

# På väg

– exempel på  
förändringsarbeten  
inom verksamheter  
för psykiskt störda

## Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014



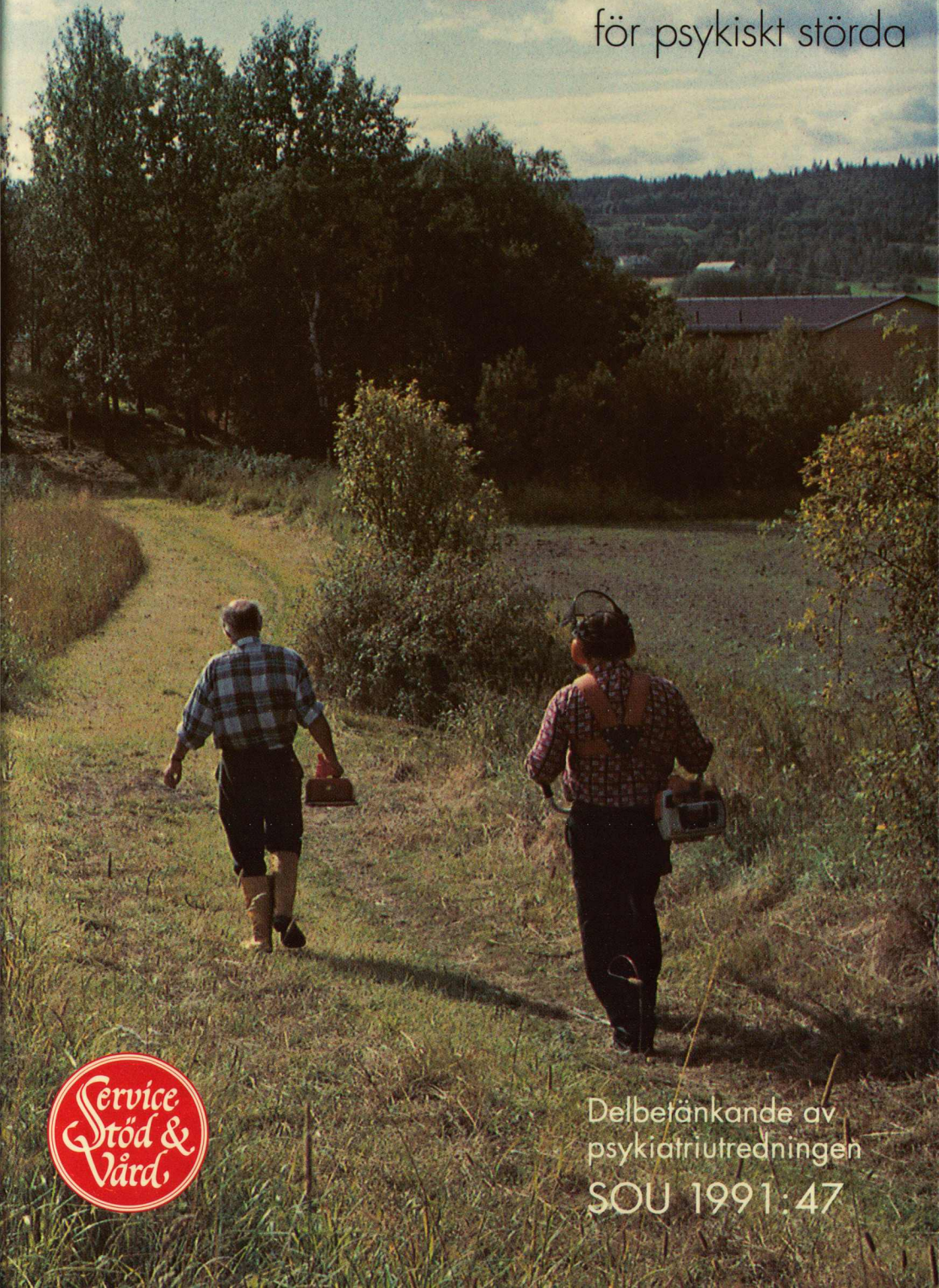
National Library  
of Sweden



Delberäkande av  
psykiatriutredningen  
SOU 1991:47

# På väg

– exempel på  
förändringsarbeten  
inom verksamheter  
för psykiskt störda



Delberäkande av  
psykiatriutredningen  
SOU 1991:47

Ref KB

02



Statens offentliga utredningar

1991:47

Socialdepartementet

# På väg

## - exempel på förändringsarbeten inom verksamheter för psykiskt störda

Betänkande av psykiatriutredningen  
Stockholm 1991

NORSTEDTS TRYCKERI AB  
Stockholm 1991



SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget, som också på uppdrag av regeringskansliets förvaltningskontor ombesörjer remissutsändningar av dessa publikationer.

Adress: Allmänna Förlaget  
Kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Tel 08/739 96 30  
Telefax: 08/739 95 48

Publikationerna kan också köpas i Informationsbokhandeln, Malm Morgsgatan 5, Stockholm.

Omslagsfoto: Kent Viklund  
Projekt Fornminnesvård i Sundsvall

## Förord

Regeringen beslutade i november 1990 att ge en parlamentarisk kommitté i uppdrag att utreda frågor om service, stöd och vård till psykiskt störda. Kommittén övertog därmed det motsvarande uppdrag som år 1989 gavs till en särskild utredare.

I enlighet med utredningens direktiv (Dir.1990:71) skall utredningens arbete främst inriktas på att överväga och föreslå åtgärder vad gäller ansvarsfördelning och organisation av stöd och vård till psykiskt störda. Kommittén, som antagit namnet psykiatriutredningen, skall slutredovisa sina förslag senast vid utgången av juni månad 1992.

I direktiven anges att det i uppdraget ingår att kartlägga situationen för psykiskt störda samt att utvärdera och analysera den sektoriserade psykiatrin och de övriga förändringar från slutna till öppna vårdformer som skett under 1980-talet. Som ett led i kartläggningsarbetet har kommittén tillskrivit bl.a. landets samtliga psykiatrisektorer och kommuner med en förfrågan om pågående projekt- och utvecklingsarbeten som riktar sig till psykiskt störda. Närmare 200 projektbeskrivningar har kommit in och kommittén har gjort bedömningen att många av projekten har ett sådant allmänt intresse att det finns starka skäl att redovisa materialet i en delrapport från utredningen.

Rapporten är indelad i två huvudavsnitt. Som en första del av rapporten redovisas, något mer utförligt, 27 olika verksamheter. Dessa verksamheter har främst valts med hänsyn till att de skall representera olika sådana delområden som måste täckas in om psykiskt stördas samlade behov av service, stöd och vård skall kunna tillgodoses. Underlaget till dessa redovisningar har gjorts av journalisten Lars Grip. I ett andra huvudavsnitt av rapporten redovisas en "katalog" med mer kortfattade beskrivningar av de ytterligare projekt som redovisats till utredningen. Inom sekretariatet har sekreterarna Gert Knutsson, Svante Pettersson och Irene Karlsson ansvarat för arbetet med "På Väg".

Mängden och bredden av de till utredningen redovisade verksamheterna är imponerande och delrapporten har givits namnet "På väg" för att lyfta fram den förändringsvilja som projekten är ett uttryck för. Psykiatriutredningen vill dock betona att de redovisade projekten inte innebär något ställningstagande från utredningens sida eller värdering av de verksamheter som beskrivs. Beskrivningarna av verksamheterna skall i sina detaljer mer ses som en redovisning av en kartläggning av pågående projekt och utvecklingsverksamheter i landet. Samtidigt har dock utredningen bedömt att rapporten som helhet bör kunna vara en viktig stimulans till ett lokalt förändringsarbete. Förhoppningen är alltså att denna rapport skall kunna vara ett underlag både till diskussioner om alternativa

väger att förbättra levnadsförhållandena för psykiskt störda och vara en stimulans till att lokalt starta nya eller utvecklade verksamheter.

