, föreläsningar, samarrangemang med lokala föreningar och myndigheter.

Tanken med individuell vårdplanering (IVP) framstår som god, men förutsättningarna för dess genomförande är ännu oklara. För att IVP ska kunna tillämpas bör två centrala frågor vara belysta:

1. vilka är de faktiska behandlingsåtgärderna på Lyckebo, vad är det som händer med patienter och personal och hur svarar dessa insatser mot definierade behov och angivna mål?
2. hur svarar Lyckebos organisation och organisationsvillkor mot de olika målsättningar som är involverade i verksamheten?

Vad är gemensamt för patienterna på Lyckebo?

Av femton patienter som flyttade in på Lyckebo var det endast en som inte klarade omställningen. Han vårdas sedan årsskiftet 1992-93 på sjukhuset i Varberg.

Två män har klagat över psykiska problem som dykt upp på Lyckebo. Förhoppningarna på vad den nya lägenheten skulle föra med sig var för stora hos den ene av dem – enligt hans kontaktperson – och ledde med tiden till besvikelser och en depression.

Den andre mannen har klagat över ångest och förföljelsemaniska föreställningar som bl a knyter an till miljön. I hans fall finns det kanhända en reell erfarenhet i hans klagan, eftersom han på grund av en kärlekshistoria under en längre tid blev särskilt bevakad och påpassad av personalen.

Alla övriga tycks ha anpassat sig bra och inte haft några större svårigheter att, sin höga ålder till trots, tillgodogöra sig den nya miljön och de annorlunda omständigheterna. Tolv säger sig vara nöjda med sin lägenhet och tio av dem till och med mycket nöjda.

Några längtar tillbaka till Nyby, andra inte ett dugg. Några vill flytta ut till egen lägenhet andra vill stanna på Lyckebo för gott.

Går det att tala om en typisk Lyckebopatient? Vad är det speciella och gemensamma som i så fall skiljer ut henne från exempelvis patienter i öppenvården?

Inga släktingar och inga vänner – ensamheten? Bara två av fjorton har en substantiell pågående ömsesidig relation till släktingar eller vänner utanför huset. För dessa två finns idag en utsikt, en möjlighet till ett liv utanför Lyckebo.

Men för de andra tolv, vad har de utanför huset? De har kanske en släkting eller två, de åker hem till dem någon gång per år, de får kanske ett telefon-

samtal då och då, men att bygga ett socialt liv på enstaka mer eller mindre udda kontakter – det går inte. Dessa tolv har bara Lyckebo. Så länge de bor på Lyckebo innebär det att de inte är övergivna.

Men deras ensamhet är inget speciellt, tvärtom det är ett av de vanligaste kännetecknen inom sjukvård och socialvård.

Det genomgående och återkommande temat för alla de tretton patienter som kom till Lyckebo från Nyby och Lia sjukhem tycks vara det stora beroendet av personalen. Det dyker upp hela tiden och i olika sammanhang och bekräftas på olika sätt av personalens syn på dem som beroende, som personer som bör tas om hand, som inte klarar sig.

Just i den här nedvärderingen av patientens kompetens möts patienter och personal, på den här punkten råder en stor enighet. "Jag klarar mig inte utan personalen", är synen på den ena sidan och på den andra sidan är synen: "Dom är sjuka, dom klarar sig inte utan oss". Men ingen vet patienternas kapacitet förrän man testat och provat den.

Självständighet hos patienterna innebär i första hand oberoende av personalen, en frigörelse från dem som bestämmer för henne och tar hand om henne.

Det speciella för Lyckebopatienterna är och blir att de förväntas *frigöra sig från de enda människor de har*: skötarna på Lyckebo.

5. LYCKEBO. ETT ÅR SENARE

Den process som belyses i tidigare kapitel sträcker sig t o m våren 1993.⁶ Sommaren 1994 återvände jag till Lyckebo för att genomföra en uppföljande studie, baserad på deltagande observation och intervjuer med patienter, personal och andra berörda, t ex hemtjänstpersonal, fastighetsskötare m fl.

Fem av de gamla patienterna hade då skrivits ut från Lyckebo - och därmed från psykiatrisk vård. Fem nya patienter hade skrivits in.

Lyckebo har fått nya funktioner, innefattande både institutionsvård och öppenvård. Man har en ny grupp boende på Lyckebo. Patienterna är inte längre enbart gamla långtidssjuka. Hälften är medelålders och har en helt annan bakgrund. Behovet av akuta behandlingsinsatser har ökat och gett verksamheten en ny profil vid sidan av det långsiktiga rehabiliterande arbetet.

Flera tillbringar en stor del av sina dagar utanför Lyckebo, och någon kommer utifrån till Lyckebo för att få sin medicin. Inte minst viktigt är att Lyckebo håller aktiv kontakt med sina gamla, utflyttade patienter.

⁶ Denna första del av studien har utförligare redovisats i rapporten *Livet på Lyckebo* (Lappalainen 1993).

Fem utskrivningar

1. Den 10 november 1993 sker den första utskrivningen till annat boende än Lyckebo. I början av hösten har en 92-årig man som kom till Nyby på 30-talet, anmälts för serviceboende till hemtjänsten i Falkenberg. Hemtjänsten erbjuder en plats hos en privat entreprenör i ett nybyggt servicehus intill Lyckebo på Falkagårdsområdet. Företaget erbjuder dels avdelningar med serviceboende (där vår man från Lyckebo flyttar in) och dels avdelningar med vård av dementa. Varje hyresgäst får en lägenhet omfattande ett kombinerat vardagsrum-sovrum med pentry, liten hall och badrum i en korridor med åtta lägenheter. Alla har egna möbler. Varje avdelning har ett gemensamt allrum med matplats för alla, stor TV-hörna, balkonger och stort kök. Servicenivån är god. Allt är nytt och fräscht. På dagtid finns två biträden på avdelningen och som på Lyckebo är en sjuksköterska tillgänglig. En skillnad jämfört med Lyckebo är att de andra på avdelningen är "vanliga pensionärer" (inte f d mentalpatienter). En annan skillnad är att hos den private entreprenören är personaluniformerna tillbaka i miljön, som på sjukhemmet Nyby, på sin tid.

2. Den 4 januari 1994 skrivs nästa man ut från Lyckebo. En 71-årig man som levt undanstoppad hela sitt liv – och inför vilken olika läkare sedan 40-talet tvekat om han ska betecknas som hörsel-skadad, utvecklingsstörd eller schizofren – accepteras nu som en pensionär inom normalbefolkningen. Via hemtjänsten kommer även han till ett vanligt serviceboende hos en privat entreprenör.

3. Den 10 januari 1994 flyttar den tredje i raden ut från Lyckebo. Det är en 70-årig man som nu åter-

vänder till sin hemby efter 49 år på institution. 1945 togs han in på St:a Maria i Helsingborg efter ett uppträde med föräldrarna, som inte ville veta av honom. 1959 kom han till Nybyhemmet. Den nya bostaden han ska bebo alldeles ensam är ett modernt radhus med kök, vardagsrum och sovrum och en liten täppa inom ett servicehusområde. Servicecentralen där han kommer att äta det dagliga middagsmålet ligger ett par minuters gångväg bort. 5 dagar i veckan tittar vårdbiträden från hemtjänsten in för en halvtimme, ibland för en timma.

4. Den 27 januari skrivs den fjärde och den femte patienten ut. Det är två män, 91 och 76 år gamla som blivit goda kamrater på Lyckebo där de bott i samma lägenhet och lärt sig dela hushållssysslorna. "Den ene är bra på att laga gröt, den andre på att koka kaffe", berättar deras kontaktkvinna.

Tillsammans ska de, med bistånd från Lyckebo och släkt, hyra en lägenhet om tre rum i ett HSB-hus på Falkagårdsområdet, ett stenkast från Lyckebo. Ett färdigt middagsmål levereras vid 12-tiden, 5 dagar i veckan tittar ett vårdbiträde in en halvtimme, någon gång blir det lite längre. I övrigt förväntas de nu själva sköta sina liv och stå på egna ben, dagar såväl som nätter.

Med tre utskrivningar till eget hushåll och leverne och två till äldreboende på servicehus, är det svårt att betrakta Lyckebo enbart som ett "kronikerhem"; beteckningen hem för rehabilitering har fått sin riktighet. För fyra av de fem hade all medicinering med psykofarmaka upphört; för tre innan flytten till Lyckebo och för den fjärde som gick på en mycket låg dos till natten, ett halvår innan han flyttade ut till eget boende.

Fem inskrivningar: nya patientkategorier

Under 1994 skrivs fem nya patienter in på Lyckebo, tre män och två kvinnor. Den äldsta är 61 år den yngste 31. Medelåldern hos de fem nya är 43 år, dvs c:a 25 år under den ursprungliga patientgruppens.

Tre är remitterade från psykiatriska kliniken i Halmstad och två från psykiatriska kliniken i Varberg via chefsöverläkaren, som var en av initiativtagarna till Lyckebo. Två av de fem är nykomlingar inom vården, de har aldrig tidigare varit inlagda på något psykiatriskt rehabiliterings- eller behandlingshem. På remissen står det för flera av de nya: UNS (ospecificerad diagnos).

Det är inte bara ålder och vårdtider som skiljer. Två av de yngre nyremitterade har en tung bakgrund i drog- och alkoholmissbruk. Även efterfrågan på insatser - utifrån remisserna - skiljer sig:

Insatskartan för de nya
lämpligt boende
rehabiliteringsperiod
fortsatt psykiatrisk vård
fortsatt medicintilldelning
intensiv ADL-träning
familjeterapi (!).

Två verksamhetsprofiler 1994

Under 1994 har det utvecklats två verksamhetsprofiler på Lyckebo. Den ena skulle kunna kallas *halvsluten vård*, i vilken patientens liv i de flesta avseenden regleras och övervakas av personalen i enlighet med ett program som syftar till större personlig autonomi i vardagen.

Skillnaderna jämfört med den "totala institutionen" (jfr Goffman, 1973) är bl a att patienten har en egen lägenhet inom institutionen och i viss mån bestämmer om hon vill ta emot personal eller inte i bostaden, hon bestämmer i varierande grad vad och hur hon äter (med undantag för den läkarordinerade medicinen), hon bestämmer om hon ska delta i olika aktiviteter eller inte. Patienten tillfrågas först, hennes egna önskemål efterhörs. Det är personalen och programmet som avgör vad som är acceptabelt och inte, men Lyckebo kan användas på flera sätt. Och de 13 Lyckebo-borna, nu sex kvinnor och sju män, gör så:

En av männen deltar inte i några gemensamma aktiviteter. Han studerar nästan på full tid på Komvux och vill inte ha kontakt med någon inom personalen. Han går på morgnarna och kommer hem på kvällen. Han använder Lyckebo "mera som ett hotell". En kvinna släpper nästan aldrig någon in i sin lägenhet. En tredje patient har under året knappt varit ute ur sin lägenhet. En fjärde har hund som hon vill att personalen ska valla. Tre lämnar aldrig huset utan personal vid sin sida. Tre patienter deltar regelbundet under dagtid i verksamheter utanför Lyckebo: Komvux-studenten och två som har terapiarbete, två respektive en eftermiddag i veckan. Även för andra har man sökt finna daglig

sysselsättning utanför Lyckebo, t ex hos RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa) och på träffpunktsverksamheter.

Den andra och helt nya profilen i verksamheten är *öppenvården* som vuxit fram under 1994 genom tre av de fem utskrivningarna. Man har exv kvar medicintilldelningen till de två män som delar en insatslägenhet. Likaså hjälper man genom fortsatt kontaktmannaskap till att sköta de två männens ekonomi och se till att Lyckebo finns till hands om och när problem dyker upp för dem, för hemtjänsten eller vårdcentralen. Kontaktmannen besöker männen varje vecka och de bjuds in vid högtider och till fester.

Även mannen som flyttade hem till sin by efter 49 år har kvar en kontaktman på Lyckebo. Här har avståndet försvårat stödet. Resan från Falkenberg tar 40 minuter med bil.

I öppenvårdsverksamheten ingår också att en ung man varje dag kommer till Lyckebo och tar sin medicin där, någon annan kontakt har han inte och har inte haft med Lyckebo. Han är patient på den psykiatriska öppenvården i Falkenberg och bor i grannskapet.

Utskrivningarna har utvidgat och fördjupat Lyckebos kontakter till grannar framför allt lokalt, till hemtjänsten, till öppenpsykiatrin och distriktssjukvården.

Struktur- och funktionsförändringar

Antalet tjänster har minskats från 16 till 12,75. För personalstyrkan har detta betytt en reducering från 22 till 14 personer (varav några på deltid). Sjuksköterskorna är som tidigare två, de övriga tjänsterna är skötare/undersköterskor.