## BO HOLMBERG

Margareta Persson

Sten Svensson

*/Harald Wilhelmsson*

*Irene Karlsson*

*Gert Knutsson*

*Svante Pettersson*

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b>	9
------------------	---

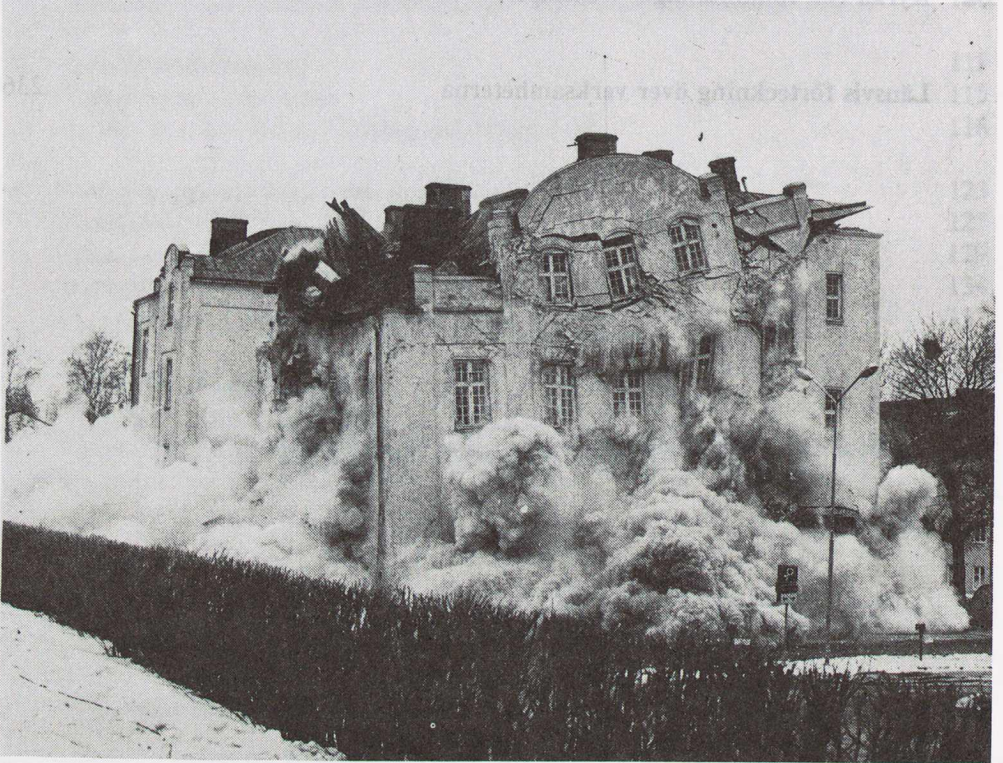
## *Del I*

<b>1. Utvecklingsinriktade sektorskliniker</b>	15
Enskede-Skarpnåcks psykiatriska sektor (ESPS)	15
Psykiatriska kliniken i Skellefteå	20
<b>2. Specialiserad behandling</b>	27
Anorexienheten vid Akademiska sjukhuset i Uppsala	27
Landstingets psykiatriska flyktingcenter i Karlstad	30
Psykoteraapeutiskt kriscenter i Nacka	34
<b>3. Geriatrisk psykiatri</b>	39
Enheten för geriatrisk psykiatri på Södermalm	39
<b>4. Anhörigarbete inom psykiatrin</b>	47
Anhörigarbete inom Lundasektor	47
<b>5. Behandlingshem</b>	53
Baggensuddens behandlingshem i Saltsjöbaden	53
Behandlingshemmet Villa Vårgården i Eskilstuna	58
<b>6. Barn och ungdom</b>	63
Spädbarnsverksamheten Gryningen i Karlskoga	63
<b>7. Primärvårdens insatser</b>	69
Kommunbaserad socialpsykiatri i Jämtland	69
<b>8. Case-Management, konsultation och personalutbildning</b>	75
Rörliga vårdteamet (RVT) i Umeå	75
<b>9. Boende och boendestöd</b>	83
Boendesamverkan socialtjänst-psykiatri i Örebro	83
Hemtjänstverksamheten Vänkretsen i Uppsala	85
Stödgruppsprojektet i Botkyrka	90



<b>10. Meningsfullt dagsinnehåll</b>	95
SESAM – RSMHs dagverksamheter i Skaraborg	95
Träfflokalen EMMA i Stockholm	98
<b>11. Psykiatrisk rehabilitering</b>	105
Psykiatriska rehabiliteringskliniken (PRE) i Jönköping	105
Södermalms psykiatriska rehabiliterings- och utvecklingsenhet (SÖREN)	110
<b>12. Arbetsrehabilitering</b>	115
Trivselhuset i Skellefteå	115
Arbete åt alla – LO och landstinget i Skellefteå	118
<b>13. Frivilligorganisationer och kamratstöd</b>	125
Fontänhuset i Malmö	125
Club Lindormen i Uppsala	129
Arbetskooperativet KOBHEN i Haninge	134
Anhörigföreningen Livgivarna i Nacka	137
<b>14. Kyrka och folkbildning</b>	141
Kontaktgruppen kyrka – psykiatri i Lund	141
Förberedande folkhögskola samt allaktivitetshuset Gyllenkroken i Göteborg	145
 <i>Del II</i>	
<b>1. Utvecklingsinriktade sektorskliniker – 2 exempel</b>	153
<b>2. Specialiserad behandling – 14 exempel</b>	153
<b>3. Geriatrisk psykiatri – 6 exempel</b>	161
<b>4. Anhörigarbete inom psykiatrin – 5 exempel</b>	164
<b>5. Behandlingshem – 8 exempel</b>	166
<b>6. Barn och ungdom – 10 exempel</b>	171
<b>7. Primärvårdens insatser – 5 exempel</b>	177
<b>8. Case-Management, konsultation och personutbildning – 12 exempel</b>	180
<b>9. Boende och boendestöd – 17 exempel</b>	188
<b>10. Meningsfullt dagsinnehåll – 27 exempel</b>	197

11. Psykiatrisk rehabilitering – 10 exempel	210
12. Arbetsrehabilitering – 26 exempel	216
13. Frivilligorganisationer och kamratstöd – 14 exempel	226
14. Kyrka och folkbildning – 7 exempel	233
<b>Länsvis förteckning över verksamheterna</b>	<b>236</b>



## INLEDNING

I psykiatriutredningens direktiv betonas att utredningens förslag skall syfta till att förbättra psykiskt stördas livssituation och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhällslivet. Många av de personer som drabbas av psykiska störningar har flera olika behov av stöd, service och vård som samtidigt måste tillgodoses för att de skall kunna få en god livssituation. Att psykiskt störda idag ofta har svårt att få alla sina behov tillgodosedda var det viktigaste skälet till att regeringen beslutade att tillsätta psykiatriutredningen.

Den senaste 20-årsperioden har den psykiatriska vården i Sverige förändrats mycket snabbt. Tidigare bedrevs vården inom en särorganisation med inriktning på ett varaktigt omhändertagande av patienternas hela livssituation. Nu har verksamheten utvecklats till en integrerad del av hälso- och sjukvården med en markerad inriktning på att psykiskt störda skall ges förutsättningar att leva så normalt som möjligt ute i samhället.

Antalet vårdplatser inom den psykiatriska vården har minskat med närmare 40 % under de senaste 20 åren. Behovet av vårdplatser beräknas fortsätta att minska. Minskningen förväntas ytterligare accentueras till följd av satsningen på öppna service-, stöd och vårdformer.

Utvecklingen av nya vårdalternativ har inneburit betydande välfärdsvinster och förbättrad livskvalitet för stora grupper av psykiskt störda. Ansvaret för att tillgodose de psykiskt stördas behov av ett fungerande boende, meningsfull sysselsättning/arbete och andra liknande icke direkt vårdinriktade behov åvilar emellertid andra organ än hälso- och sjukvården. Den förändrade inriktningen från ett totalt omhändertagande vid stora institutioner till en situation där huvuddelen av vården skall ges i öppna former förutsätter därför, för att goda livsvillkor skall kunna erbjudas, att en långtgående samordning sker mellan den psykiatriska vården och andra organ i samhället. Omstruktureringen av psykiatrien ställer också helt nya krav på fantasi och på anpassning till patientens och hans sociala omgivnings behov.

Behovet av samordning och samverkan gäller främst den primärkommunala socialtjänsten i form av både individ- och familjeomsorg och hemtjänst samt landstingens primärvård. Men även andra samhällsorgans insatser såsom bostads- och arbetsförmedling, skyddade arbetsplatser, försäkringskassa, skola, polis, kriminalvård, fackliga och andra frivilliga organisationer måste samordnas med vården. Patienternas egna organisationer samt anhöriga och andra närstående har också en mycket betydelsefull roll i sammanhanget.

Att bidra till en förändringsprocess som innebär att psykiskt stördas alla viktigare behov tillgodoses, att verksamheter med god kvalitet tillskapas och att insatserna på ett bra sätt samordnas kring individen är en huvuduppgift för psykiatriutredningen. På många håll i landet har man redan påbörjat denna förändringsprocess. I den här rapporten har ambi-

tionen varit att ge exempel på verksamheter som täcker in ett flertal av de myndighetsorgan eller andra resurser i samhället som kan vara aktuella i stödet till psykiskt störda. Utredningen har också velat peka på behovet av att olika inblandade parter har ett gemensamt synsätt och gemensamma målsättningar och arbetsformer. Ett antal exempel ges därför i rapporten på verksamheter som bedrivs i samverkan mellan olika huvudmän eller frivilliga organisationer.

Rapporten visar att det pågår ett ambitiöst förändringsarbete runt om i landet. Detta förändringsarbete präglas dock av en betydande osäkerhet. I första hand gäller den ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän. I vissa fall har osäkerheten lett till att huvudmännen börjat bygga upp resurser som egentligen inte tillhör deras ansvarsområde. T.ex. har psykiatrin på sina håll byggt upp olika boendekollektiv, gruppboendestäder eller dagcentraler för psykiskt störda trots att boende och sysselsättning i första hand är en primärkommunal uppgift. Som betonas i förordet innebär dock redovisningen av de olika exemplen i rapporten inget ställningstagande från utredningens sida vad gäller ansvarsfördelning och huvudmannaskap. Exempelen skall istället ses som beskrivningar av verksamheter av den typ som det är nödvändigt att utveckla om psykiskt stördas alla behov skall kunna tillgodoses. Förhoppningen är att rapporten i detta sammanhang skall kunna bidra till att föra vidare information och kunskaper från framför allt psykiatrin om hur psykiskt störda kan integreras i samhället.

På flertalet håll i landet pågår ett målmedvetet förändringsarbete. Påfallande är emellertid de stora skillnaderna i förändringstakt. De viktigaste orsakerna till dessa skillnader är att såväl utbyggnaden av de öppna vårdformerna, som samverkan med primärvården och primärkommunerna inte kommit lika långt i olika landsting. Psykiskt störda möter alltså en mycket varierande vård och service beroende på var i landet de lever. Framför allt är skillnaderna stora mellan storstäderna och övriga delar av landet.

Inom den psykiatriska vården pågår således en snabb strukturförändring. Utvecklingen inger hopp men utbyggnaden av olika öppna service-, stöd- och vårdformer är ännu otillräcklig och ojämnt fördelad över landet. Psykiatriutredningen vill därför med den här rapporten sprida information och kunskap om vissa av de projekt och utvecklingsverksamheter som pågår runt om i landet. Vår förhoppning är att de olika exemplen skall kunna stimulera till att redan befintliga verksamheter kan vidareutvecklas, att nya verksamheter kan startas och att rapporten skall bidra till att kontakter kan knytas.

I ett internationellt perspektiv har Sverige sannolikt unika resurser att tillgodose också psykiskt stördas behov av service, stöd och vård. Att behoven ännu inte kunnat tillgodoses beror inte främst på att det saknas resurser i samhället utan det beror till stor del, enligt utredningens uppfattning, på att det finns brister i samordning, oklarheter i ansvars- och uppgiftsfördelningen och att det saknas ett gemensamt synsätt och gemensamma arbetsformer mellan de olika berörda huvudmännen. Den här rapporten kan kanske ge exempel på lösningar och stimulera diskussionen av hur man utvecklar olika verksamheter för att förbättra de psykiskt stördas livssituation och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället. När det gäller frågorna om ansvars- och uppgiftsfördelning kommer utredningen att återkomma till dessa i det slutbetänkande som beräknas kunna presenteras under sommaren 1992.