Antalet patientplatser i huset har minskat från 15 till 13. Genom verksamheten utanför huset i öppenvården har patientkretsen totalt stigit: 13 inskrivna i huset, 3 "kontaktmannapatienter" utanför plus en som dagligen hämtar sin dos på Lyckebo.

Läkarens roll vid bl a utskrivningar har minskat. Avdelningsföreståndaren på Lyckebo svarar i huvudsak för långsiktig planering och samråd med "mottagande instanser", t ex öppenpsykiatrin, hemtjänsten och distriktssjukvården.

Kvalitetssäkring

I slutet 1993 introducerades ett nytt sätt att arbeta, kvalitetssäkring. Det innebär i korthet att varje centralt moment i arbetet, t ex inskrivningen på Lyckebo skiljs ut, belyses och definieras i sina olika led, i syften, åtgärder och uppföljning.

De moment i arbetet man bröt ut och preciserade innehållsligt var bl a:

- inskrivning
- individuell vårdplan
- kontaktmannaskap
- patientens inflytande i verksamheten
- boendebudget

utskrivning

En uppfattning om hur kvalitetssäkring används på Lyckebo kan man få av gången och de olika stegen i t ex arbetsmomentet "utskrivning":

- i den individuella vårdplanen finns huvudmålen angivna och ett preciserar vilket boende som passar den aktuella patienten utifrån hennes "tankegångar och funktionsförmåga", t ex på servicehus i den och den kommunen;
- hon eller han anmäls till bostadskö och hemtjänst, som informeras om vårdberoendet idag och i framtiden utifrån behov av behandling, läkare och medicin;
- när hemtjänsten erbjuder en bostad kontaktas öppenspsykiatrin, distriktsvården samt god man inför det förestående bytet av läkare och kontaktman;
- nedräkningen för avslut av kontakten med Lyckebo börjar, kontaktmannen hjälper till vid utflyttningen och informerar den nya kontaktmannen.

Tanken är att varje led i checklistan ska diskuteras, belysas och utvärderas inom pesonalgruppen.

Differentiering efter insatser

Endast två av de tretton patienter som kom till Lyckebo från Nyby och Lia hösten 1992 betecknas i december 1994 som *ej* färdigbehandlade. Fem har redan flyttat och sex övriga är anmälda till sina olika kommuner, för gruppboende i fyra fall och till eget boende i två.

Gör man en differentiering av de boende på Lyckebo utifrån efterfrågan på olika slag av insatser

framträder två skilda grupper av patienter under 1994:

1. Patienter som behöver *akutinsatser*. Skälen till akutbehovet kan vara: den insatta medicinen fungerar inte enligt förväntan, sömn- och dygnsrytmer är rubbade, patienterna klarar inte av att sova, de klarar inte av kontakt med andra människor, de har hallucinationer, de är högaktiva, de är depressiva, de är helt passiviserade. I december 1994 finns i denna grupp två "gamla " patienter och fyra nykomlingar, som behöver kontinuerlig tillsyn och olika akuta insatser dygnet runt.

2 Patienter som ingår i *rehabiliterings-gruppen*. Dessa har deltagit i det långsiktiga programmet med social träning i egen lägenhet sedan 1993. De själva och omgivningen vet i hög utsträckning vad de klarar av och inte i vardagen. Stödet de behöver kan variera från dygnet-runt-stöd i gruppboende till ett begränsat stöd i egen lägenhet och någon att prata med då och då. Med uppmuntran och begränsad hjälp tycks de flesta i regel klara av sina basala dagliga behov, sköta lägenheten, den egna hygien, matlagningen. Behovet av speciella vårdinsatser, med undantag för medicineringen, tillgodoses av kontaktmannen. Enligt avdelningsföretståndaren har medicineringen för dessa sju minskat successivt med åren, alltsedan 1988 och för vissa helt upphört. I december 1994 består denna grupp av sju personer, alla anmälda till boende utanför Lyckebo.

Kontaktmannaskapet ges innehåll och struktur

Under 1994 struktureras skötarnas arbete utifrån kontaktmannabegreppet. De enskilda arbetsuppgifterna i skötarens arbete ska inte längre ses isolerat, utan är delar i relationen mellan patienten och skötaren. Relationen mellan olika individer lyfts fram som det centrala i arbetet, "vilket innebär att man med de medel som står till buds svarar för relationen, upprättar och utvecklar den konstruktivt. Man anträder en resa genom relationsprocessen, vilken har en inledningsfas en bearbetningsfas och en avslutningsfas." (Ur Kontaktmannauppgifter Lyckebo.)

Genom den nya arbetsmodellen flyttas ansvaret mer och mer över från personalgruppen och chefer till den individuella skötaren. Frågor om hur patienten mår och vad som händer i relationen kontaktman - patient blir lika betydelsefulla som frågan om det praktiska arbetet, "det som görs", t ex städandet, hygienskötseln och mathantering.

Två skötare talar i december 1994 med varandra om patienter de känt i över 20 år:

– "På Nyby fick man ta dom över en kam – inte som individer. När man såg dom på Nyby (på 60-talet), tänkte man, dom kommer ingen annanstans. Dom blir här. Nu kommer snart till och med Sixten ut. Han är så fin nu.

Och Jacob och Ingemar tar egna initiativ idag. Det gjorde dom aldrig förr. Nu tar dom också hand om varandra. Och Jacob var han inte fin på julfesten? När han ville dansa med dig?

- Ja, Jacob stod där med ett brett leende och ville dansa. Han såg så glad ut. Förr var han en i mängden, man ville inte komma nära honom, man var rädd för honom. Då kände jag honom inte alls. Det känns som om man varit med och skapat något.

- Och det är likadant med Erik, det var ju han som kom med förslaget om gemensamt julbord. Det var hans förslag. Det skulle han aldrig ha gjort förr.

- Tänk på hur det var ... Vad äcklig Erik var när han stod där och åt ur kantinerna. Man skulle inte kunna tro att det är han. När han kom till Loftet (en av avdelningarna för rehabilitering på Nyby, 1987, min anm) fick han ett människovärde. Det har gått framåt för honom. Man kunde inte tro att det kan gå så bra. Man kan aldrig tro att något är omöjligt längre."

Vardagslivet med vanlig äldreomsorg

Två Lyckebo-bor, Rudolf och Kurt har flyttat "tvärs över gatan" - till ett servicehus som drivs av en privat entreprenör. Två, Jacob och Ingemar, hyr gemensamt en vanlig lägenhet om tre rum och kök på marknivå i ett vanligt HSB-hus i närheten av Lyckebo. Erik flyttade tillbaka till hembyn, till ett radhus i ett servicehusområde, några mil bort från Lyckebo.

Ett nödrop

I juli 1994 kom ett nödrop från servicecentralen i "Hembyn". Erik luktar illa, han tvättar sig inte, han håller mängder av flytande tvål i toaletten, han går omkring med oknäppt gylf i matsalen, han sköter

inte sin mat eller ekonomi, han som har diabetes köper påsar med Twist och lördagsgodis, han äter sex-sju päron i ett svep, han är inte med i några dagaktiviter, han sitter bara och stirrar på test-bilden på dagarna. Hans vårdbiträden har försökt tala honom till rätta. Men det hjälper inte. Han har råkat illa ut i matsalen också. Det är inte bara personalen som klagar på att han luktar. En gång satte han sig av misstag på en annan pensionärs plats och blev utskälld. Han mobbas av dom andra pensionärerna. Ingen vill veta av honom. Ordföranden i byns pensionärsförening har gått på Erik och sagt att han inte passar som medlem i deras förening. Han får inte delta på möten eller resor. Ingen vill vara tillsammans med honom. Han vill inte flytta.

I augusti hölls ett gemensamt möte. Från Lyckebo deltog Eriks två kontaktmän. Från servicecentralen förestandaren, sjuksköterskan och tre vårdbiträden. Från öppenvård psykiatrin kom en sjuksköterska. En kvinnlig släkting till Erik deltog också i egenskap av god man på mötet.

Föreståndaren berättade om behovsbedömningen som hemtjänsten gjort innan Erik erbjöds servicelägenheten i radhuset. Enligt behovsbedömningen skulle Erik ha vanlig hemtjänst i bostaden. Han skulle kunna få ledsagarservice om frågan väcktes. Inom servicecentralen finns inga speciella resurser, inte heller några speciella aktiviteter för personer med psykiatriska vårdbehov. Erik skulle erbjudas vanlig hemtjänst, det var inte tal om något särskilt stöd enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Eriks kontaktmän var förvånade, hur kunde detta ha hänt. Erik som var så fin, så försynt. Han som hade så väl reda på sig och alltid skött sig både på Lyckebo och Nyby, ja han var kanske den bäste, den som alla var övertygade om att han skulle klara sig bra. Hur kan det här ha gått till? Har Ni talat med honom om att han luktar, om att han måste tvätta sig, om hur han går klädd, om godispåsarna?

Eriks tre vårdbiträden (som arbetar i en s k självstyrande grupp) berättade att de slog larm redan i våras. De ändrade tiderna i gruppen så att Erik skulle få all disponibel tid. Nu är de hos honom varje dag mellan kl 8 och 9 och ser till att hygien och medicinhantering fungerar. Varje onsdag får han städhjälp 1,5 timma. Visst hade man sagt till honom om duschningen och användningen av tvål mer än en gång och om det farliga godisätandet och om hur han skötte sina pengar. Och han hade svarat att han duschade, men klagomålen på honom fortsatte. För att få veta, om han gjorde det han lovade och sa, började man "spionera" på honom. Det visade sig då att han precis som han sagt duschade, men att den stora magen var ett hinder i duschen. Han höll duschen framtill men vågade tydligen inte eller visste inte att föra duschslangen så att vattnet nådde alla delar av den oformliga kroppen. Det mesta av vattnet hamnade på den stora magen. Han tycktes inte heller veta hur man tvålade in sig med fast tvål samtidigt som man duschade. Den fasta tvålen byttes mot flytande men då använde han snabbt upp den bl a genom att spruta tvål ner i toalettstolen. När tvättsvårigheterna upptäcktes i april satte de in duschhjälp tre gånger i veckan.

Erik äter på servicecentralen sju dagar i veckan och kan även äta frukost och kvällsmat där om han vill. Personalen hade sagt till honom upprepade gånger hur farligt godiset och det myckna päronätandet var för honom som diabetiker. Flera gånger hade de tagit upp det, men han lyssnar inte. Inköpen kommer att knäcka hans ekonomi, han har inga pengar kvar i slutet av månaden. Han bör inte ha hand om sina pengar själv, när han gör inköp som är farliga för honom själv.

När han är hemma har han alla lampor tända, sitter och stirrar på testbilden på TV. Han är tystlåten och svår att nå. De får dra allt ur honom. De har försökt aktivera honom på olika sätt. Man har lagt in speciell tid för att tala med honom varje dag, läsa tidningen och föreslå olika aktiviteter. Men det kommer anmärkningar från andra. Han går med öppen gylf i matsalen och han kommer dit en hel timma innan maten serveras. Det har skurit sig med pensionärsföreningen. Han äter ensam i matsalen. Han har inga vänner eller bekanta i byn. Han är ensam.

Hemtjänstens vårdbiträden berättade, att de inte fått någon information om honom från Lyckebo. De får ingen speciell information om sina pensionärer. Respekten för individen, säger ett av vårdbitäderna, kräver att han får samma behandling som vilken pensionär som helst. De kan inte gå och tala om för pensionärerna vad dom ska göra eller inte. De borde fått information om hans sätt att sköta hygien, ekonomin, medicinen och om vilka aktiviteter det var tänkt han skulle delta i. I våras sas det att Lyckebo tagit sin hand från Erik. I början av året hade kontaktmannen kommit några gånger. Sen var dom ensamma med Erik.

De som skulle arbeta hos honom hade inte fått kunskap om hans bakgrund eller egenheter.

Mötet mynnade ut i beslutet att Lyckebo och servicecentralen tillsammans skulle hantera uppkomna bekymmer och problem. Eriks kontakt till Lyckebo skulle etableras igen, dels genom att han en gång i veckan deltog i bildverkstan (en cirkelverksamhet i Falkenberg) och dels att den nya kontaktmannen från Lyckebo skulle komma en gång varje vecka tills vidare.

Erik säger själv, i den kritiska månaden augusti 1994, om sin situation i hembyn:

"Nej, flytta vill jag inte härifrån. På Nyby bodde jag över 30 år, på Lyckebo i 11 månader. Jag vill inte flytta tillbaka dit.

Jag känner inga människor här, det är mest personalen. Det är bra här."