## Rapportens uppläggning och innehåll

Rapporten består av två delar. I den första delen beskrivs relativt utförligt 27 stycken verksamheter som vänder sig till psykiskt störda. Som en andra del redovisas därefter mer kortfattade beskrivningar av ytterligare exempel på verksamheter runt om i landet. Denna uppdelning innebär ingen värdering av verksamheterna. Det har helt enkelt inte varit möjligt att redovisa alla lika utförligt. Gemensamt för de verksamheter som beskrivs är att de innehåller moment av nytänkande och utvecklingsanda.

De beskrivna verksamheterna har mycket som *inte* är gemensamt. De har olika omfattning och de bedrivs på många olika organisatoriska nivåer. Någon verksamhet kanske innefattar en handfull människor, i andra inbegrips hundratals anställda.

Verksamheterna är också olika avancerade. Här finns allt från "enkla" basverksamheter till sofistikerade specialistbehandlingar. Enkla i den meningen att de arbetar utifrån en utskrivna patients konkreta vardag och sofistikerade i den meningen att de kringgärdas av forskning eller emanerar från en avancerad psykiatrisk praktik.

En del har en frivilligorganisation som huvudman, andra har kommun eller landsting som huvudman.

Exemplen befinner sig också på olika stadier i sin utveckling. En del är alldeles nystartade, andra har hunnit ta steget från projekt till verksamhet. Åter andra har varit i gång i många år och hunnit få den mognad som sätter igång en ny utveckling. En psykiatrisk verksamhet är som bekant ingenting statiskt, den förändras hela tiden.

Beskrivningarna är ett försök att fånga verksamheterna och göra dem någorlunda begripliga i skrift. Samtidigt måste man vara medveten om att i samma ögonblick som redogörelsen är gjord, har verksamheten redan hunnit att förändra sig en aning. Samhället är under ständig utveckling och det gäller också för de verksamheter som försöker stävja dess avigsidor och hjälpa dem som inte hinner med.

Som grund för beskrivningarna ligger skriftligt material som respektive verksamhet själv skickat in. I en del fall har det rört sig om omfattande utvärderingar och andra redogörelser, i andra fall ligger några få sidors text till grund för beskrivningen. Anspråk på objektivitet eller någon form av "bedömning" kan alltså under inga omständigheter ställas på beskrivningarna. En telefonkontakt med respektive verksamhets kontaktperson har rett ut en del oklarheter och tillfogat ny information.

I beskrivningarna ges många beteckningar på vad som i grunden är samma sak, t.ex. patienter, brukare, medlemmar; – vårdbiträden, hemsamariter, assistenter. Det är en effekt av av det dynamiska skede som psykiatrin befinner sig i. Vi har valt att använda de begrepp som den beskrivna verksamheten själv föredrar. Därför varierar benämningarna, beroende på vilket projekt eller vilken verksamhet som beskrivs.

Beskrivningarna gör inte anspråk på att vara heltäckande eller ens exakta. Förhoppningen är att de skall stimulera det egna utvecklingsarbetet och skapa kontakt mellan människor i vården med gemensamma intressen och utvecklingsområden. För den som blir särskilt

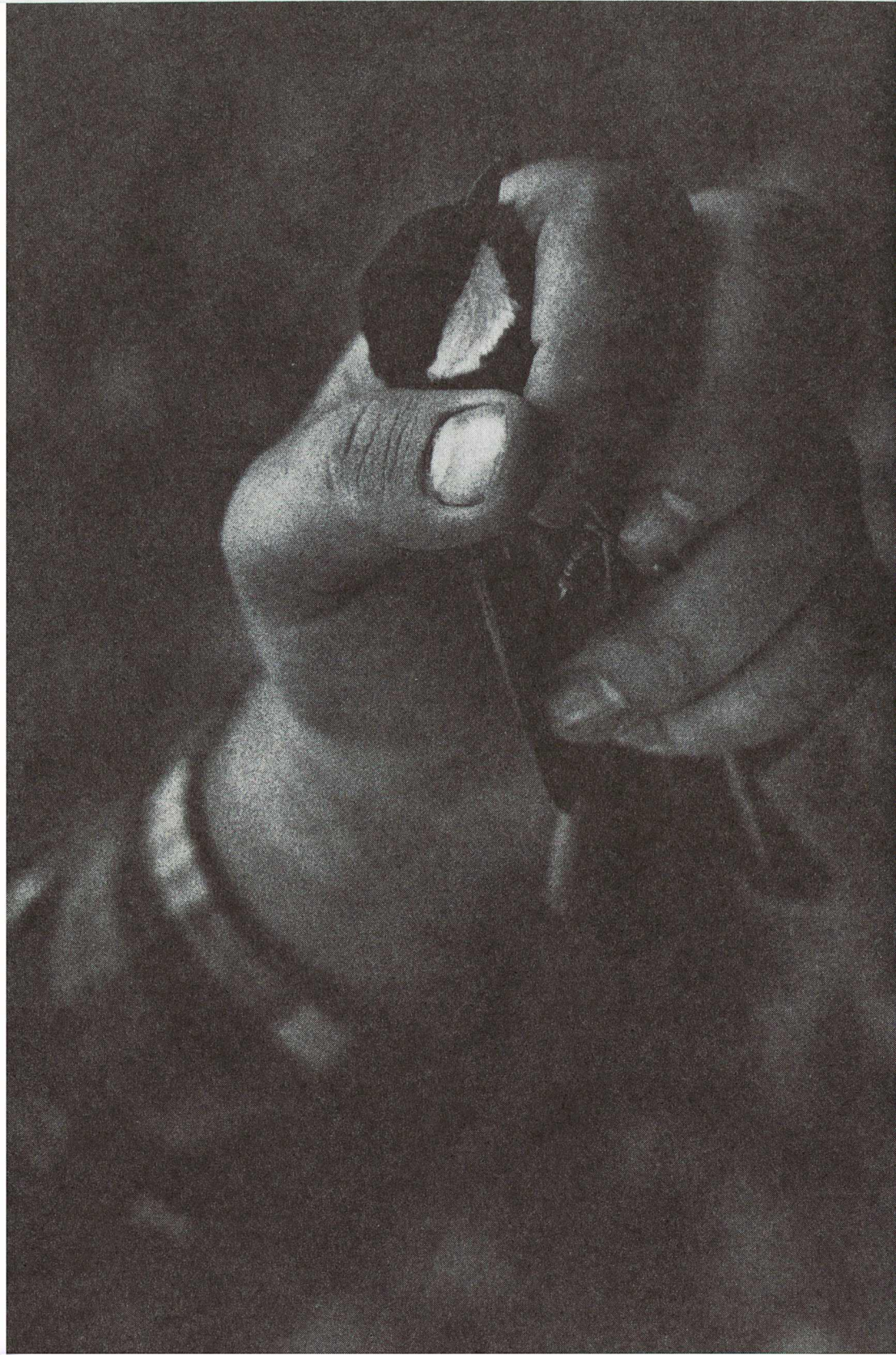
intresserad av ett projekt hänvisas att ta kontakt med den kontaktperson som finns angiven i del II för samtliga verksamheter som redovisas i den här rapporten.

Längst bak i rapporten finns ett register där de olika beskrivna verksamheterna är förtecknade länsvis.



DEL I





# 1. UTVECKLINGSINRIKTADE SEKTORSKLINIKER

Detta avsnitt beskriver två sektorer med helt olika förutsättningar och som är verksamma i helt olika sociala sammanhang. Den ena – *Enskede Skarpnäcks psykiatriska sektor* – arbetar utifrån ett storstadsperspektiv med de speciella problem som det medför. Den andra – *Psykiatriska kliniken i Skellefteå* – är verksam inom ett område som domineras av glesbygd, med de svårigheter att rekrytera personal och med de stora avstånd i upptagningsområdet det innebär.

## ENSKEDE-SKARPNÄCKS PSYKIATRISKA SEKTOR (ESPS)

- Vad är sjukt och vad är friskt?
- Med vilka instrument och kriterier kan man skilja friskt från sjukt?
- Är psykiatri överhuvud en exakt vetenskap?
- Är det möjligt att behandla och bota människor med psykiska störningar?

Den här typen av frågor har hörts i den psykiatriska debatten under många år. Att ifrågasätta psykiatrin som en exakt vetenskap och att sätta frågetecken kring psykiatrins klassiska diagnostiska instrument och behandlingsmetoder är ingenting ovanligt. Det är däremot ovanligt att sådana ifrågasättanden kommer från en offentlig psykiatrisk sektor.

Enskede-Skarpnäcks psykiatriska sektor (ESPS), med ca 73 000 (65 000 över 18 år) personer i sitt upptagningsområde, byggdes upp samtidigt som det fördes en ideologisk diskussion om psykiatrins uppgifter. En kritik av den traditionella psykiatrin och dess misslyckande utgjorde en intellektuell och vårdideologisk grund för den nya sektorn.

Hopp om förändring och inspiration till nya grepp har många av sektorns medarbetare fått vid studiebesök i Trieste i Italien. Där finns en fungerande psykiatrisk verksamhet helt utan mentalsjukhus och nästan helt utan tvångsingripanden – något som ställt den traditionella psykiatrins föreställningar på huvudet.

Arbetet i sektorn utgår från några grundläggande målsättningar och perspektiv:

Sektorn arbetar utifrån ett uppdrag från landstinget om att utveckla den psykiatriska verksamheten i ett *storstadsperspektiv* och de speciella förutsättningar och problem som emanerar från en verksamhet i storstad.

Ett *socialt perspektiv* ska präglade arbetet med patienterna.

Det räcker inte med att psykiatrin avhospitaliseras – att den lämnar mentalsjukhuset

bakom sig. Psykiatrin måste också arbeta för en total *avinstitutionalisering*, vilket ställer helt nya krav på psykiatrin. Man måste arbeta med nya strukturer, nya vård- och arbetsmetoder måste utvecklas och nya förhållningssätt i relationen mellan personal och patient måste successivt växa fram. Det är ute i bostadsområdena - i den sociala verkligheten som det nya psykiatriska arbetet ska få fäste.

Principen om *kontinuitet* försöker man förverkliga genom en integration av vårdens alla led. Det innebär att patienten kan ha kontakt med samma person, oberoende i vilken del av vårdkedjan han befinner sig.