Tre månader senare i slutet av november 1994 berättar vårdbiträdena:

– "Jag tycker det går jättebra med Erik sen vi tog tag i det allihopa. Vi och dom på Lyckebo. Det är viktigt att dom kommer. Han pratar mycket om dom på Lyckebo, personalen. Det är en sån förbättring så det är inte klokt. Han pratar om det i förväg. Det är hans sätt att komma ut. Det är jätteviktigt. Han pratar och pratar och pratar.

Det är en stor förändring. Man kan se det i ansiktet. Man behöver inte dra det ur honom. På servicecentralen när personalen varit på honom har han klarat det fint. Han har bara sagt till dom: jag

duschar i morgon. Det skulle han inte ha klarat av tidigare att säga ifrån."

- "Det fungerar bättre och bättre. Han pratar spontant. Han är mera öppen, han var mera tystlåten då. Han känner till väldigt mycket om trakten. Idag finns det ingen oro eller kritiska anmärkningar. Duschandet t ex - han tycker inte att det är besvärligt längre. Och om det går fel någon gång så är det inte hela världen.

Det enda klagomål han sagt är att han varit yr. Vi hjälper honom att hushålla med pengarna. Han saknar kaffe, saft och toalettpapper. Vi säger till hans gode man. Han är så förälskad i julen som ett barn. Han talar om att köpa julgran, om julbordet och om att åka ner till Lyckebo på julafton.

Erik går tre gånger om dan till centralen, I Falkenberg är han en gång i veckan, på fredagarna då han åker till bildverkstan. Hans släkting som är god man håller kontakt med honom. De kontakter Erik har, det är till oss här och dom på Lyckebo."

Föreståndaren: "Erik trivs i bostaden och det hela fungerar bra i vår organisation, både arbetet och tiderna."

Tillbaka i den psykiatriska vården

I oktober 1994 togs Kurt in på psykiatriska kliniken i Varberg.

I januari hade han - efter 40 år på psykiatrisk institution - flyttat från Lyckebo till ett annat institutionellt boende, till ett servicehus i privat regi. Under dagtid är avdelningen bemannad av två vårdbiträden som svarar för gemensamma måltider,

städning och omsorgstjänster. Pensionärerna förväntas delta i avdelningens gemensamma liv med måltider, kaffe, utflykter och TV-kvällar. Men de kan också låta bli att delta om de vill. Och det var vad Kurt gjorde. Han höll sig för sig själv i sin lägenhet, där han i likhet med tiden på Lyckebo fortsatte att förbanna sitt liv som försvunnit som patient på sjukhem.

Redan på 40-talet blev han en patient i "vården" och hans liv blev institutionernas, i första hand på Nyby, där han tillbringat större delen av sitt vuxna liv.

Personalen på Nyby beskrev honom som bitter och besviken, tidvis besvärlig och tidskrävande men samtidigt som en person som var klar över sin situation och hade reda på sig. All psykofarmaka hade redan upphört före flyttningen till Lyckebo.

Under våren och sommaren 1994 tycktes det fungera i den nya miljön som på Lyckebo, han höll mest till på sitt rum och vägrade att delta i gemensamma aktiviteter. Han klarade av måltiderna på "två minuter" i allrummet, och drog sig sedan tillbaka till sitt rum. Enligt kontaktmannen var han djupt besviken på allt och alla.

Kontakten med Lyckebo blev alltmera sporadisk efter det att han flyttat till servicehuset för att mer eller mindre tyna bort under sommaren.

På hösten gjorde han sig omöjlig på servicehuset. Han blev alltmer "stökig", "blandade ihop maten för de andra boende" och "gick in i dom andras lägenheter". Speciella insatser gjordes, nattvak sattes in, driftschefen och sjuksköterska gick in

extra på dagtid, hemtjänsten och Lyckebo kontaktades. Men det hjälpte inte. I oktober togs han in på avdelning 16 i Varberg.

Kurt kan inte återvända till sin bostad på servicehuset. Anhöriga till de andra pensionärerna på avdelningen har också sagt ifrån. Kurt är snart inne på sin fjärde månad på psykiatriska kliniken i Varberg. Vart ska han ta vägen? En muntlig förfrågan från kliniken kom till Lyckebo i december. Kurt har själv bett att få komma tillbaka till Lyckebo, till de enda människor, förutom hans bror, som känner honom.

Rudolf

Med sina 93 år är Rudolf äldst av Lyckebos gamla patienter och den som har den längsta vårdtiden av alla. Han kom "till lasarettet" som han själv kallar Nyby, före andra världskriget och han har inga släktingar eller bekanta utanför Lyckebo. För personalen på Lyckebo var han en vänlig person som mest var för sig själv, men också deltog stillsamt i det gemensamma livet på institutionen.

Även för Rudolf som också flyttade över till servicehuset har kontakten till Lyckebo tunnats ut. I hans fall tycks vardagen på servicehuset fungera ungefär på samma sätt som när han bodde på Lyckebo. Han deltar i avdelningens gemensamma aktiviteter och formerna tycks passa honom.

Vänskap

Jakob är född 1918 och Ingemar 1903. De har känt varandra i många år, sedan Nyby, där de båda varit patienter, Ingemar sedan 1966 och Jacob sedan 1978. De hade båda tillhört den rehabiliteringsinriktade Loftet-avdelningen sedan 1987. Ingemar beskrevs som en psykiskt och fysiskt vital patient med god kontakt till omgivningen. Jacob däremot var svår att nå för personalen, han teg år ut och år in, en del av skötarna var rädda för honom. Först 1991 började han, enligt sin kontaktkvinna, komma ut ur sin slutenhet och svara på tilltal.

I samband med inflyttningen till Lyckebo beslöt Ingemar och Jacob att dela en 3-rumslägenhet och en stark trivsel och vänskap började växa fram mellan de två gamla männen. Bandet dem emellan hade växt sig så starkt att de beslöt att fortsätta att leva tillsammans, när frågan om utflyttning från Lyckebo kom upp. Nu har de bott i en gemensam hyreslägenhet i ett år.

Jakob och Ingemar i september 1994:

Det är Jacob som öppnar och det är också han som idag är den mest talföre. Han visar runt i lägenheten, köket, badrummet, sitt rum, Ingemars rum och det gemensamma vardagsrummet. Han berättar att han trivs mycket bra i bostaden. Hemtjänsten kommer varje morgon och vid middagstiden kommer den färdiglagade maten. Frukosten med gröt lagar han och Ingemar tar hand om kaffet. Inköp och tvätt får de hjälp med. Varje dag promenerar han till sin syster i stan och hälsar på. Kontaktmannen från Lyckebo kommer en dag i veckan och då åker de

tillsammans till banken och sköter räkningarna. Utbetalningarna förs sen in i den gemensamma kassaboken. Han och Ingemar delar på hyran och inköpen till hushållet. Allt fungerar bra i den nya lägenheten.

Hemtjänstassistenter och vårdbiträden, berättar i september 1994:

–" I början var det tänkt att vi bara skulle ha städning vid 2 tillfällen och inköp. Lyckebo skulle ha den dagliga kontakten. Jacobs syster ville emellertid att vi skulle dit varje dag. Skälet var att Jacob åter för lite. Nu är vi där varje dag. Det är tvätt, fotvård och städning. På tisdagar är det handling och inköp. Medicineringen sköts idag av distriktssköterskan och Lyckebo. Ingemar behöver också hjälp med spolning av kateterna två gånger i veckan. Det fungerar bra. Samtal är svårt att föra med dom. Vi läser tidningen tillsammans. I början tänkte vi hur skulle detta gå. Men det går jättebra."

– "Vi har många pensionärer som är besvärliga. Det är inte så hemskt stor skillnad till vanliga pensionärer. Det är viktigt att få bakgrunden. Det krävet måste vi ha att få information och att kontaktpersonen på Lyckebo är med."

Personalens ökade säkerhet

Första verksamhetsåret på Lyckebo präglades av osäkerhet kring innehåll och funktioner i arbetet och konflikter mellan mål och handlingar (jfr kap 4).

Tidigare, på Nyby, hade dagen och arbetet haft en fastställd ordning: väckning, tvättning, påklädning

osv och patienterna bedömdes utifrån hur mycket arbete de krävde ifråga om hygien, matning och städning.

Den trygghet som låg i att veta att man utfört de fastställda och rutiniserade uppgifter, som den gamla vården byggde på, försvann med Lyckebo. Målen som skulle styra det daliga arbetet hette nu "aktiv rehabilitering" och "till ett så självständigt liv som möjligt"; och arbetet skulle utföras i en annan persons bostad, visserligen samma gamla patienters, men det oaktat i ett hem och inte på en sjukvårdsinrättning.

I den nya verksamheten beskriver personalen sina uppgifter i allmänna (och "oprofessionella") termer som "att vara behjälplig vid behov", "stödja och hjälpa de inneboende", osv.

En stor del av osäkerheten i den nya verksamheten handlade förmodligen om svårigheten att strukturera det egna arbetet, fastställa vad man ska göra och inte göra, bedöma och värdera vad man gjort.

Under 1994 börjar svaren forma sig. Man har upptäckt patienterna som individer, deras förmågor och oförmågor. Strukturering av kontaktskapet och upprättande av individuella vårdplaner med kvalitetssäkring reducerar personalens osäkerhet. En ny arbetsordning växer fram och utifrån denna omdefinieras arbetet, skötarrollen och patientrollen.

6. SUMMERING: DET INDIVIDUELLA SOM HINDER ELLER FÖRUTSÄTTNING

Efter de många åren på Nyby har patientgruppen på drygt två år hunnit med att erfarva vård och omsorg i fyra nya miljöer. Med den förändring som skedde redan på Nyby, kan sex olika vårdscener urskiljas.

Sex vårdmiljöer

1. *Sjukhemmet Nyby före 1987*: patienten "var en i mängden", "man fick ta dom över en kam - inte som individer"; väckning och upptagning, duschning, påklädning, matning, aktivering, matning, tvättning, läggning - "på löpande band". Vården, insatserna, till de 40 -70 patienterna var utformad efter massan av patienter och utfördes kollektivt efter bestämda rutiner på bestämda klockslag. Lösningen som erbjöds hette "sjukhem för långtidssjuka", dvs en form av slutstation i livet. Det är i denna vårdform tretton av Lyckebo-borna befunnit sig längst, med vårdtider på flera decennier.

2. *Gruppvård på sjukhemmet Nyby 1987 - hösten 1992*: det stora patientkollektivet har delats upp i fyra avdelningar och varje patient har "eget rum och egna möbler" och "sin kontaktman såsom stöd och hjälp vid hygien, städning, klädinköp, ekonomi och övrigt som rör vardagslivet". Personalen på 22 personer är omorganiserad att arbeta på avdelningsnivå. Måltiderna i likhet med andra aktiviteter är gemensamma, men sker nu utifrån avdelningsnivå.

Lösningen som erbjuds på institutionen heter "rehabilitering och boende för psykiskt långtidssjuka".

3. *Boende i egna lägenheter på Lyckebo från hösten 1992:* Patienten har nu en egen bostad i en vanlig fyravåningsfastighet med egen dörrskylt. Visserligen på en institution som heter "hem för aktiv rehabilitering", men där har hon sitt eget hem. Hon låser om sig och sina egna saker. Personalen på 22 personer ger vården och utför sina tjänster i patientens hem och bostad, det gäller såväl den kroppsliga som psykiska omsorgen. Patienten har ett eget område, sitt hem och sin bostad, som hon förväntas bestämma över och dit personalen, inklusive läkaren, kommer. Patienten kan delta i gemensamma aktiviteter som måltider, utflykter, kurser, men kan också avstå. En färdig måltid levereras en gång om dagen från en cateringfirma. Patienten äter måltiderna ensam eller med lägenhetskamraten i det egna köket. Lösningen som erbjuds är temporär, till skillnad från de två tidigare som sågs som långvariga eller permanenta.

4. *Boende i servicehus, med egen avdelningslägenhet:* Två Lyckebo-bor, den ene sedan november 1993 och den andre från januari 1994, bor tillsammans med vanliga pensionärer inne på ett servicehus, i en korridor med 8 lägenheter. Varje pensionär har egen bostad med egna tavlor, möbler och saker i en lägenhet om ett rum, badrum och pentry. Den private entreprenören har åtagit sig ansvaret för all omvårdnad, vård och service. Sex (två per skift) uniformsklädda vårdbiträden svarar för omsorgstjänsterna för avdelningens åtta pensionärer. En sjuksköterska finns i huset, liksom nattpersonal. Maten lagas av personal som också svarar för

städning, tvätt, "trivsel". På avdelningen finns ett rymligt, ljus gemensamt allrum som omsluter ett kök med matsalsgrupp, TV-hörna med fåtöljer och kaffebord och utgång till gemensam balkong. Pensionärerna kan delta i gemensamma aktiviteter som utflykter, TV-tittande, sammankomster i avdelningens gemensamma stor-rum, men kan också avstå. Måltiderna är gemensamma. Lösningen som erbjuds är till skillnad från Lyckebo inte temporär utan permanent. Den innebär att man inte längre är patient utan pensionär. Formellt sett har man en "egen lägenhet", men miljön är i vissa avseenden mer institutionsliknande än den på Lyckebo.

5. *Boende på egen hand, i radhuslägenhet inom ett servicehusområde:* Från januari 1994 bor en Lyckebo inne på ett kommunalt servicehusområde, med egen ingång och egen täppa. Han bor ensam, har egna möbler och kan äta sina tre mål i servicehusets matsal eller hemma. Tre vårdbiträden från hemtjänsten växlar med att titta in en halv timma varje vardag. De hjälper honom med städning, tvätt och den personliga hygien. Medicin får han via en distriktssköterska på servicecentralen. Tidigare har han själv haft hand om sina pengar, men nu portioneras de ut i samförstånd mellan god man och personal. De enda gemensamma aktiviteter han erbjuds och deltar i på servicehuset är måltiderna. En kontaktkvinna från Lyckebo besöker honom en gång i veckan. Han har inga egna kontakter i byn utanför personalen. Lösningen som erbjudits är en självständig form av permanent serviceboende för vanliga pensionärer. I stor utsträckning är han fri att välja hur mycket och vad han vill utnyttja av servicehuskollektivet. Behovet av kroppslig och psykisk omsorg är utmätt i

daglig arbetstid och ges av i stort samma (tre personer) vårdgivare i hans eget hem.

6. *Vanlig hyreslägenhet:* I januari 1994 flyttade två män som bott tillsammans på Lyckebo in i en gemensam hyreslägenhet i grannskapet. I samråd med släktingar, gode män, hemtjänsten och Lyckebo delar de hushålls- och hyreskostnader och för bok över gemensamma utgifter. Vardagar får de besök av ett vårdbiträde under en halv timma. De får hjälp med tvätten en gång i veckan. En gång i veckan kommer kontaktpersonen från Lyckebo. Distrikts-sjukvården sköter medicineringen genom återkommande besök. Den färdiglagade maten levereras vid dörren strax före tolv. De sköter det mesta av vardagssysslorna själva. En gång om dan brukar den ene av männen promenera till sin syster, som också är hans gode man. Boendet är permanent och det mesta av omsorgen, den kroppsliga som psykiska, ges i noga avmätt tid och regelbundet av samma (två personer) vårdgivare i det egna hemmet.

De sex olika vårdscenerna visar att vården som erbjuds förutom boende omfattar:

- olika former av omsorg som badande, matlagning, inköp, tvätt, städning, fritid och förströelse, samtal;
- kroppslig och psykisk tillsyn i form av kontroll och hantering av medicin, beteenderapportering;
- social övervakning och träning; samt
- att den institutionella vården kan utföras 1) på sjukhus och sjukhem 2) i små hemliknande inrättningar och servicehusavdelningar och 3) i egna "vanliga" hem.

Det som skiljer miljöerna sinsemellan är inte alltid så mycket slaget av vård, hur mycket eller litet av

ett viss slag av vård/insats som ges, av vem och vilka hjälpen ges. Men en avgörande skillnad är om den hjälpmottagande bor på andras arbetsplats, eller om de som ger hjälp kommer till ens eget hem, och med detta sammanhängande skillnader i vem det är som bestämmer och vem det är som "vet bäst".

Självbestämmandet och den institutionella ordningen

Skillnaderna mellan miljöerna framträder tydligt om vårdscenerna analyseras utifrån två aspekter 1) vem det är som bestämmer och 2) vem som vet bäst, dvs vems kunskap baserar sig insatserna på.

I de fyra första vårdscenerna är det institutionen, organiserad som arbetsplats, som skapar vardagslivet. Individens förutsätts lära sig – och anpassa sin person, sin vardag och sitt hemliv till institutionens utbud och till de regler och rutiner som uppbärs av personalen. Det är utifrån personalens kunskap och vetskap som de enskilda insatserna utformas. Därigenom blir det personalen som vet och bestämmer vad som gäller.

I vårdscen 2, 3 och 4 har var och en dock sitt eget revir - ett eget rum eller en egen lägenhet, och den icke obetydliga friheten att säga "nej". De kan i varje fall på Lyckebo och servicehuset välja att delta eller att ej delta i vissa gemensamma aktiviteter.

I scenerna 5 och 6 förutsätts att individen själv bestämmer i sin vardag och i sitt eget hem. Tanken är att det är hans/hennes preferenser som ska gälla – individen måste inte lära sig institutionens sätt

att fungera. Det är den institutionella vården som ska lära sig hur just denna person fungerar och vilka rutiner som gäller i hans/hennes hem. Den väsentliga kunskapen bör bli: hur vill Erik ha det, vad klarar han av och vad klarar han inte av?

Individualiteten och resultaten

Genom sektoriseringen och landstingens nya psykiatriplaner sprängdes den gamla psykiatrins institutionella ramar. Alla patienter var inte längre lika och skulle inte behandlas lika på de stora mentalsjukhusens salar. Olika patient- och problemgrupper utskiljdes och separerades, utifrån nya kriterier och gränser.

"Schizar" var ett och krävde "sitt", vilket inte längre begränsades till en viss medicinbehandling utan började omfatta även "den sociala biten" och en möjlig annan framtid än enbart den på hemmet. Demenser var ett annat som krävde sitt speciella "sitt".

Störda personligheter var ett tredje som krävde sitt. Unga var ett fjärde som skildes ut, osv.

Vården skulle inte längre ske i kollektiva former på de gemensamma mentalvårdssinrättningarna, utan anpassas till de skilda problemgrupperna och ske på hemorten inom det egna sjukvårdsdistriktet.

Rehabiliteringstanken infördes i behandlingsarbetet. Några av personalen på Nybyhemmet tolkade tanken så att det gällde att återupprätta det individuella hos patienten, att uppmuntra den egna förmågan.

Resultaten visade sig redan efter ett par år. När patienterna blev synliga som individer visade sig nya, för personalen okända mänskliga sidor. Nu fanns ingen återvändo. Nybyhemmet som vårdplats dömdes ut, den var omöjlig att förena med det nya arbetssättet.

Det nya och "det goda" i behandlingsarbetet uppstod inte ute i det öppna lokalsamhället utan på institutionen när rehabiliteringstanken introducerats och fått fäste. Detta innebar en möjlighet för personalen att ändra arbetsätt. En del av personalen såg, respekterade och började behandla patienterna som individer. Egna kläder, egna möbler, eget rum, egna känslor - erkännandet av det individuella har fortsatt och omfattade genom flyttningen till Lyckebo en egen bostad och tron på en förmåga att även klara ett eget socialt liv.

I vårdapparaten kan det individuella inte finnas förrän det erkänns som berättigat. *Om det individuella inte är legitimt finns det bara som avvikelser, som något som stör, som ett problem för organisationen.*

Är det individuella "fel problem" ur organisationens synpunkt så passar individen inte in, hon eller han kan utdefinieras som "felaktig" såväl av den institutionella vårdens som öppenvårdens organisation – hon hör hemma någon annanstans. Detta hände Kurt, och det kunde ha hänt Erik.

Institutionsvård eller öppenvård - en vilseledande dikotomi

Blir institutionsvård omodern kan vården – genom skifte av vårdplats – beskrivas som öppen, lokal-samhällelig och som ett alternativ till sjukhusinstitutionen *även om* hela kedjan av tjänsteändar och institutionella insatser har följt med ut till patientens hem.

Genom sin syn på vad som är institutionsvård respektive öppenvård väljer organisationen beskrivnings- analys- och resultatmodeller, modeller som avgör vad som är relevant och "adekvat" kunskap, t ex vad en patient är för något.

För många (t ex de i Kapitel 1 refererade Stein & Test 1979) tycks idag det centrala vara att patienten inte är inlagd på sjukhus. Patienten är i öppenvård även om hon varje dag mellan kl 7 och 23 blir behandlad i tur och ordning av psykiater, psykolog, socialarbetare, arbetsterapeut, sköterskor och vårdbiträden.

Så länge behandlingen inte sker på sjukhus spelar det ingen roll var den sker: i den egna lägenheten, på hotellrummet, hos föräldrarna, på härbärgets salar eller på gatan i närheten av den presenning under vilken en hemlös patient sover.

Den avgörande skillnaden för patientens identitet blir var hon sover. Så länge hon inte läggs in på sjukhus förblir hon en patient inom lokalsamhällets öppenvård.

Tyngdpunkten i många behandlingsprogram för patienter som fått diagnosen schizofreni är träning i sociala färdigheter. Antingen dessa "fostrande" insatser sker på en institution eller i öppen vård så kan institutionens arbete beskrivas som träning i normalitet och som ledande till normalisering. Det finns liknande program i öppenvård som på Lyckebo: dvs träning i att leva i och utifrån sitt hem sköta sitt liv, sin mat, sin ekonomi, sin hygien, sin fritid, sina kontakter med släkt och vänner. I öppenvården, såväl som på Lyckebo, behöver patienten ha tillgång till institutionsfolk som vårdbiträden, sköterskor, läkare och socialarbetare. Men vid Lyckebo heter rehabiliteringsprogrammet institutionsvård. Om Lyckebopatienten flyttar till nästa trappuppgång kan hon få, om inte exakt samma, så dock en liknande omvårdnad och service via en annan myndighet. Hon är då definitionsmässigt inte längre en institutionsbunden mentalvårdspatient - utan en pensionär i öppenvården.

Den konkreta behandlingen spelar ingen avgörande roll för patientens sociala identitet och status. Det avgörande kriteriet för patientens sociala identitet är i de nämnda fallen var hon har sin sovplats och hur denna sovplats är definierad av vårdapparaten.

Ofta är det, som den engelska sociologen Joan Higgins (1989) betonar, vilseledande att ställa institutionsvård mot öppenvård, som det onda mot det goda (se kap 1). Lyckebo-historien visar att det var på den gamla institutionen, på Nybyhemmet, som ett nytt arbetssätt föddes. När personalen där väl börjat se och erkänna patienterna som individer började de söka sig bort från den gamla institutionens former. De fann i "lokalsamhället" möjlighet

att skapa en ny form av institution, där det individuella kunde få större utrymme.

Först genom att erkänna individen och det individuella som något berättigat och legitimt kan de individuella problemen komma upp till ytan och bli det som bearbetas. Så länge individen och dennes särart inte respekteras, kan inte dennes egenheter accepteras, utan blir till hinder för vården – antingen detta sker på institution eller i individens eget hem.

Sektoriseringen av psykiatri - så som den tett sig i Lyckebo-historien - har lett till att den psykiatriska vården blivit mer och mer individinriktad. Den stora och allt förändrande kravmaskinen *Anpassning* har kastats om och getts en annan riktning - åtminstone på Lyckebo. På Lyckebo är det en ny och annan interaktionskontext än på sjukhemmet Nyby. Nu ligger inte längre kravet på anpassning enbart på den individuella patienten. Individen tvingas inte längre anpassa sig till psykiatrins och sjukhusets kollektiva former, salar, järnhårda dygnsrutiner, regler och maktutövning, omforma sig till en "en i högen-varelse".

När patienterna flyttar ut från Lyckebo till vanligt boende ställs än tydligare kravet att de som ger hjälp ska anpassa sig till individen och dennes privata sfär, uttryckt först och främst i den egna lägenheten; kravet att de som ger service och omvårdnad ska erkänna och respektera det privata beslutsområdet och dess betydelse.

Men till respekten för den enskilde individen hör också erkännandet av hennes specifika historia, i dessa fall ett liv på institution – som mentalpatient.

Att inte klippa banden

Vad berättelserna om de fem som flyttat till nya miljöer (servicehus, radhus i serviceområde, vanlig hyreslägenhet) säger oss är att det kan vara ödesdigert att plötsligt klippa av banden bakåt, att förneka den enda historia man har och banden till de enda människor man känner – människor som vet något både om hur man levt en stor del av sitt liv (definierad som långtidssjuk) och om vem man sedan blivit, under förändrade villkor.

Det verkar som om övergången till en ny miljö och möjligheterna att skapa sig nya relationer försvåras om kontakterna till det förflutna kapas. I Eriks fall återupprättades kontakten till Lyckebo – och därmed räddades relationerna till människorna i den nya miljön. Utan Lyckebo blev han missförstådd och utesluten i "hembyn".