Sektorn har en ödmjuk inställning till psykiatrins möjligheter att bota och normalisera patienter. Det är vare sig rimligt eller relevant, hävdar ESPS, att försöka forma patienter efter en abstrakt bild av hur man ska vara för att anses normal. Att normalisera livssituationen är däremot ett rimligt mål och då handlar det mest om att upphäva segregeringen av patienterna. Alltså: det handlar mer om att normalisera levnadsförhållanden än om att normalisera individer.

Inom sektorn håller man på att utveckla en ny psykiatrisk praktik, där man överskrider 60-talets motsättningar mellan "psykodynamiker" och "naturvetare".

Enligt ESPS emanerar mycket av den institutionella psykiatrins misslyckande från det faktum att den såg sig själv som en exakt vetenskap inom medicinen. Denna syn på psykiatri som en del av medicinen vill ESPS ersätta. Så här säger Filipe Costa, chef för sektorn:

- Vi måste börja uppfatta psykiatrin som en mänsklig verksamhet som är väsen-skild från de andra medicinska specialiteterna.

Klyvningen av patienten i sjukt och friskt måste bli mindre markant i det psykiatriska arbetet. När personalen får tillfälle att möta patienten i vardagslivet, ökar förståelsen för problemen. Möjligheterna att nå resultat ökar när fixeringen på sjukt och friskt försvinner, menar man inom ESPS.

Psykiska problem kringgärdas fortfarande av fördomar och förakt. Orsakerna ligger bland annat i att psykiatrin, så länge den har funnits, varit en dold och sluten verksamhet som försiggått bakom höga murar och låsta dörrar. Felaktiga föreställningar och rädsla har haft en god grogrund i denna slutenhet. För att motverka detta arbetar ESPS med att göra den psykiatriska verksamheten mer *offentlig*, tillgänglig för insyn. På så sätt kan mental-sjukdomen avmystifieras och avdramatiseras. Därför ordnar man återkommande "öppet-hus" på sektorns olika enheter. Man driver kaféer, öppna för allmänheten och förlägger kooperativa verksamheter (se nedan) som erbjuder allmänheten sin service till allvårdsenheterna. Därigenom kommer andra än patienter och personal dit - något som gagnar avmystifiering av psykiatrin och erbjuder allmänheten möjligheter till insyn.

Öppenheten mot offentligheten kombineras inom ESPS med en öppenhet om den egna situationen som personal inom psykiatrin, där man till exempel kan erkänna osäkerhet och avsaknaden av färdiga lösningar. Detta går stick i stäv med den medicinska traditionens vilja att framstå som bärare av vetenskap och auktoritet. Så här uttryckte sig en

sektorsmedarbetare i en folder som presenterar ESPS:

- Vi är ofta förvirrade, men vi hoppas kunna förbli förvirrade därför att vårt enda hopp finns just i denna förvirring. När förvirringen upphör då finns inget mer hopp.

### Skarpa och Ekbacken

En succesiv avveckling av slutenvårdsplatser är som bekant ett mål för alla psykiska sektorer. Inom ESPS fanns tidigare 7 avdelningar med sammanlagt 160 vårdplatser. I dag finns en psykiatrisk vårdavdelning med 20 vårdplatser kvar på Långbro. På Skarpa – en av sektorns vårdenheter – finns ytterligare 10 psykiatriska vårdplatser. Sektorn har avstått från en egen slutenvårdsavdelning på Södersjukhuset. I stället disponerar man 2 vårdplatser på en annan sektors akutavdelning. Dessa platser används sällan. I dag finns alltså endast 22 av sektorns vårdplatser kvar på traditionella sjukhus. Av sektorns totalt 96 vårdplatser är 74 utlokaliserade till upptagningsområdets två allvårdsenheter – Skarpa och Ekbacken. På båda dessa enheter finns 32 vårdplatser för allmänpsykiatri. Slutenvårdspersonalen på dessa enheter har kontakt med totalt ca 360 patienter. Ungefär halva arbetstiden tillbringas på enheterna – återstående tid ägnas öppenvårdsarbete. Totalt – dvs. Skarpa och Ekbacken sammanräknade – genomförs ungefär 800 hembesök i månaden.

Hur organiserar man arbetet så att slutenvårdspersonalen kan tillbringa halva sin arbetstid ute i öppenvården?

På Skarpa och Ekbacken har det skett genom att bryta ner den traditionella avdelningsstrukturen och genom att slopa såväl personalpool som extravak. Därmed har personalreureserna kunnat användas mer effektivt. Den nya strukturen är dynamisk på så sätt att man anpassar bemanningen till den situation som råder vid ett givet tillfälle, för att åter ändra den när situationen så kräver. Bemanningsplanen är alltså inte statisk. Att uppgifterna är rörliga kräver en rörlig personal. Man har kunnat köpa 15 personbilar genom att frigöra medel som annars skulle gå till korttidsvikarier. Slutenvårdspersonalen använder bilarna vid hembesök och andra aktiviteter med patienterna.

Både Ekbacken och Skarpa började sin historia inom ESPS genom att inhysa två vårdavdelningar som flyttat ut från Långbro sjukhus. Ekbacken som tidigare inhyste en vårdskola, ligger alldeles intill ett kommunalt daghem. På båda enheterna arbetar vardera 32 skötare och 7 sjuksköterskor. Av dessa är 16 personer i tjänst samtidigt, varav minst 6 personer har ett huvudansvar för slutenvården. De som inte är huvudansvariga kan fritt disponera sin tid till att ta emot öppenvårdsbesök, hjälpa patienten med något ärende eller göra hembesök.

Ekbackens personal är indelad i fyra vårdlag med två behandlingsansvariga per grupp. För varje patient som kommer till någon av enheterna, utses en behandlingsansvarig (psykiater, psykolog eller kurator) och två kontaktpersoner (skötare, sjuksköterska). Kontaktpersonerna ingår i samma vårdlag. Till dessa personer vänder sig patienten i första hand.

## Praktiskt och skapande arbete

Till textilverkstaden på Skarpa kan ineliggande eller utskrivna patienter bege sig för att i lera eller med textilier låta färger och former växa fram under händerna. Man kan koppla av på Café Musica, där patienter eller f.d. patienter driver kaféverksamhet. Även på Ekbacken huserar ett kafé, naturligtvis döpt till Café Eken.

Inom sektorn finns ett stort intresse att utveckla olika former av kooperativa verksamheter. Som kooperativ i bemärkelsen ekonomisk förening finns endast Städkooperativet Hörnrent. Videoverkstan, tryckeri, kaféer och "Affär'n", är organiserade som ideella föreningar med kooperativ inriktning.

På Ekbacken arbetar Städkooperativet Hörnrent och hantverksbutiken Affär'n, där man tillverkar och säljer kläder och andra textilier. Den som behöver få sin cykel reparerad kan vända sig till Verkstaden Ek Art, som i likhet med de andra verksamheterna – kaféet inbegripet – har siktet inställt på att utvecklas till arbetskooperativ i bemärkelsen ekonomiska föreningar.

Verksamheterna har en ambitiös uppläggning och kooperativa studiecirklar liksom bokförings- och yrkesinriktade cirklar har givit till kooperatörerna nya kunskaper. Boendeservicedelegationen har beviljat medel för projektledare att utveckla den kooperativa idén.

Alla dessa kooperativliknande aktiviteter bärs till 90 % upp av patienter, med stöd av personal inom sektorn. Återstoden har kommit till projekten via arbetsförmedling och försäkringskassa. Totalt handlar det om ca 60 personer som i olika hög grad är engagerade i kooperativprojekten. 20 av dessa har endera kunnat anställas inom sektorn eller knytas till verksamheten genom de s.k. ungdomsarbeten som landstinget administrerar.

## Enkla träfflokaler och kvalificerad psykoterapi

*Flotten* heter en kafélikande träfflokal i Årsta. *Lejdaren* är namnet på en motsvarande lokal i Kärrtorp. Dessa båda träffpunkter för utsatta människor är ett resultat av samarbete mellan sektorn och respektive socialdistrikt där lokalerna ligger. Sektorn ställer upp med två tjänster på de båda kaféerna och socialdistriktet med en tjänst på varje. För *Lejdarens* del har sektorn tillsammans med socialdistriktet tilldelats 3,2 miljarder kr. av boendeservicedelegationen under en treårsperiod. Dessa pengar ska också täcka in utvecklingen av de ovan nämnda kooperativa verksamheterna.

*Tillgänglighet* är en ledande vårdideologisk princip inom sektorn. Därför har man ordnat en jourverksamhet som är öppen och tillgänglig under kontorstid. Övriga tider hänvisas patienter till den psykiatriska akutmottagningen på Södersjukhuset, såvida de inte är kända inom sektorn. Då tas de emot på endera Skarpa eller Ekbacken. Antingen sover de där över natten eller också blir de intagna i slutenvården. Sektorns ökade tillgänglighet medförde på fem år en 30-procentig minskning av akutbesöken på Södersjukhuset av de patienter som bor inom sektorns upptagningsområde.

De som söker sig till Ekbacken eller Skarpa kan få korttidsterapier. De som behöver långvariga terapier vänder sig till *psykoterapienheten* som startades med pengar avsedda för en vanlig öppenvårdsmottagning sedan man konstaterat att behovet av psykoterapi inom sektorn var större än behovet av en traditionell öppenvårdsmottagning. En grundläggande tanke inför öppnandet av psykoterapienheten i början av 1989 var att inte bara patienter med enklare problematik skulle kunna erbjudas psykoterapi. Man skulle på enheten ta emot *alla* slags patienter, oberoende av problemtyp. Enheten kan erbjuda både långa och korta psykoterapeutiska kontakter hos kvalificerade terapeuter.

### Lägenheter och nattpatrull

Sektorn har kontrakt på fem lägenheter där tre eller fyra patienter bor tillsammans. Sju anställda arbetar tillsammans med patienterna i dessa lägenheter. Informella kontakter har lett till ett samarbete mellan sektorn och bostadsföretagen. Vid kollektivboendet har man fått tråkiga erfarenheter av allmänhetens attityder till psykiskt störda. Trakasserier och skadegörelse har förekommit.

Ensamheten är påtaglig, ångesten är stor, inte minst om natten. De utflyttade patienternas behov av hjälp och stöd nattetid resulterade i att en *nattpatrull* sommaren 1989, i bil började rulla runt till patienter för att ge stöd *när* det behövs och på den plats *där* det behövs. En mänsklig kontakt på kvällen eller natten kan göra att en kris med påföljande inläggning inte behöver inträffa.

Personal från olika enheter inom ESPS har bildat en *konsult- och samverkansgrupp* som står till primärvårdens och socialtjänstens förfogande. Syftet är att hjälpa dem att hantera och bedöma sådant som har med psykiskt lidande att göra.

En särskild *dokumentationsenhet* inom sektorn samlar data om antal hembesök, mottagningsbesök, dagvård, telefonkontakter m.m. Enhetens viktigaste uppgift är att på olika sätt registrera förändringar i verksamheten. Informationen kan användas som underlag för beslut när man ska vidareutveckla arbetet inom sektorn. Dokumentationsansvarig, tillsammans med två utbildningsledare och en projektsekreterare bildar sektorschefens stab.

Ledningsgruppen för sektorn som består av sektorschef och avdelnings/klinikföreståndare, träffas en gång i veckan. Varje enhet har i sin tur en lokal ledningsgrupp som också den träffas veckovis.

På Ekbacken och Skarpa hålls varje vecka ett husmöte där all personal deltar.

Eftersom funderingar kring psykiatrins roll och ett kritiskt förhållningssätt spelar stor roll inom sektorn hålls varannan vecka också ett ideologimöte, där alla sektorns medarbetare som har möjlighet träffas.

Vanliga Enskede-Skarpnäcksbor, och representanter för föreningslivet, socialtjänsten, skolan, kyrkan och psykiatrin kommer till möten i Intresseföreningen för stöd åt patienter inom Enskede-Skarpnäcks psykiatriska sektor (INSIES). Föreningen vill stödja patienter-

na genom att utbilda och informera allmänheten, medverka till bättre samordning i vården, upprätta nätverk för att hjälpa människor ur isolering, granska den sociala och psykiatriska verksamheten inom området och sätta igång olika aktiviteter för patienter. INSIES har också en särskild anhörigsektion som arbetar för ett fördjupat samarbete mellan vårdgivare och anhöriga. Anhöriga erbjuds också möjligheten att möta varandra och sektorns personal inom ramen för en anhörigutbildning.

### Problem

Inom ESPS strävar man efter att arbeta okonventionellt och dynamiskt, ofta i strid med traditionella psykiatriska föreställningar och vedertagna sanningar. Landstingets fördelning av budgetmedel till sektorerna grundas på arbetsätt och sätt att mäta prestationer som inte kan tillämpas på arbetet inom ESPS. Ett socialpsykiatriskt synsätt som grund för arbetet innebär att man får svårigheter att redovisa vårdprestationerna. Det medför att tilldelningen av budgetmedel inte följer utvecklingen i den faktiska verksamheten. ESPS är kritisk till de principer för fördelning av medel som tillämpas inom landstinget. Trots att landstinget strävar efter att utveckla öppnare vårdformer, tilldelas sektorerna medel i första hand efter antal vård dagar, läkarbesök och liknande kriterier. Det medicinska betraktelsesätt som ligger till grund för prestationsmått hindrar utvecklingen mot ett socialpsykiatriskt arbetsätt.

ESPS efterlyser prestationsmått för till exempel kollektivboende. Man anser att budgeten bör baseras på invånarantalet i sektorn.

Sektorn har tvingats att anpassa sig till de budgetprinciper som råder och har därför uppgivit att den använder fler vårdplatser för allmänpsykiatri än vad den i själva verket gör.

I försök att minska personalomsättningen på skötar- och sjuksköterskesidan satsar ESPS på utbildning, delegering av ansvar och på en höjning av lönerna för dessa grupper. En hög personalomsättning motverkar ju syftet med kontinuitet och integrering av slut- och öppenvård.

## PSYKIATRISKA KLINIKEN I SKELLEFTEÅ

Det skulle dröja till hösten 1977, innan Skellefteåborna fick en egen psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Och 1984 fick Skellefteå psykiatriska sektor totalansvar för den psykiatriska vården i sitt upptagningsområde. Länge hade man kastat intresserade blickar på motsvarande klinik i Ängelholm som varit igång sedan 1973. Denna klinik var förebild för Skellefteå, när man stod inför uppgiften att bygga upp en sektor med ansvar för alla resurser och för befolkningens psykiska hälsa.

Befolkningen i området är jämnstor med Enskede-Skarpnäcks – ca 65 000 personer över

15 år bor i området. Där slutar likheterna med ESPS som ju arbetar i ett typiskt storstadsområde, med de speciella problem det medför. I Skellefteå-sektorn bor uppemot 80 % av befolkningen i småstadsmiljö, medan resterande 20 % är glest utspridda på en stor landsbygd. Här inryms offentliga förvaltningar och dataföretag, jordbrukare och skogsarbetare, industriarbetare och tjänstemän.

Hur har man då gått tillväga för att på ett effektivt sätt möta befolkningens psykiatriska vårdbehov?

Åtminstone två målsättningar genomsyrade uppbyggnadsarbetet i sektorn: Vårdkedjan skulle vara *sammanhållen* för att ge en bra vård, inte minst åt de långtidssjuka. Dessutom ville man samla alla resurserna inom sektorn för att kunna klara uppgiften att ta ett *ansvar* för alla psykiatriska behov som visade sig. De ca 15 milen till Umedalens sjukhus ointetgjorde möjligheten att utnyttja vårdplatser där effektivt. Under de fem första åren flyttades resurser från Umedalen successivt över till Skellefteå.

När verksamheten inleddes i oktober 1984 kände sig ledningen inte alldeles säker på hur den skulle utvecklas. Man beskriver starten som ett vågspel, med en mycket ung personalgrupp med liten eller ingen erfarenhet av psykiatrisk vård. Personalen var som en grupp pionjärer som sökte sig fram för att hitta arbetsmodeller med en rimlig ambitionsnivå och med så bra effekter som möjligt på patienten.

Nu efter drygt ett halvt decenniums verksamhet konstaterar man att de samlade resurserna inneburit ett lyft för bygden - självklart för patienter och anhöriga, men också för övrig sjukvård, socialtjänst och polis. Personalen har eftersträvat ett socialpsykiatriskt arbetssätt utan att ge avkall på kompetensen i psykoterapi eller att nedvärdera betydelsen av biologiska behandlingsmetoder.

### Korttidsvård och öppenvårdsteam

Sektorn är inte bara indelad i två geografiska områden eller subsektorer – en nordlig och en sydlig. Den är också indelad i två "sektorer", varav en fått namnet korttidsvårdssektor och den andra gemensam sektor. Inom korttidsvårdssektorn finns fyra öppenvårdsteam, en dagvårdsgrupp och två allvårdsavdelningar; en för södra och en för norra subsektorn.

Vårdcentralerna får regelbundna besök av en kontaktperson från sektorns öppenvårdsteam, bestående av s.k. halvteam med överläkare, sjuksköterska, kurator, psykolog, skötare och sekreterare - en av vardera. Två sådana team finns i norra subsektorn och två i södra. Båda subsektorerna disponerar en allvårdsavdelning med plats för 18 inneliggande patienter.

Någon särskild avdelning för intagningar finns inte. I stället kommer patienterna direkt till behandlingsavdelningen, vilket måste utgöra en fördel för dem.

Öppenvårdsteamerna utför merdelen av sitt arbete på mottagningarna. Patienter som söker till öppenvårdsteamerna får vänta i två-tre veckor på ett bedömningsamtal. Sökanden



ombuds ta med sig familjen eftersom man tillämpar ett familjeterapeutiskt perspektiv på problemen. Detta är också ett sätt att ta tillvara anhöriga som en resurs i vården – något som sektorn vinnlägger sig om.

Väntelistan till behandling är mycket kort, med undantag för dem som söker psykoterapi. Eftersom man fram till årsskiftet 1990/91 saknade legitimerad psykoterapeut bedrivs den verksamheten med hjälp av externa handledare.

För de patienter som har svårt att tillgodogöra sig familje- eller individuell behandling finns en psykiatrisk gruppverksamhet. Två sjuksköterskor och en skötare arbetar under lång tid och i fasta grupper med ett 30-tal patienter. Här handlar det om ADL-träning, social träning och kommunikationsträning.

De 34 personer som arbetar på allvårdsavdelningen behåller kontakten i öppenvård med en del av de utskrivna patienterna. På avdelningen arbetar man efter tre huvuduppgifter: observation och bedömning, behandling samt rehabilitering (gäller för de patienter som inte kan erbjudas annan rehabilitering). Den huvudsakliga uppgiften är givetvis själva behandlingen, som bedrivs i tre olika team med en kontaktperson för varje patient.

### Gemensamma resurser

Som sektorsgemensamma resurser finns ett rehabiliteringsteam i *öppenvård* i vardera södra och norra subsektorn. Till *halvöppen vård* räknas de fyra behandlingskollektiv som är sektorsgemensamma och den gemensamma sektorns *slutna vård* som inräknar två rehabiliteringsavdelningar.

De två rehabiliteringsteamerna kan betraktas som en specialisering av öppenvårdsteamerna. De utför hembesöken hos patienterna (vilka alltså inte utförs av öppenvårdsteamerna). Sammanlagt ca 100 patienter står i kontakt med de båda rehabteamerna. De flesta bor i s.k. eget boende, några i träningslägenheter. Teamerna bemannas av en överläkare (halvtid), två psykologer, två kuratorer, en arbetsterapeut, två sjuksköterskor och åtta skötare. Denna rehabiliterande personal samarbetar nära med distriktssköterskorna på vårdcentralerna och med personal inom socialtjänsten. Bland annat har utbildning anordnats för kommunens vårdbiträden och hemtjänstassistenter.

Tillsammans med socialtjänsten arbetar sektorn med enskilda ärenden och med policyfrågor. Sektorn har också utvecklat samarbete med andra "närintressenter" som arbetsförmedlingen och försäkringskassan.

Tre av sektorns fyra behandlingskollektiv är i första hand inriktade på yngre patienter, sex på varje kollektiv – många med diagnosen schizofreni. Man strävar efter att arbeta i enlighet med psykodynamiska och miljöterapeutiska principer, men följer inte någon renodlad modell. Snarare anpassas behandlingen efter situationen i varje enskilt fall. Med glädje har man kunnat notera att ett flertal utskrivna patienter klarar av eget boende. Utan kollektiven skulle sannolikt flera av patienterna ha blivit kvar på någon av sektorns två rehabiliteringsavdelningar.