Kurt kom aldrig in i någon gemenskap på servicehuset. Till skillnad från Ingemar och Jacob som varje vecka har haft kontakt med Lyckebo – och därigenom också med sitt förflutna – tunnades Kurts kontakt ut mer och mer, för varje månad som gick. Till den uttunnade kontakten bidrog kanske att man på Lyckebo förlitade sig till att Kurt bodde i en mer skyddad, institutions-liknande miljö, med personal dygnet-runt och full service och omvårdnad.

För Ingemar och Jacob har utflyttningen, enligt alla, gått över förväntan. Kurt vill tillbaka till Lyckebo.

I nya boende- och omsorgsformer, riskerar den f d patienten att åter (som på gamla Nyby) behandlas som en i mängden – men nu utifrån "normalitetens" likriktande krav. ("Respekten för individen kräver att han får samma behandling som vilken pensionär som helst", sa hemtjänstpersonal som förklaring till att man inte fått eller sökt någon speciell information om Erik.)

Den kvarvarande kontakten med Lyckebo tycks kunna bidra till att det blir möjligt att möta den f d patienten med respekt, som den individ han är och blivit i sin livsmiljö – och därmed förhindra att han (åter) utesluts och isoleras. Vilket är fullt möjligt även i öppna boendeformer och utan sjukhusmurar.

7. HUR FÖRKLARA FÖRÄNDRINGEN?

En stor del av personalen på Lyckebo hade lika många års erfarenhet av den psykiatriska slutenvårdens rutiner som patienterna. Personalgruppen om 22 personer hade i genomsnitt 18 års yrkesverksamhet på institution. Denna personalgrupp har förmått att radikalt förändra sitt arbete och gamla människor som i årtionden varit internerade på mentalsjukhus klarar idag att själva ta hand om en stor del av sitt eget vardagliga liv. Efter att ha varit föremål för psykiatrisk "vård" dygnet runt, lever några av dem nu som "vanliga pensionärer", endast med hjälp av vanlig kommunal äldreomsorg. Hur ska dessa resultat kunna förklaras ?

Den förklaring jag givit till att dessa psykiatrins gamla patienter idag lever ett ganska " normalt liv" och som någon i personalen formulerade det "har utvecklats oerhört mycket, och visat sidor av sig själva som länge varit gömda" handlar om att de i en ny praxis erkänts som individer:

Först genom att erkänna individen och det individuella som något berättigat och legitimt kan de individuella problemen komma upp till ytan och bli det som bearbetas. Så länge individen och dennes särart inte respekteras, kan inte dennes egenheter accepteras, utan blir till hinder för vården - antingen detta sker på institution eller i individens eget hem. (s 97 ovan)

Detta är, kan man kanske säga, en ansats till förklaring i vad C Wright Mills kallar ett *individualiserande* perspektiv: att man frågar sig vad ett studerat socialt fenomen betyder för enskilda människor eller grupper av människor i samhället.

Om vi ska följa Mills' anvisning om vad som är samhällsvetenskapens uppgift så måste vi därtill anlägga dels ett *historiserande* och dels ett *totaliserande* perspektiv, fråga oss hur det sociala fenomenet passar in i tidens historiska trend och i vilken riktning denna strömning tycks gå, samt tolka det enskilda fenomenets betydelse för helheten, för samhället som helhet. (Mills, 1971)

Detta är ambitioner som naturligtvis är alltför stora för en begränsad studie som min. Men även om jag inte kan besvara den typen av frågor så kan jag i någon mån strukturera min diskussion utifrån ett sådant sätt att se på den sociala forskningens uppgift.

Paradigmskifte eller anpassning?

Vid Lyckebo har jag på mikroplanet studerat en förändringsprocess i en enskild psykiatrisk verksamhet. Här vill jag sätta in Lyckebo-historien i sitt närmaste sammangång – vad som hänt i den svenska psykiatrin under den tid då Lyckebo-borna varit dess patienter – för att diskutera frågan: *vad har frambringat den förändring i vården och behandlingen/omsorgen om de "psykiskt störda" som Lyckebo-historien berättar?*

För att belysa den huvudfrågan ställer jag frågor om vilka förändringar som skett i:

- vårdens struktur
- allmän vårdideologi
- psykiatrisk teori
- psykiatrarnas/läkarnas praxis
- övrig vård- och omsorgspersonals praxis

Vad gäller de första tre aspekterna kan befintlig litteratur belysa vad som har skett generellt – internationellt och i Sverige under de senaste decennierna. Vad gäller de två frågorna om förändrad praxis håller jag mig till min egen empiri från Lyckebo (även om det naturligtvis vore möjligt att gå också till andra utvärderingar och forskningsrapporter).

Som jag framhöll i Kapitel 2 (och visat i de följande kapitlen) kan processen ses ur två perspektiv:

- En förändring med institutionen i fokus – från kollektiv till individbaserad vård.
- En positiv förändring i patienternas personliga och sociala status, från anstaltsvarelser till individer med medborgerliga rättigheter.

Det finns i sin tur åtminstone två sätt att se på dessa förändringar:

- Man kan föreställa sig att psykiatrin under de senaste decennierna revolutionerats som disciplin och hantverk. Nya teorier om psykisk sjukdom och psykiatrisk behandling ersatte de gamla, från 1800-talet. Tack vare denna intern-psykiatriska omdaning avvecklades den gamla slutenvården och tack vare denna interna omdaning åstadkoms förändringarna i patienternas personliga och sociala status. Utifrån ett sådant synsätt skulle man kunna tänka sig att

psykiatrin genomgått ett vetenskapligt paradigmskifte i Thomas Kuhns mening.⁷

- Vi kan också anta att förändringarna skett, trots att psykiatrin som disciplin och hantverk är i stort sett densamma som tidigare. Förklaringarna till förändringarna kan då inte finnas inom psykiatrin, utan måste sökas utanför den: i andras krav och de villkor som det omgivande samhället skapar, i första hand då samhällets främsta maktmedel – staten och dess pengar.

Jag har inte för avsikt att ställa dessa olika synsätt mot varandra för att pröva dem som "hypotes" och "mothypotes", utan att göra den andra förklaringsmodellen trovärdig och söker stöd för den i litteratur inom området.

Kapitlet är upplagt utifrån följande frågor:

- Hur kan förändringarna i exemplet "från sjukhemmet Nyby till Lyckebo" beskrivas om vi sätter institutionen respektive patienten i fokus?
- Vad har hänt allmänt sett vad gäller:
 - vårdens struktur, organisering och institutionella former
 - allmän vårdideologi, dvs inte bara synen på vad som är "bra för" psykiatrins patienter utan också de gamla, de handikappade, de utvecklingsstörda m fl.
 - psykiatrisk teori, dvs dess förklaringsmodeller, diagnostik, terminologi och lösningsmodeller

⁷ Se Thomas S Kuhn: *De vetenskapliga revolutionernas struktur*. Stockholm: Thales 1992 och för en diskussion av paradigmatteori, Thomas Brante: *Vetenskapens struktur och förändring*. Doxa, 1980.

- Vad har hänt på just Nyby-Lyckebo i läkarnas resp den övriga vårdpersonalens praxis?
- Kan man se (de i rapporten påvisade) förändringarna i *praxis* så att de i första hand förklaras av *inompsykiatriska - teoretiska* förändringar i sättet att se på psykisk sjukdom och behandling *eller* av utifrån kommande *strukturförändringar* och *allmänna ideologiska förskjutningar* och omorienteringar i synen på vård och välfärd?

Min belysning av vad som förändrats i dessa avseenden är, som sagt, ofullständig. Men jag hoppas att frågorna, som sådana, kan ge upphov till eftertanke och vissa insikter, även om svaren är fragmentariska och ofullgångna.

Allmänna strukturella och ideologiska trender

Avinstitutionalisering och kommunalisering

Ett märkligt fenomen är den s k stora avinstitutionalisering som i många former ägt rum i västvärlden under vår tid. Ibland kan det snarast vara fråga om en re- eller transinstitutionalisering (jfr Kap 1). Så till exempel när en gammal institution och rummet på ålderdomshemmet ersätts med egen lägenhet i servicehus eller när personal från institutionen för in sina regler och rutiner i hjälpmotagarens eget hem. Det finns skäl för att tala om "hemmet som den senaste institutionen".⁸

⁸Jfr Higgins 1989, som refereras i Kap 1. Se också Marta Szebehely 1995 som visar att servicehus som betecknas som eget boende i

"Avinstitutionaliseringen" är uttryck för en statlig politik och omfattar de gamla, de vanföra, de utvecklingsstörda, de sinnessjuka.

Sektoriseringen av psykiatrin blev ett led i denna statliga politik och Lyckebo är ett exempel på hur denna politik genomförts i praktiken.⁹

Hur ska vi då förklara denna omsvängning, där man lämnade institutionen som lösning på sjukdom och sociala problem?

I artikeln "Psykiatrins förändrade former" beskriver Eliasson, Meeuwisse och Sunesson (1995) de förändringar som under senare decennier ägt rum i svensk psykiatri och ger historiska och internationella utblickar. De diskuterar de olika skäl som angivits till avinstitutionaliseringen, och lyfter fram de fyra vanligaste förklaringsstyperna (s 332 - 34):

1. *Teknologiska framsteg*: att det var de medicinska, tekniska och vetenskapliga framstegen som "tömde institutionerna";

2. *Samhällskritik, "sextioalet"*: att kritiken mot de totala institutionerna, mot psykiatrin och det

mycket har institutionens kännetecken, liksom på den andra tendensen att den hjälpgivande institutionen invaderar det privata hemmet med sina normer.

⁹ Sektoriseringsprincipen, som introducerades i Frankrike redan på 50-talet, innebär att psykiatriska verksamheter skulle lokaliseras ute i bostadsområdena, "så nära befolkningen som möjligt". Det handlade inte bara om att förändra organisationsstrukturen utan också om att introducera nya vårdprinciper: helhetssyn och rehabilitering, samarbete med myndigheter och andra "ute i samhället" i stället för internering och isolering i slutenvård.

psykiatriska tänkandet som levererades av Michel Foucault, Thomas Szasz, Erving Goffman m fl slog igenom och bidrog bl a till att klientrörelser som KRUM, RSMH, RFHL kom till.

3. *Välfärdsutvecklingen*: att avinstitutionaliseringen är en naturlig följd av välfärdssystemens utveckling. "Finns det bra pensionssystem behöver de gamla inte sitta på fattighusen, har man barnbidrag och ersättning för nyblivna föräldrar behövs inte försörjningsinrättningar för barn och ogifta mammor", osv. Samtidigt höjs människornas anspråksnivåer, allt fler grupper kräver "ett normalt liv" och "delaktighet".

4. *Ekonomiska orsaker*: att institutionerna är dyra och att problemen omdefinierats så att man kunnat genomföra en avinstitutionalisering med bl a privatisering av vårdhem och omsorg. (Se t ex Scull 1981 om denna utveckling i USA och England, där en "vårdindustri" med låg kvalitet fått stora proportioner).

Eliasson, Meeuwisse och Sunesson avvisar den "teknologiska förklaringen" (inompsykiatriska framsteg som nya mediciner etc) p g a att avinstitutionaliseringen kom ungefär samtidigt överallt, "i alla institutionstyper, från barnhem till ålderdomshem, från vanförestalt till vårdhem för utvecklingsstörda". De menar att det i stället förmodligen är så att "sextitalskritiken" (som såsom kritik inte var ny¹⁰) blev framgångsrik i den

¹⁰ Foucault skriver i Vansinnets historia om den tid då de vansinniga alltjämt internerades på fängelser, tillsammans med brottslingar: "Det fanns inte en psykiatriker, inte en historiker, som inte i början av 1800-talet gav efter för samma rörelse av indignation; från alla håll samma skandal, samma dygdefulla förkastande: 'Att de inte skäms som sätter de vansinniga i

"moderna" inställning som välfärdsutvecklingen medförde. "Inspärningen blir en omöjlighet i samhällen som framhäver individens rätt och individens värde, där barnen får mer att säga till om och där gamla har riktiga pensioner som gör att de inte kan kväsas lika lätt."(s 334)

Denna syn kommer fram i den 1982 nya socialtjänstlagen som ålägger kommunerna ett med landstingen delat ansvar för vården och rehabiliteringen av de psykiskt sjuka. Lagen ålägger Socialtjänsten ansvar för att även de psykiskt långtidssjuka och andra handikappade kan leva ett så normalt liv som möjligt i sina hemkommuner.

Fyra år senare 1986 kommer en speciell rättighetslagstiftning, Omsorgslagen som garanterade de utvecklingsstörda egen bostad och rätt till dagligt arbete eller annan meningsfull sysselsättning.