I det fjärde kollektivet bor äldre personer som tidigare vistats på mentalsjukhus eller på psykiatriskt sjukhem.

Bemanningen på kollektiven är låg. Endast två till fyra personer arbetar under dagtid. Natttid finns sovande jourbiträde på ett av kollektiven. En högre bemanningsgrad skulle innebära att något kollektiv måste läggas ned. Eftersom erfarenheterna är uppmuntrande väljer man att ha flera kollektiv med låg bemanning i stället för färre kollektiv med högre bemanning.

Som sektorsgemensamma resurser inom den slutna vården finns slutligen två rehabiliteringsavdelningar, den ena för svårt institutionaliserade patienter, den andra för s.k. särskilt vårdkrävande patienter. Den förra finns på Åbackaavdelningen med 21 platser för psykiatrisk långtidsrehabilitering. Medelåldern är hög på avdelningen som är inrymd i ett hus som tidigare var konvalescenthem. Den andra rehabiliteringsenheten – Östra avdelningen – har 12 platser för svårt schizofrena och särskilt vårdkrävande patienter. Här finns också beredskap att ta emot mycket oroliga och utagerande patienter från allvårdsavdelningarna. Som tidigare nämnts finns ingen särskild intagningsavdelning med resurser att ta hand om mycket oroliga patienter.

Som en gemensam resurs för sektorn finns också toxavdelningen. Den har fyra platser för tillnyktring, fyra för avgiftning och fyra för rehabilitering. I arbetet med missbrukare tar man fasta på vikten av ett gott samarbete med kommunen med målsättningen att ta gemensamt ansvar.

### Svårt att få personal

Skeletteåsektorns samarbetspartner, inte minst vårdcentralerna, anser att samarbetet med sektorn fungerar bra. Undantag från denna inställning beror på den stora bristen på psykiatrer i sektorn. Att bara tre av sektorns åtta överläkartjänster är besatta, är inte ovanligt. Eftersom motsvarande brist på distriktsläkare råder i primärvården, är det samarbete som bygger på läkarmedverkan inte så utvecklat som man skulle önska sig. Trots denna bristsituation arbetar nu en grupp med representanter för sektorn, primärvården och socialtjänsten med att få fram ett program för att förbättra missbruksvården. En av klinikens mottagningar och en av de större vårdcentralerna arbetar tillsammans i ett utvecklingsprojekt med syfte att förbättra samarbetet och att utveckla behandlingsinsatserna.

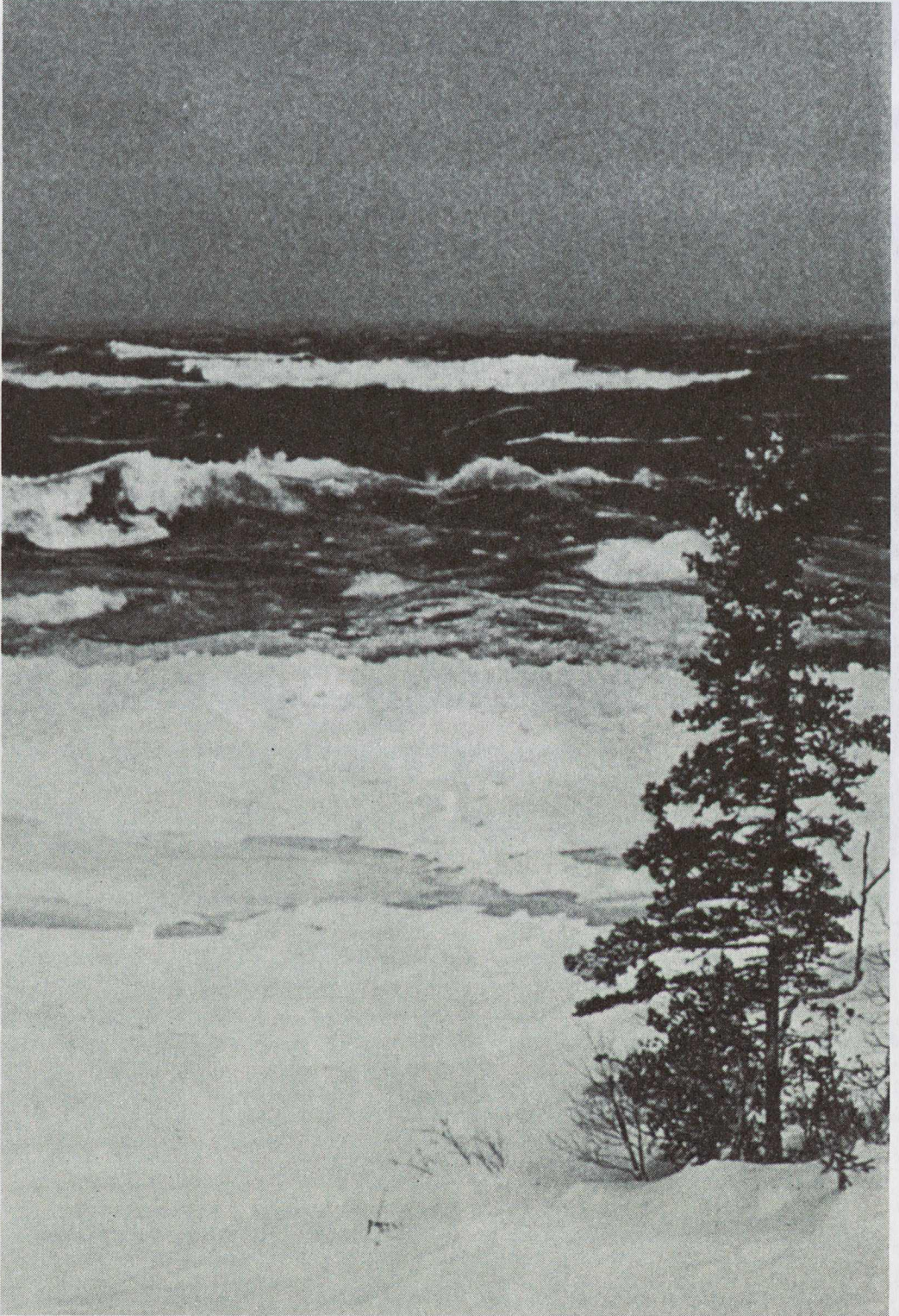
Bristen på specialister försvårar också samarbetet mellan den somatiska vården och den psykiatriska.

Trots bristen på läkare har en fungerande psykiatrisk sektor kunnat byggas upp på relativt kort tid. Sektorsledningen har under hela uppbyggnadsskedet anpassat visionerna efter de lokala förutsättningarna som ju inte var helt gynnsamma. Personalen hade, som tidigare nämnts, en varierande bakgrund med liten psykiatrisk erfarenhet. Därtill kom läkar- och sjuksköterskebristen. Det tvingade i många fall fram improvisationer. Vid sidan av personalens anpassningsförmåga har stödet från de lokala och regionala politikerna betytt

mycket för sektorns uppbyggnad. Men drömmen i Skellefteå är att kunna stryka ordet "vakant" i marginalen efter läkartjänsterna.

Sektorn har varit mycket mån om att hålla en hög och jämn kvalitet på vården. Med överläkare Carl-Gustaf Olofsson ord:

- Det ska inte vara så att om de har tur så får de en exklusiv vård, och har de otur så får de ingen vård alls.





## 2. SPECIALISERAD BEHANDLING

I alla psykiatriska sektorer möter man patienter i livssituationer som kräver mycket specialiserade kunskaper för en framgångsrik behandling. I detta avsnitt beskrivs tre enheter med hög grad av specialisering.

*Anorexienheten* vid Akademiska sjukhuset i Uppsala tar patienter från hela landet och fungerar som en mobil resurs. Landstingets *psykiatriska flyktingcenter* i Karlstad arbetar med de mycket speciella problem som uppstår för människor som flytt från sina hemländer. Patienterna rekryteras från flyktingförläggningar i länet. I detta avsnitt berättas också om utvecklandet av ett psykoterapeutiskt *Kriscenter i Nacka* med målet att tidigt ta sig an patienter med "nyupptäckta" schizofreniforma symptom för att förhindra en utveckling mot kronicitet.

### ANOREXIENHETEN VID AKADEMISKA SJUKHUSET I UPPSALA

Under senare år har självsvält och hetsätande rönt allt större uppmärksamhet i massmedier. Man kan lätt få intrycket att dessa störningar ökar i omfattning. Undersökningar visar dock på en relativt konstant förekomst av anorexia nervosa och bulimia nervosa. Man räknar med att drygt en procent i en åldersklass flickor (18 år) får diagnosen anorexia nervosa. När det gäller bulimi är bilden mindre klar – man kan möjligen räkna med en viss ökning av fallen.

Den klassiska bilden av anorexipatienten är tonårsflickan som vill banta sig vacker och därvid utvecklar en panisk rädsla för att gå upp i vikt. Hon börjar svälta sig och går ner i vikt till rent livshotande nivåer.

Det har blivit vanligare att dessa patienter – besatta av svälthunger – okontrollerat börjar vräka i sig mat och därefter kräks, laxerar eller motionerar intensivt för att inte gå upp i vikt.

Man kan säga att dessa båda symptom är två sidor av samma mynt, där båda grupperna i grund och botten har samma inställning till och samma känsla inför mat. En granskning av patienternas bakomliggande förhållanden ger en splittrad bild. Socialgruppsstillhörighet och utbildning varierar, liksom familjestörningar och annan psykisk problematik.

Många patienter får hjälp av psykiatrin medan andra fastnar i långdragna och svårbehandlade tillstånd.

Vid *Akademiska sjukhuset i Uppsala* bedrivs en specialiserad behandling som vänder sig till anorexi- och bulimipatienter. Verksamheten har hela landet som upptagningsområde. Den är inte förlagd till en speciell avdelning. I stället förfogar verksamheten över sex vårdplatser som är utspridda på tre olika psykiatriska avdelningar på Akademiska sjukhuset.

Specialistverksamheten leds av en psykolog. Två sjukgymnaster, en utredande och testande psykolog, "går runt" till de olika avdelningarna. Sammanlagt fyra personer håller alltså i den specialiserade verksamheten, vars patienter i övrigt behandlas av personal på respektive avdelning.

De patienter som rekryteras till behandlingen är starkt motiverade – de har stått på väntelista (ca tre år) – och deras problem har inte kunnat avhjälpas i hemlandstinget. Patienten har framför sig en behandlingstid på tolv veckor inom slutenvården.

## Behandlingen

### *1:a veckan: Träning av måltids och aktivitetsrutiner*

Under den första veckan hjälper man patienterna att äta tillräckligt och regelbundet. Behandlingspersonalen kan, genom sina kunskaper i ätandets psykologi, hjälpa patienterna att klara av ett normalt ätande utan att ångesten blir dem övermäktig. Grunden är en planerad och in i minsta detalj uppgjord måltidsrutin. Övriga aktiviteter följer också en detaljerad plan. I denna fas är det meningslöst att söka en terapeutisk kontakt med patienten eftersom svälten hos en anorexipatient blockerar tillgången till känslolivet. Hetsätarens impulser att äta mildras efter denna första vecka och den akuta svälten hävs hos den anorektiska patienten. Själva viktfobin som ligger bakom symptomen finns naturligtvis kvar, men nu blir en terapeutisk kontakt möjlig.

### *2:a veckan: Kroppsuppfattningsbehandling*

Nu när ätandet och matens yttre former fungerar får patienten också tillgång till normala kroppsliga reaktioner och till sitt känsloliv. Nu kommer sjukgymnasterna in i behandlingen och hjälper patienterna att få en realistisk uppfattning av kroppen. Sjukgymnasten gör en mycket omfattande bedömning av patienternas kroppsupplevelser. I många fall följer sjukgymnasten patienten genom hela behandlingsprogrammet.

### *3:e veckan: Viktförändring*

Patienterna börjar må fysiskt bättre. De har kunnat se att det går att äta vanlig mat i normala mängder utan att tappa kontrollen över vikten. Ångesten mildras och den underviktiga patienten kan acceptera en högre vikt. Vid varje måltid serveras normala matmängder som för den underviktiga dock kompletteras med ett flytande näringstillägg. Grundtanken är att patienten aldrig ska se annat än normala matmängder. Hetsätaren som

ska gå ned i vikt genomgår ett motionsprogram tillsammans med sjukgymnasten.

Fram till denna fas har verksamheten hittills haft en 100-procentig behandlingsframgång.

#### *4:e veckan: Antidepressiv behandling*

De känslor som svälten resp hetsätandet sannolikt lagt hinder i vägen för, bryter nu fram med stor kraft. Många reagerar med nedstämdhet som behandlas med antidepressiv medicinering. De flesta av patienterna har redan tidigare ordinerats antidepressiva läkemedel, men har då ofta kräcks upp dem, med följd att medicineringen inte givit någon effekt. Under denna behandlingsvecka inleder en kurator också en utredning av patientens psykosociala förhållanden.

Från och med denna behandlingsvecka får patienterna också träna sig i att själva klara av mathållningen och därmed vikten. Efter den 5:e behandlingsveckan får patienten regelbundna permissioner, för att träna måltids- och aktivitetsrutiner i hemmiljö.

#### *5:e veckan: Omfattande utredningsarbete*

Det är först nu som ett mycket genomgripande utredningsarbete genomförs. Det gäller att få en bild av patientens psykiska status. Nu – när vikten stabiliserats och störningar som direkt hänger samman med svält och kaotiska matvanor har röjts ur vägen – är det möjligt att göra bedömningar av patienten. Utredningsarbetet genomförs av en psykolog och innefattar begåvningsstest, strukturerade diagnostiska intervjuer, attitydformulär, neuropsykologiska test och projektiva tekniker.

I testsituationen, som ju innehåller prestationsmoment, brukar patienternas prestationskrav visa sig. Rädslan för situationer där det förväntas en prestation visar sig med stor kraft och hela situationen innehåller en väldig dynamik. Eftersom testen genomförs av tränade psykoterapeuter finns det möjligheter att handskas med situationen på ett terapeutiskt sätt.

#### *6:e – 12:e veckan: Långsiktig behandling*

Under den här perioden formuleras ett behandlingsförslag utifrån de bedömningar av patienten som gjorts på grundval av bland annat de olika testen. Den fortsatta vårdplaneringen görs av sjukgymnast, psykiater och kurator. Den resulterar i ett behandlingsförslag som riktar sig till patientens psykiatrienhet på hemorten. De behandlingar som gruppen föreslår spänner över ett brett spektrum – alltifrån långtidspsykoterapi till en bedömning att patienten kan klara sig helt själv. Många patienter rekommenderades att återuppta tidigare samtalsterapi som nu har större möjligheter att fungera, eftersom matfixeringen inte längre hindrar en terapeutisk kontakt.



### *12:e veckan: Behandlingen avslutas*

Nu tar terapeuter i hemlandstinget eller i öppenvården vid. En månad efter behandlingens slut kommer patienten på ett återbesök för en uppföljning. Om en återinläggning skulle behövas kan den genomföras först efter sex månader. Patienterna rekommenderas psyko-terapi hos hemlandstinget för att fullfölja behandlingen.

### **Kombinationsbehandling**

Behandlingen är delvis inspirerad av ett kognitivt beteendeterapeutiskt synsätt, men verksamheten poängterar att det inte finns någon övergripande ideologi eller teori som styr hela behandlingsinnehållet. Tvärtom, menar man, har kombinationen mellan olika kunskapsområden, yrkesskategorier och synsätt bidragit till att behandlingsmodellen blivit framgångsrik. Att de olika behandlingsmomenten kommer i rätt ordning är ytterst viktigt för att behandlingen skall bli framgångsrik.

Modellen är utformad med tanke på att den ska kunna integreras i den ordinarie allmänpsykiatriska vården utan att man behöver använda sig av extra resurser. Om patienten kan få hjälp till ett regelbundet och tillräckligt ätande från en tränad avdelningspersonal "räcker det" med allmänpsykiatriska insatser i den övriga delen av behandlingen, menar föret-rädare för verksamheten.

Hälften av patienterna som behandlats inom anorexienheten var efter tre år friska i den bemärkelsen att de inte längre kunde ges diagnosen anorexia eller bulimia. Många patienter "sjävläker", dvs. de tar sig ur sina symptom av egen kraft. Vid anorexienheten har man tagit bort symptomen (svält, hetsätande) som fungerade som ett hinder för självläkning.

De patienter som återkommer till verksamheten för ytterligare en 12-veckors behandling, blir för varje gång allt bättre, dvs. får ökad insikt och visar färre symptom.

Brist på resurser gör att anorexienheten inte kan fullfölja behandlingen terapeutiskt. Vi undanröjer hinder för självläkning, säger ledaren för verksamheten. Den ger alltså ingen helhetsbehandling utan hjälper patienterna att ta ett första steg genom att göra dem symp-tomfria.

## **LANDSTINGETS PSYKIATRISKA FLYKTINGCENTER I KARLSTAD**

I mitten av 80-talet infördes det decentraliserade flyktingmottagandet som en följd av den ökade strömmen av asylsökande till Sverige. I och med det började flyktingar komma till Värmland. Flyktingar med uppehållstillstånd bosatte sig i kommunerna och flera förlägg-

ningar för asylsökande öppnades i länet.

På många håll där man hade lång erfarenhet av att ta emot flyktingar hade man pekat på de svårigheter psykiatrin haft att bli en resurs i flyktingmottagandet. För att ge flyktingar och asylsökande samma möjligheter till psykiatrisk vård som den övriga befolkningen, beslöt landstinget att starta en psykiatrisk öppenvårdsmottagning för flyktingar under deras första år i Sverige.

Flyktingcentret (FC) startade som projekt 1986 och är fr.o.m. 1991 permanent verksamhet inom hälso- och sjukvården. Målsättningen är tredelad:

- Erbjuda flyktingar och asylsökande poliklinisk psykiatrisk vård under förläggningstiden och de första åren i kommun..
- Bedriva forskning och metodutveckling inom detta område.
- Genom handledning och utbildning öka kunskapsnivån om flyktingar och arbetsmetoder inom landstinget.

Teamet ska ha ett barn- och familjecentrerat arbetssätt, men även kunna erbjuda individuell behandling till såväl barn som vuxna. Man tänkte från början speciellt på tortyr-och krigsskadades behov.

Sedan FC öppnades har över tusen patienter tagits emot i behandling. Patienterna har kommit från 25 ursprungsländer. Persiska och arabiska har varit de största språkgrupperna. Den aktuella situationen i Värmland, med framför allt nyinflyttade flyktingar och ett stort antal asylsökande på förläggningar, har medfört en profilering mot stödjande terapiformer och krisinterventioner.

Den största andelen patienter som söker hos FC lider av akuta ångest- och depressionstillstånd som en följd av traumatiska upplevelser och krisreaktioner av flykten och exilen. Det gäller såväl vuxna som barn.

Arbete teamet som består av 1 läkare, 2 psykologer, 1 kurator, 1 sjuksköterska och 1 läkarsekreterare, har en gemensam psykodynamisk grundsyn och samtalsterapier i olika former är de vanligaste arbetsredskapen. I genomsnitt får patienterna fem samtalstillfällen men den individuella behandlingen varierar från ett par samtal till regelbundna samtal under flera år.

Förskrivning av psykofarmaka sker ytterst sparsamt. FC har noterat att de flesta som söker hjälp redan tidigare fått ångestdämpande läkemedel, dock utan några påtagliga resultat. Inte heller har antidepressiva läkemedel visat sig ha någon större effekt på de depressioner som följer på upplevelser i flykt och exil.

Verksamheten vid FC har inneburit ett kontinuerligt utvecklingsarbete. Under de första åren sökte man efter såväl form som innehåll i arbetet. Teorierna har omsatts i praktiken, kunskap har samlats hos teammedlemmarna och i dag arbetar man med vidareutveckling

av idéer och metoder.