"Hemmet" ersätter från och med slutet av 80-talet institutionen som platsen för dagens aktiviteter, nattens sömn vård- och omsorgsinsatser. Sak samma om det egna hemmet dagligen invaderas av olika tjänstemän och -kvinnor. Det är det egna hemmet som plats för omvårdnad, omsorg och service som gäller.

fängelse'." Så kom "den positivistiska åldern" som "utan andrum högljutt och pretentiöst berömt sig av att ha befriat de vansinniga från en ömkansvärd sammanblandning med de dömda, att ha skilt icke-förnuftsoskuld från de kriminellas skyldighet". Det är enkelt att visa att det är tomma anspråk, fortsätter Foucault, och citerar Franck, en tidig kritiker av dåtidens anstalter för psykiskt sjuka: "De som besökt asylerna för vansinniga i Tyskland minns med skräck vad de sett. Man blir slagen av fasa när man träder in i dessa asylers för olycka och hemsökelse; man hör bara förtvivalde skrik och där bor människan som utmärker sig genom sina talanger och sina dygder." (1992, s 239-40).

Genom att hemmet blev platsen för vård och omsorg överflyttades ansvaret till kommunen även för grupper som tidigare vårdats på landstingets och statens institutioner.

Hemma-boende ideologi, rehabilitering, omsorg och service

I likhet med de strukturella förändringar som kan samlas under begreppet "avinstitutionalisering", har den *ideologiska* diskussionen om vad som är vårdens, vårdinstitutionernas och vårdprofessionernas uppgift omfattat alla institutionaliserade grupper, inte bara psykiatrins patienter.

Om vi går tillbaka till den tid då det som gällde var vårdinternering och kollektiv behandling på löpande band och efter klockan, så var också den ideologin generell.

Enligt Roger Qvarsell, som i boken *Vårdens idéhistoria*, belyser hur vården av och synen på de fattiga, de gamla, de utvecklingsstörda, de sinnessjuka förändrats under 18- och 1900 talet, har vårdinstitutionerna uppgift historiskt varit "isolering och försörjning" av sjuka och handikappade och institutionen användes "för att lösa olika typer av sociala problem." (1991, s.135, 138)¹¹

Kulmen på denna utveckling har för psykiatrins del sent datum. På mentalsjukhusen nådde i de flesta länder antalet patienter sitt maximum under 1950-

¹¹ Eller som Franco Basaglia uttryckt saken: "Grundläggande för psykiatrins traditionella roll var uppgiften att isolera och *bevara* sociala problem och konflikter, även om detta doldes av auran av vetenskaplig objektivitet". (1983, s 170)

eller 60-talet. De flesta av Lyckebopatienterna hamnar inom denna kategori, dvs människor som isolerats på mentalsjukhus och sjukhem. Fram till slutet av 80-talet, klassades de som psykiskt långtidssjuka (obotligt sjuka) och vårdades tillsammans med demenspatienter. Efter sektoriseringen klassificerades de om, till rehabiliteringsbara.

Enligt Qvarsell kan 80-talets vårdideologi sammanfattas på följande sätt: "alla ska ha rätt till ett eget hem oavsett ålder eller handikapp och den som är sjuk ska i så stor utsträckning som möjligt vårdas i hemmet." (a a, s 134)

"Hemma-boende-ideologin" är en tanke som går tillbaka till Ellen Key, men som blev tydlig först på 40- och 50-talen när det gällde åldringsvården. Ivar Lo-Johanssons reportageböcker från svenska ålderdomshem blev ett viktigt led i kritiken mot den instutionaliserade åldringsvården, och i en utredning 1956 slogs det fast att syftet med äldreomsorgen var att göra det möjligt för de gamla att i största möjliga utsträckning bo kvar hemma. (Se Lo Johansson 1987 resp Edebalk 1990) I Sverige fortsatte dock utbyggnaden av institutioner för gamla, bl a då i nya former som servicehus, samtidigt som hemtjänsten till gamla utvecklades och ökade kraftigt i omfattning. (Se Szebehely, 1995)

I stället för vård började lagstiftarna t ex tala om rehabilitering, omsorg, service och inte minst viktigt: rättigheter.

Begreppet omsorg användes först bara om de utvecklingsstörda, men har under 80-talet fått en allt bredare användning, barnomsorg, äldreomsorg, individ- och familjeomsorg. Qvarsell skriver:

"En ny vårdideologi började formuleras och som så ofta i vårdens historia valde man då också en ny benämning på verksamheten. Eftersom de utvecklingsstörda inte i första hand skulle bli föremål för medicinsk behandling ville man inte heller tala om vård utan om omsorg. *Begreppet omsorg kom att användas för att beskriva det omhändertagande som syftade till att skapa drägliga livsvillkor utifrån den enskildes förutsättningar oberoende av vad som kunde betraktas som normalt eller friskt.* Denna nya ideologi fick ett tydligt och betydelsefullt uttryck i den svenska omsorgslagen från 1986. Omsorgen om de utvecklingsstörda har därefter av många upfattats som ett mönster för hur vården av handikappade, långtidssjuka och gamla skall organiseras..." (Qvarsell, 1991 s.111, min kursivering).

Qvarsell pekar på den maktrelation som ligger i att vårdaren tar ansvar för den del av livet som den vårdade inte klarar själv, och därmed också till en viss del bestämmer hur den vårdades liv ska gestalta sig. Detta i synnerhet då vård har karaktär av "behandling" som alltid rymmer en föreställning om vad som utmärker ett "gott, normalt och friskt liv".

Begreppet "omsorg" kan sägas markera ett steg bort från de botande och fostrande ambitionerna mot en hjälp som ska svara mot vad den hjälpbehövande själv värderar som ett "gott liv" och begreppet "social service" kan ses som ytterligare ett steg i den riktningen: att den hjälpbehövande själv ska bestämma innehållet i hjälpen.

Den nya synen på vården, institutionerna och professionernas uppgifter innebär inom psykiatrin att de långtidssjuka omdefinieras i nya kategorier. I stället för fixeringen vid sjukdom – anledningen till interneringen – börjar man betona patientens olika funktioner som det gäller att utveckla och återupprätta. Det handlar nu, som chefsöverläkaren uttrycker det vad gäller patienterna på Nybyhemmet, om ett nytt mål: "ett så självständigt liv som möjligt". Det talas inte längre om sjuk eller frisk, utan om den enskildes psykiska och sociala funktioner, jämförbara med andra hjälpberoende ute i samhället.

Den psykiatriska vård som Nyby-patienterna utsattes för under flera decennier är inte längre "vård" ens för utövarna. Lyckebo-personalen definierar nu sin egen tidigare verksamhet med begreppet "förvaring" och innehållet beskrivs med formuleringar som "duschning på löpande band".

Vad gäller de "hospitaliserade" mentalpatienterna, t ex Lyckebo-borna, kan rehabiliteringen med sina "re-socialiserande", uppfostrande ambitioner ses som ett steg i riktning mot att möjliggöra en hjälp av omsorgs- och servicekaraktär; en hjälp där de f d patienterna själva kan få inflytande över hjälpens innehåll.

Ju längre bort Lyckebo-patienterna kom från definitionen av dem som sjuka och i behov av ständig vård och tung medicinering, desto friskare framstår de för sin omgivning. För bostadsområdets fastighetsskötare t. ex. framstår Lyckebo-borna, efter två år på området, som "bra hyresgäster" och "bättre än många andra i området".

Stöd fick just Lyckebo-patienterna på vägen. Men kanske ligger det ändå en hel del i Foucault syn på saken:

"Dessa tillfrisknanden utan stöd (och man måste erkänna att de inte är falska botanden) blir till sanna tillfrisknanden av falska sjukdomar. Vansinnet var inte vad man trodde och inte heller vad det utgav sig för att vara; det var oändligt mindre än sig självt: en gruppering av övertygelser och mystifieringar."
(Foucault, 1992, s 294-95)

Parallella synsätt på "psykiska störningar"

Under detta sekel har vård och behandling av de psykiskt sjuka behärskats av den biologiskt-medicinskt orienterade psykiatrin, vars traditionella ståndpunkt varit att känslö- och beteendemässiga störningar är medicinska problem och att en person med allvarlig känslomässig eller beteendemässig oförmåga är mentalt sjuk. "De sjuka" har lagts in på sjukhus och behandlingsåtgärderna har varit farmakologiska och kirurgiska (lobotomi) samt elchoker och annan organinriktad påverkan på kroppen.

Samtidigt som den biologiskt orienterade psykiatrin, i sitt sökandet efter organiska eller neurologiska orsaker till sjukdomen, etablerade sig som vetenskap i slutet av 1800-talet, grundades Sigmund Freuds psykodynamiska syn på själslivet. Kärnbegreppen i den freudianska teorin omfattar: det omedvetna och dess betydelse för motiv och beteende; det kognitivas och det symboliskas betydelse; driftslivet, särskilt sexual- och aggressionsdriftens betydelse i mänskligt beteende; tidiga erfarenheter som styrande i senare beteende.

Det psykoanalytiska samtalet utvecklades som metod i syfte att åstadkomma förändringar i beteende, tankar och känslor.¹²

Dessa två traditioner har alltså existerat sida vid sida under vårt sekel. Freuds teorier har haft mycket stor genomslagskraft i kulturen, det allmänna medvetandet och synen på människan som social varelse, men tycks inte i grunden ha påverkat den konkurrerande, biologiskt orienterade synen på psykiska problem.

Under 70-talet när avinstitutionaliseringen och sektoriseringen långt om länge nådde Sverige kan man börja tala om en öppen konkurrens och maktkamp mellan de två olika paradigmen.¹³

Den psykodynamiskt inspirerade och psykotera-
peutiskt inriktade psykiatrin skaffade sig i Sverige initialt fotfäste inom den sektoriserade öppenvårds-
psykiatrin, medan anhängarna av en medicinsk
psykiatri behöll ställningarna i slutenvården.¹⁴

Tidens skillnader i synsätt kom bl a fram i terminologin. Den traditionella psykiatrin talar om sitt objekt som "psykisk sjukdom". I tidiga pionjärverksamheter för den psykotera-
peutiskt orienterade öppenvårdspsykiatrin (som Nacka-
projektet och Psykiatriska Verksamheten i Luleå) talade man om "psykiska problem" och ville undvika sjukdomsbegreppet och den traditionella

¹² Beskrivningarna av medicinsk psykiatri och freudlansk teori baserar sig i huvudsak på Arthur S Reeder: *The Penguin Dictionary of Psychology*. Penguin books, London 1985.

¹³ Se Eliasson 1979 som i *Den nya psykiatrin i korseld* beskriver en tidig modell för sektoriserad psykiatri, Nacka-projektet, och dess profilering gentemot "den medicinska modellen".

¹⁴ Se Eliasson & Nygren 1981.

diagnostiken. Denna diagnostik kom dock att införas även i öppenvårdspsykiatrin.¹⁵ Under slutet av 80-talet använder sig den traditionella, medicinskt orienterade psykiatrin av såväl begreppet "psykisk sjukdom" (t ex schizofreni) som det vidare begreppet "psykiska störningar". Det senare i linje med offentliga utredningar (t ex Psykiatriutredningen 1992) där begreppet "psykiska störningar" genomgående används. Möjligen som en kompromiss mellan "problem" och "sjukdom".

Den psykodynamiska grundsynen i den nya öppenvårdspsykiatrin erbjöd, menar Topor (1993), en teori som bröt ner den traditionella psykiatris rigida uppdelning mellan sjukt och friskt, möjlighet att uppmärksamma tidiga tecken på psykiska problem och att genom samtalsmetoden nå människor som "mådde dåligt" och behandla dem i öppen vård.

Men uppenbarligen behövdes på Lyckebo inte denna psykodynamiska grundsyn för att de som sedan decennier definierats som (obotligt) "sjuka" skulle bli "friska".

Praxis på Nyby-Lyckebo

Läkarnas insatser

De rent medicinska insatserna på Nyby-hemmet har under den tid jag kunnat följa historien (tillbaka till 30- 40-talet) bestått i fastställande av diagnos, vanligen schizofreni eller demens, och en stående ordination av regelbundet intag av psykofarmaka i skiftande doser. Ordinationer som förnyats med

¹⁵ Se Ellasson, 1979, s 140 ff.

åren. Dosering och medicintag har skötts av sjuksköterska och mentalskötare. Den personliga kontakten med läkare tycks för vissa ha varit ytterligt begränsad, kanske till något enstaka tillfälle per år. I samband med inskrivning och i samband med svårare tillstånd har läkare avgjort t ex om remittering till vårdavdelning på psykiatriska kliniken i Varberg.

I samband med och efter sektoriseringen gör läkarna en omsortering efter diagnos, och står för den för "de psykiskt långtidssjuka" patienterna livsavgörande bedömningen om de ska klassificeras som rehabiliteringsbara eller som demenspatienter.

Sedan 1988 har medicineringen minskat för den grupp som hänfördes till rehabiliteringsprogrammet; för vissa är den i december 1994 på mycket låg nivå för andra har den helt upphört.

Läkarinsatserna är även efter utflyttningen till Lyckebo i stort sett desamma som tidigare. Jämfört med behandlingen på det gamla sjukhemmet kan inte någon tydlig, teoretiskt baserad *kvalitativ* förändring i läkarinsatserna noteras, men däremot en *kvantitativ*: de medicinska åtgärderna i form av psykofarmaka har minskat och den personliga kontakten med patienterna har blivit något mer frekvent.

Förändringar i vardaglig praxis

I rapporten har jag bekrivit en radikal förändring i skötarnas arbete; en förvandling från kroppsvårdare till kontaktman.

På Nybyhemmet svarade skötare under ledning av avdelningsföreståndare (sjuksköterska) för behandlingen och vården av patienterna. Fram till 1988 var den i det närmaste odifferentierad på det individuella planet. Behandlingen var uppbyggd kring hela kollektivet och tidsstrukturerade aktiviteter på sjukhemmet efter modellen: nu ska vi äta, nu ska vi klä på oss, nu ska vi läsa, nu ska vi gå ut, nu ska vi sova osv. I en gemensam skrivelse beskriver Nybyhemmets personal denna vård som "förvaring" och "duschning på löpande band". Patienterna bedömdes huvudsakligen utifrån "vårdtyngden", dvs hur mycket arbete en patient krävde på områdena hygien, matning, påklädning, städning.

Inriktningen i detta arbete beskriver personalen med orden "att aldrig se till individen, ordet helhetssyn var inte uppfunnet".

1988, alltså redan på sjukhemstiden, börjar arbetet med att upprätta en individuell sfär, en på den enskilde inriktad behandling och vård. Det nya sättet att arbeta innebar att varje patient skulle ha ett eget rum, egna möbler, egen kontaktman. Detta att förhålla sig till en person tycks resultera i att tyngdpunkten i skötarnas arbete långsamt förflyttas från det kroppsliga till psykiska och sociala dimensioner, "gömnda sidor kommer fram".

Det individuella framträder ytterligare genom utflyttningen till Lyckebo hösten 1992, under samma personals ledning och överinseende. I den egna bostaden och dörren som man kan stänga och låsa finns en tydlig markering om ett privat liv, som personalen kan respektera eller kränka. Skötaren kan välja mellan att lyssna eller att köra över.

Ansvar kan lämnas till patienten, eller behållas av personalen.

Förskjutningen i arbetet från "behandling och vård" mot omsorg – "stödja och hjälpa", "vara behjälplig", "hjälp till självhjälp", "handla och utföra ärenden tillsammans" – blir alltmer markant. Det är den enskildes förutsättningar som träder i förgrunden. Det centrala i arbetet är inte de enskilda arbetsuppgifterna som skötaren utför utan hur man lyckas i relationerna, mellan boende och kontaktman mellan patient och personal. Från verksamhetsledningens sida förväntas att kontaktmannen själv i ökande grad ska ta ansvaret för att utforma arbetet med patienten.

Genom kontaktmannaskapet formaliseras även de individuella relationerna. Varje patient har nu åtminstone en kontinuerlig individuell relation, ett slags erkännande av att han är en individuell röst och inte endast en psykisk sjukdom. I bästa fall kan kontaktmannen företräda patienten och dennes intressen mot institutionen, verksamheten och den övriga personalen. Det kontaktmannaskap som utvecklas på Lyckebo innebär också att framtiden öppnas för patienten; hennes liv – och inte hennes dagliga tillstånd – kommer upp till ytan: var, med vem och hur framtiden kan komma att gestaltas blir frågor som måste besvaras inom verksamheten.

Genom att en individuell sfär – med rättigheter, kontaktman, egen nyckel och bostad, egna möbler, egna beslut – upprättas, framträder patienten så småningom som en individ med en egen framtid. Såväl personalen som hon själv kan börja förhålla sig till hennes specifika frågor och individualitet. Det är hennes förmåga-oförmåga, bekymmer och

problem, brister och tillkortakommanden, gömda sidor och resurser som blir utgångspunkten och innehållet i arbetet.

Teoretiskt "paradigm-skifte" eller "struktur-omvandling"?

Rehabiliteringstanken kan ses som ett svar på förändrad statlig politik: avinstitutionaliseringssträvan och sektoriseringsprinciper.

Det finns inget i Lyckebo-verksamheten som tyder på att revolutionerande förändringar i den medicinskt orinterade teorin om psykisk sjukdom skulle ha ägt rum och frambringat förändringarna i praxis. Inte heller tycks förklaringen till den förändrade praxisen ligga i att det medicinska paradigmet trängts ut av ett psykodynamiskt paradigm, eller någon annan teori.

Den psykodynamiska grundsynen hade visserligen betydelse för utformningen av den nya öppenvårdspsykiatri som växte fram under 70-talet, men vid Nyby-Lyckebo finns det inga tecken på att ett psykodynamiskt synsätt influerat läkarnas-psykiatrarnas agerande.

Läkare (med medicinsk orientering) har öppnat dörrarna för den nya politiken – och därmed för patienterna. Innehållet i patientarbetet har lämnats till skötarna och deras närmaste administrativa ledning. Den nya praktiken har formats nerifrån, på "verkstadsgolvet". I den nya formen (först gruppboende) gjorde skötarna nya erfarenheter och nyupptäckte patienterna som personer. De genomlevde

en konfliktfylld process som tog flera år (med sina motsättningar mellan "det gamla" och "det nya") och fann efter hand andra sätt att arbeta.¹⁶

Det som möjliggjort förändringen i praxis är alltså i mina ögon de nya institutionella ramarna, psykiatrin har tvingats till att förändra form. Den har i praktiken anpassat sig till nya villkor, och på Lyckebo har den fått ett nytt innehåll.

För att man ska kunna tala om ett vetenskapligt paradigmskifte (eller "byte" av paradigm) krävs en grundläggande förändring som innebär en ny enhet av kunskapsobjekt, metodologi, teori och observation. Inom psykiatrin har det funnits två dominerande, konkurrerande traditioner, den medicinska och psykodynamiska. Dessa är enligt min mening att betrakta som skilda (båda överlevande) paradigm, med olika kunskapsobjekt, metoder, observationer och empiriska fakta, osv (jfr under rubriken "Parallella synsätt s.112-113" ovan). Dvs att dessa två traditioner knappast kan inordnas under ett och samma bredare synsätt och betraktas som vad Thomas Brante betecknar "subparadigm".

Med "subparadigm" menar vi här konkurrerande, relativt väl avgränsade teoretiska strukturer inom ett bredare paradigm. De tillhör samma paradigm eftersom dess förespråkare ansluter sig till samma

¹⁶ I denna konfliktfyllda process, där förändringen startade *inne* i den gamla institutionen – har Lyckebo-historien likheter med det reformarbete som i Italien startades av Basaglia m fl (se Basaglia m fl 1971 och Basaglia 1983) medan sektoriseringen i Sverige inleddes med försöksverksamheter för en (psykoterapeutiskt orienterad) öppenvårdspsykiatri, som initialt i ringa utsträckning nådde psykiatrens gamla patienter (se Eliasson 1979 och Eliasson & Nygren 1981).

kriterier på vetenskaplighet, samma kunskapsobjekt och metodologier. (Brante, 1995, s 109)

Desto intressantare är det att (åtminstone) två paradigmatiskt skilda skolor inom psykiatrin tycks vara aktiva på samma "avinstitutionaliserande", "normaliserande" och omsorgsinriktade handlingsväg, i något som liknar vad Brante talar om som en ny sociopolitisk kod:

En *sociopolitisk kod* är ett speciellt sätt att tolka och förstå en viss samhällsfråga som innebär ett ekonomiskt, politiskt, moraliskt och vetenskapligt baserat ställningstagande och även ett ställningstagande om vilken handlingsväg som är den rätta. En sociopolitisk kod knyter samman övertygelser och handling. Ett paradigm, utvecklat av vetenskapare, ingår som en av de centralaste komponenterna i moderna sociopolitiska koder. (aa, s 29)

Som fundament tycks i psykiatrins fall det vetenskapliga paradigmet – så som jag ser utvecklingen – ha föga att göra med ställningstaganden om vad som är den rätta handlingsvägen.

Vad händer med psykiatrin?

Det nya innehåll som praxis på Lyckebo exemplifierar svarar mot en ny syn på psykiatrins patienter som vi återfinner i officiella målformuleringar för psykiatrisk verksamhet. Eliasson, Meeuwisse och Sunesson (1995) skriver:

"Nu finns det emellertid en skiftning i tonen, en förändring som framgår av de nya utredningarna. Medan målen tidigare var att patienterna skulle

botas, eller i varje fall nå en acceptabel grad av psykisk hälsa, verkar man nu i stället vilja ge dem en hygglig handikappstatus, och därmed rätt till rehabilitering och ett " normalt" liv. Detta innebär också en annan förändring som så småningom kan bli mycket betydelsefull. Om avsikten bara är att rehabilitera, att se till att en grupp handikappade får bästa möjliga omsorg, vad skall man då med psykiatrin till?" (s. 357).

Man kan också fråga sig: Om en praktik som den på Lyckebo lyckas dekonstruera vansinnet och "obotbarheten", vad kommer att ske med psykiatrisk teori? Kommer den att gå oskadd ur erfarenheterna, övervintra och finna sig nya jaktmarker? Eller kan de erfarenheter som en förändrad praxis skapar leda till en "psykiatrins kris" som leder fram till någon form av teoretiskt paradigmskifte; ett paradigmskifte av det slag som ofta anförs som *förklaring och orsak* till praxis-förändringar, som den på Lyckebo?

Litteratur

Johan Asplund (red): *Sociologiska teorier*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1967.

Franco Basaglia m fl: *Ned med den institutionella psykiatrin!* Stockholm: PAN/Norstedts, 1971.

Franco Basaglia: "Psykiatri utan mentalsjukhus" i Filipe Costa & Alain Topor (red) *Alternativ till psykiatrin*. Stockholm: Prisma, 1983.

Thomas Brante: *Vetenskapens struktur och förändring*. Karlshamn: Doxa, 1980.

Thomas Brante & Helena Norman: *Epidemisk masspsykos eller reell risk?* Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposium, 1995.

Charles H Cooley: *Human Nature & Social Order*. USA: Schocken Books, 1964 (1:a utg 1902).

Per Gunnar Edebalk (1990) *Hemmaboendeideologins genombrott – åldringsvård och socialpolitik 1945 -1965*. Meddelanden från socialhögskolan 1990:4, Lunds universitet.

Rosmari Eliasson: *Den nya psykiatrin i korseld*. Stockholm: Prisma, 1979.

Rosmari Eliasson & Pär Nygren: *Samhälle, människosyn och modern själavård*. Stockholm: Prisma, 1981.

Rosmari Eliasson, Anna Meeuwisse, Sune Sunesson: "Psykiatrins förändrade former" i Ted Goldberg (red) *Samhällsproblem*. Stockholm: Liber, 1995 (4:e omarb uppl)

Ingrid Fredin: *Nybyhemmet – Psykiatrins tidiga bebyggelsehistoria.* (Stencil) Konstvetenskapliga institutionen, Göteborgs universitet, HT 1990.

Michel Foucault: *Vansinnets historia under den klassiska epoken.* Lund: Arkiv, 1992. (i fransk originalutgåva 1961: *Historire de la folie à l' âge classique.*)

Erving Goffman: *Asylums.* New York: Doubleday & Comp, 1961 (i svensk utgåva: *Totala institutioner* Stockholm: Rabén & Sjögren, 1973)

Joan Higgins: "Defining Community Care: realities and myths" in *Social Policy & Administration*, Volume 23, Number 1, May 1989, p 3-16.

Thomas S Kuhn: *De vetenskapliga revolutionernas struktur.* Stockholm: Thales 1992

Pauli Lappalainen: "Livet på Lyckebo. En delstudie i projektet 'I stället för mentalsjukhus – Att skapa vardagsliv'" (Stencil) Socialhögskolan, Lunds universitet, 1993.

Pauli Lappalainen: "Lyckebo - en människobehandlande verksamhets förvandling. Uppföljning 1994." Socialhögskolan, Lunds universitet, jan 1995.

Ivar Lo Johansson: *Ålderdoms-Sverige.* Stockholm: Carlssons, 1987.

George H Mead: *Medvetandet, jaget och samhället.* Lund: Argos, 1976 (i original *Mind, Self and Society*, 1: utg 1934)

Charles Wright Mills: *Den sociologiska visionen.* Stockholm: Prisma, 1971.

Roger Qvarsell: *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlssons, 1991.

Arthur S Reeder: *The Penguin Dictionary of Psychology*. Penguin books, London 1985.

Andrew T Scull: *Decarceration – community treatment and the deviant*. New Jersey: Prentice Hall, 1977.

Sune Sunesson: I stället för mentalsjukhus – Att skapa vardagsliv. Projektansökan till SFR, februari 1991. (Stencil) Socialhögskolan, Lunds universitet.

Marta Szebehely: *Vardagens organisering. Om gamla och vårdbiträden i hemtjänsten*. Lund:Arkiv, 1995.

SoU 1992:73: Psykiatriutredningen, slutbetänkande.

Leonard I Stein & Mary Ann Test : "From the hospital to the community: a shift in the primary locus of care" in *New Directions for Mental Health Services*, Number 1, 1979, p 15 -32.

Thomas Szasz: *The Myth of Mental Illness*. New York: Hoeber Medical Division, 1961 (i svensk utgåva: *Psyktisk sjukdom - en myt*, Stockholm: Aldus/Bonniers, 1971)

Alain Topor: *Socialpsykiatri i utveckling – Kontinuitet, tillgänglighet och helhetssyn*. Stockholm: Bonnier Utbildning, 1993.

Övriga referenser

Gildermeister, R: "Normalization of eroded daily life. Methodizing everyday life in institutional contexts". 4th

International Symposium on Social Prevention.
Bielefeld:1988

Gildermeister, R: *Institutionalisierung psychosozialer
Versorgung*. DUV, Wiesbaden :1989

Estes, C: "The politics of ageing in America" in Phillipson, C
et al (eds): *Dependency and interdependency in old
age:theoretical perspectives and politticy alternatives*, Croom
Helm, London: 1986.

Harris, J & Kelly, D " Community care and elderly people:
one-way traffic? in Phillipson, C et al, (eds): *Dependency and
interdependency in old age:theoretical perspectives and politticy
alternatives*, Croom Helm, London: 1986.

Övriga dokument, dataunderlag

Förslag från Arbetsgruppen för framtida vård och boende för
Nybyhemmets patienter febr. 1992.

Minnesanteckningar 1992 02 03 Arbetsgruppen.

Skrivelse från Nybyhemmets personal februari 1990 till
Primärvårdsnämnden i Falkenberg.

Skrivelse från Nybyhemmets personal 91 11 21 till
Primärvårdsnämnden i Falkenberg.

Organisation av psykiatrisk rehabilitering i Halland. En
beskrivning. 871127 Psyk rehab Överläkare Björn
Spångberg.

Sammanställning från Nybyhemmets arbetslagsträff 87 04
22 av Mildred Bornäs, utbild.ledare.

Befattningsbeskrivning: avdelningsföreståndare
Nybyhemmet.

Befattningsbeskrivning: skötare.

"Kontrakt för inneboende på Lyckebo rehabilitering".

Kontaktmanualluppgifter, Lyckebo

I serien **MEDDELANDEN FRÅN SOCIALHÖGSKOLAN** har utkommit:

- 1981:1 **FOSTERBARNSVÅRD OCH EKONOMI** av Peter Westlund
- 1981:2 **EN ALKOHOLENKÄT - OCH VAD SEN DÅ? En modell för alkoholundervisning i en sjätte klass** av Inger Farm och Peter Andersson
- 1981:3 **PSYKOLOGIN I SOCIALT ARBETE: EN PEDAGOGISK DISKUSSION** av Eric Olsson och Christer Lindgren
- 1982:1 **VAD BÖR EN KURATOR KUNNA?** av Karin Stenberg och Britta Stråhlén
- 1982:2 **LVM BAKGRUND OCH KONSEKVENSER** av Peter Ludwig och Peter Westlund
- 1982:3 **INSYN - ETT FÖRSÖK TILL INSYN I ARBETSMILJÖN PÅ EN SOCIALFÖRVALTNING. En intervjuundersökning** av Pia Bivered, Kjell Hansson, Margot Knutsson och P-O Nordin
- 1983:1 **AVGIFTER PÅ SOCIALA TJÄNSTER - principer och problematik** av Per Gunnar Edebalk och Jan Petersson
- 1983:2 **EN INDELNING AV RÄTTEN - hjälpmedel vid inläsning av juridiska översiktskurser** av Lars Pelin
- 1983:3 **OM SOCIALA OMRÅDESBESKRIVNINGAR** av Verner Denvall, Tapio Salonen och Claes Zachrison
- 1983:4 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del I Förhållandena 1977** av Åke Elmér
- 1983:5 **PSYKOLOGISKA FÖRKLARINGSMODELLER I SOCIALT ARBETE** av Alf Ronnby
- 1983:6 **FACKFÖRBUNDENS SJUKKASSEBILDANDE. EN STUDIE I FACKLIG SJÄLVHJÄLP 1886-1910** av Per Gunnar Edebalk
- 1984:1 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del II Utvecklingen 1945-1977** av Åke Elmér
- 1984:2 **FRÅGETEKNIK FÖR KVALITATIVA INTERVJUER - En sammanställning** av Hans-Edvard Roos
- 1984:3 **AKTIONSFORSKNING SOM FORSKNINGSSTRATEGI** av Kjell Hansson
- 1984:4 **FÖRÄNDRINGSPROCESSER INOM GRUPPER OCH ORGANISATIONER I PSYKOLOGISK OCH SOCIALPSYKOLOGISK BELYSNING** av Eric Olsson (SLUT)
- 1984:5 **ROLLSPEL - TILLÄMPNING OCH ANALYS** av Kjell Hansson
- 1985:1 **IDROTT OCH PSYKOSOCIALT ARBETE** av Kjell Hansson
- 1986:1 **ARBETSRAPPORT. Att arbeta på barn- och ungdomsinstitution - en pilotstudie** av Leif Roland Jönsson
- 1986:2 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977 (1983). Del III Utvecklingen inom oförändrade grupper** av Åke Elmér

- 1986:3 UNGDOMAR, SEXUALITET OCH SOCIALT BEHANDLINGSARBETE PÅ INSTITUTION -
Intervjuundersökning bland personalen på tre hem för vård eller
boende i Skåne av Maud Gunnarsson och Sven-Axel Månsson
- 1987:1 FATTIGVÅRDEN INOM LUNDS STAD - den öppna fattigvården perioden
1800-1960 av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:2 FORSKNINGSETIK OCH PERSPEKTIVVAL av Rosmari Eliasson (SLUT)
- 1987:3 40 ÅRS SOCIONOMUTBILDNING I LUND av Åke Elmér
- 1987:4 VÄLFÄRD PÅ GLID - RESERAPPORT FRÅN ENGLAND av Verner Denvall och
Tapio Salonen
- 1987:5 ATT STUDERA ARBETSPROCESSEN INOM SOCIALT BEHANDLINGSARBETE av
Leif Roland Jönsson
- 1987:6 SOCIALTJÄNSTLAGEN OCH UNGA LAGÖVERTRÄDARE av Anders Östnäs
- 1987:7 FORSKAREN I FÖRÄNDRINGSPROCESSEN av Eric Olsson
- 1988:1 EN UPPFÖLJNING AV BARN SOM SKILTS FRÅN SINA FÖRÄLDRAR av
Gunvor Andersson
- 1988:2 THE MAN IN SEXUAL COMMERCE av Sven-Axel Månsson
- 1988:3 FRÅN MOTSTÅND TILL GENOMBROTT. DEN SVENSKA ARBETSLÖSHETS FÖRSÄK-
RINGEN 1935-54 av Per Gunnar Edebalk
- 1988:4 MALMÖ - i kulmen av fattigdomscykeln av Tapio Salonen
- 1988:5 PROJEKT ÖSTRA SOCIALBYRÅN - en processbeskrivning av ett
förändringsarbete med förhinder av Anna Meeuwisse
- 1988:6 UTDELNINGEN AV SPRUTOR TILL NARKOMANER I MALMÖ OCH LUND av
Bengt Svensson
- 1988:7 HEMTJÄNSTEN PÅ 2000-TALET red av Peter Andersson
- 1989:1 FATTIGLIV av Gerry Nilsson
- 1989:2 MAKT OCH MOTSTÅND - aspekter på behandlingsarbetets psykosociala miljö
av Leif R Jönsson
- 1989:3 FOSTERHEMSFÖRVALTNINGEN av Bo Vinnerljung
- 1989:4 GUSTAV MÖLLER OCH SJUKFÖRSÄKRINGEN av Per Gunnar Edebalk
- 1990:1 DET ÄR RÄTT ATT FRÅGA VARFÖR - undersökningar om socialt arbete
red av Verner Denvall
- 1990:2 SCENFÖRÄNDRING - FORSA-symposiet Helsingborg/Gilleleje
- 1990:3 KULTURMÖTEN INOM SOCIALTJÄNSTEN - erfarenheter och reflektioner
red av Immanuel Steen
- 1990:4 HEMMABOENDEIDEOLOGINS GENOMBROTT - åldringsvård och socialpolitik
1945-1965 av Per Gunnar Edebalk

- 1991:1 **PROJEKTILLVARO** - en processanalys av ett socialbyråprojekt av Anna Meeuwisse
- 1991:2 **ORGANISATIONENS PÅVERKAN PÅ SJUKFRÄNVARON** - hur en forskningsprocess och en personlig utvecklingsprocess kan integreras med hjälp av handledning av Katrin Tjörvason
- 1991:3 **SEXUALITET OCH SOCIALT ARBETE PÅ INSTITUTION** av Åsa André
- 1991:4 **MIND THE GAP** - en reseberättelse från England 1-8 april 1990 av Mats Dahlberg, Jan Lanzow Nilsson, Margot Olsson och Claes Norinder (red)
- 1991:5 **DRÖMMEN OM ÄLDERDOMSHEMMET** - Äldringsvård och socialpolitik 1900-1952 av Per Gunnar Edebalk
- 1992:1 **POLICY, INTEREST AND POWER. Studies in Strategies of Research Utilization** av Kjell Nilsson
- 1992:2 **STÖD och AVLASTNING. Om insatsen kontaktperson/-familj** av Gunvor Andersson
- 1992:3 **REHABILITERING AV TORTYRSKADADE FLYKTINGAR I MALMÖ. Utvärderingsrapport** av Norma Montesino
- 1992:4 **MÅL, VERKSAMHETSMEDEL OCH BEHANDLINGSIDEER I TVÅ MÄNNISKOBEHANDLANDE ORGANISATIONER** av Marie Söderfeldt
- 1992:5 **235 SYSKON MED OLIKA UPPVÄXTÖDEN** - en retrospektiv aktstudie av Bo Vinnerljung
- 1993:1 **GRÄNSÖVERSKRIDANDE I PRAKTIK OCH FORSKNING - TVÅ EXEMPEL** av Bo Vinnerljung
- 1993:2 **HÖRSELSKADADE I ARBETSLIVET** - Ett stress/kontroll perspektiv - av Ann-Christine Gullacksen
- 1993:3 **NORMALITY, SOCIAL WORK AND THE CREATION OF EVERYDAY LIFE SETTINGS** av Matts Mosesson (ed)
- 1993:4 **SEVEN SWEDISH CASES: PRODUCTION REGIME, PERSONELL POLICY AND AGE STRUCTURE IN SEVEN SWEDISH FIRMS IN THE ERA OF THE SWEDISH MODEL** av Gunnar Olofsson och Jan Petersson
- 1994:1 **BOENDEBASEN I KRISTIANSTAD - EN UTVÄRDERING** av Bengt Svensson
- 1994:2 **Omsorgens vardag och villkor: 20 DOKTORANDER GRANSKAR FEM AVHANDLINGAR** red av Åsa André och Rosmari Eliasson
- 1994:3 **LVM-VÅRD AV NARKOMANER. Rapport från Avgiftningsenheten i Malmö: Patienterna, arbetsmetoderna och resultaten** av Kerstin Nilsson och Dolf Tops

1995:1 **SAMARBETE - NYCKELN TILL FRAMGÅNG.** En undersökning av team-
arbetets betydelse i rehabiliteringen av långtidssjukskrivna
av Anna-Lena Dahlquist

1995:2 **UTVÄRDERING OCH KVALITETSSÄKRING I SOCIALT ARBETE**
- Rapport från FORSA-symposiet 14-16 september 1995
red av Håkan Jönson

Exemplar kan rekvireras från socialhögskolans expedition, adress
Socialhögskolan, Box 23, 221 00 LUND

Reproduction
1995
Lund University



LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Box 23
221 00 Lund
046-222 00 00