Det är fritt fram för flyktingar att söka flyktingmottagningen utan remiss eller andra formaliteter, men mer än hälften av patienterna har hänvisats till teamet av personal från sjukvården i övrigt. Den vanligaste anledningen till att man söker eller blir hänvisad till teamet är att man lider av akuta ångest- eller depressionstillstånd. Bakom problemen ligger traumatiska upplevelser och krisreaktioner från flykten och exilen. Många bland dem som bott några år i en kommun uppsöker teamet för att få hjälp med relationsproblem. Tonvikten i arbetet ligger, som sagt, vid terapeutiska samtal.

Hur fungerar terapeutiska samtal när personal och patient inte talar samma språk? Detta var en av de första frågor man ställde sig inom teamet: Att jobba med tolk; Vilka är möjligheterna, vilka är svårigheterna?

### Arbeta med tolk

När FC startade fanns en utbredd misstro inom psykiatrin till att arbeta med tolk. Ett av teamets uppdrag var att pröva om det var möjligt. Erfarenheterna från FC visar att merparten av psykiatriskt och psykoterapeutiskt arbete mycket väl går att bedriva med hjälp av tolk.

Det visade sig vara viktigt att använda samma tolk genomgående i en samtalsterapi. Tolken blir, liksom terapeuten, en betydelsefull person för patienten. Byte av tolk påverkar självklart den terapeutiska processen. Det gäller också enligt teamet att använda tolkar som är lämpade för uppgiften att tolka i känsliga situationer. Det är svårt att möta känslor av kaos och förtvivlan. Ofta har tolken likartade upplevelser som patienten. Om tolken inte klarar de psykiska kraven sitter terapeuten snart med två patienter i stället för en, eller med en person som konkurrerar med terapeuten. För att tolken ska få trygghet i arbetssituationen bör han också få insikt i vad psykoterapi är. Han måste – det visar erfarenheten från FC – också få möjlighet att ta upp känslor och tankar som väcks i samtalen.

Teamet har kommit fram till att man vid planeringen av behandlingsuppläggningsen måste ta hänsyn till tolken, dennes situation och kapacitet, på samma sätt som man som terapeut väger in övriga ramförhållanden när man föreslår ett behandlingskontrakt för patienten. Om man samarbetar med ett mindre antal tolkar, så att tolk och terapeut får en arbetsrelation och förtroende för varandra, underlättar det situationen avsevärt.

### Psykologiska "sanningar"

När flyktingcentret började sin verksamhet var gruppen övertygad om att den psykologiska kunskapen och det terapeutiska instrumentet var verksamma och allmängiltiga. Det gick att hjälpa människor utifrån dessa redskap, oavsett vilken kultur de kom ifrån. Det var utgångspunkten.

Erfarenheten visade dock gruppen ganska snart att det som man betraktar som självklarheter och sanningar enbart gäller en given kulturkrets. Man kom fram till att den kultur som människor lever i, präglar hela deras personlighet. Med gruppens ord:

- Människors känslor är universella. Det är uttrycken för dem som är kulturella.

Gruppen fann bland annat att det hade stor betydelse för hur man skulle arbeta psykoterapeutiskt om den kulturkrets patienten tillhör betonar individens eget ansvar och fria vilja eller om den i första hand ser individen som en familjemedlem för vilken familjens krav är överordnade individens egna strävanden.

Psykoterapeutiska metoder som bygger på att patienten ska betrakta sig själv är svåra att tillämpa på personer från en kulturkrets där man inte ser något större värde i att tala om det som är svårt.

Man fann också att tilltron till mötet mellan människor i ett psykoterapeutiskt samtal var berättigade. För många flyktingar är det en unik upplevelse att i exilen åter bli sedda som hela människor och bemötta med respekt. Det kunde återge dem hoppet om att det ändå är möjligt att leva i Sverige.

### Trauma och kris

Flyktingens upplevelser av våld och övergrepp betonas i massmedier och överskuggar i vår föreställningsvärld lätt den djupgående upplevelse som flyktingkrisen innebär. När man utvecklade flyktingscentrets arbete visade det sig svårt att skilja traumatiska upplevelser i hemlandet från den kris det innebär att vara flykting – flyktingkrisen. Att ta med dessa båda perspektiv blev så småningom centralt såväl i behandlingsarbetet med flyktingarna som i handledning (se nedan) av personal.

Dessa och andra erfarenheter har lett fram till den metod för krisintervention som i dag erbjuds asylsökande utan uppehållstillstånd. Metoden är uppbyggd på fyra behandlingstillfällen och utgår från krisperspektivet. Patienten informeras om gruppens erfarenheter av flyktingkrisen. Under de två sista samtalen ges patienten möjlighet att bearbeta upplevelser och att sätta ord på smärtan som nu blivit mer lättillgänglig genom att de tidigare samtalen minskat ångesten. Man arbetar parallellt mot flera mål i behandlingen: struktur, relation, information, stöd och hopp.

FC betonar vikten av att arbeta med hela familjen för att underlätta för den att finna en gemensam hållning till sin situation. Hela familjens situation finns med i bakgrunden när man arbetar, även om man ofta väljer att träffa delar av familjen i det enskilda samtalet, t.ex. bara föräldrarna eller bara barnen.

## Handledning och utbildning

En av målsättningarna med verksamheten var att flyktingcentret skulle öka kunskapen om flyktingar och utveckla arbetsmetoder för flyktingar inom landstinget genom handledning och utbildning.

Flera barnavårdscentraler – speciellt i flyktingtäta områden – kom tidigt i kontakt med flyktingar, vilket ledde till behov av kunskap och handledning. I dag handleder personal från flyktingcentret BVC-sköterskor som arbetar i flyktingtäta områden. Man bedriver också fortbildning inom barnhälsovården.

En fungerande barnomsorg ansågs vara en av de viktigaste psykosociala stöd man kunde erbjuda flyktingarna. Därför prioriterades handledning och fortbildning av personal inom barnomsorgen redan från början. Så småningom kunde man erbjuda ett omfattande utbildningsutbud på alla nivåer inom barnomsorgen.

Sjukvårdspersonalen vid ett par av flyktingförläggningarna i Värmland har regelbunden handledning från teamet.

En stor satsning har gjorts på fortbildning av personal inom allmänpsykiatri och inom barn- och ungdomspsykiatri. Där har gruppen arrangerat såväl internatkurser som föreläsningsserier i flyktingpsykiatri. FC har också givit åtskilliga föreläsningar för andra grupper som i sitt arbete kommer i kontakt med flyktingar.

Flyktingcentret är i dag så etablerat i Värmland att målet att fungera som en kunskaps- och resursbank har förverkligats.

En av anledningarna till att man kunnat bygga upp en omfattande och fruktbar verksamhet i Värmland är att flyktingcentret i inledningsskedet gavs tid och möjlighet att söka sig fram. En annan är att särskilda tjänster avsattes för arbetet. Om personalen haft sina ordinarie tjänster kvar och endast erbjudits viss timtid för att arbeta inom projektet, skulle den inte klarat av att bygga upp den verksamhet som finns i dag.

## PSYKOTERAPEUTISKT KRISCENTER I NACKA

Att schizofreni-diagnosticerade patienter i stor utsträckning blir "kroniker" har länge betraktats som svårfrånkomligt. Allt fler har börjat ifrågasätta om den höga graden av kronicitet hos schizofrena verkligen är nödvändig. Att krissituationer kan tillvaratas för förändring och utveckling just när de pågår, är allmänt erkänt. Denna insikt tillämpas dock sällan när det gäller psykotiska patienter.

- Kan ett tidigt ingripande i okonventionella former "hejda" psykosen att utvecklas till något som kräver långa institutionsvistelser?

- Medför den traditionella modellens sjukhusinläggning och medicinering att synen på sjukdomen blir pessimistisk och därmed hindrar till ett tillfrisknande?
- Dras anhöriga med i den pessimistiska bilden av långa sjukhusvistelser och försämrar detta individens möjlighet att återta sina förlorade positioner i samhället?

Den här typen av frågor ligger bakom ett projekt inom Nacka-Värmdö psykiatriska sektor, som sannolikt är det första i sitt slag i Sverige. Grundtanken är att skapa en verksamhet och en miljö som motverkar ovan skisserade faktorer och som vill hjälpa den psykotiska människan att förstå, ta ställning till och handskas med sin livssituation.

Oberoende av vilka orsakerna till symptomen är, behöver en psykotisk människa med en schizofren/schizofrenoform symptombild hjälp att identifiera och förstå de problem som utlöst den uppkomna situationen. På så sätt kan kaos och vanmakt minska och möjligheterna att handskas med situationen öka.

- Hur kan då en sådan verksamhet se ut och hur kan den bedrivas?

En viktig komponent är att de som är engagerade i patienten (oftast familjen) ska delta i arbetet med att förstå vad som hänt. Det ska också finnas möjligheter till reflektion, omprövning och ställningstaganden. Detta kräver tid – och rum.

Platsen för kriscentrets arbete är en villa i Nacka där verksamheten pågår vardagar på dagtid.

Här finns gott om plats för att en orolig människa ska kunna gå undan för sig själv, men också delta i umgänge med andra om behov och möjligheter finns. Vidare finns möjligheter till enskilda samtal och att ligga i en säng bakom en stängd dörr. 5–7 personer kan samtidigt vistas i denna skyddade, okomplicerade och föga krävande miljö.

### Vad är problemet?

I fokus för arbetet står "problemformuleringssamtal" där patienten både möter anhöriga och personal. Syftet med samtalen är att svara på frågan: Vad har hänt?

Allteftersom samtalen fortskrider ska patienter och andra berörda formulera sin syn på problemet för att i förlängningen kunna fördjupa och integrera insikterna på ett realistiskt sätt. Stödet medför, enligt projektledarna, att patienten relativt snabbt kan återerövra sitt realistiska tänkande och sin förmåga att uthärda konfliktfyllda situationer. Verksamhetens grundantagande, som alltså ska prövas, är:

En bearbetning av problemen på det sätt som görs i kriscentret av svåra aspekter av livssituationen, kan bidra till att egna resurser på nytt kan användas och att hjälpbehovet därmed blir mindre.

Anledningen till att man trycker så hårt på problemformuleringen är att en patient i en ångestfylld och kaotisk situation behöver något att hålla sig till, något som hjälper till att sortera bort allt som förvirrar, förvanskar och fragmentiserar verkligheten. En drastisk försämring av förmågan att tänka kring den verkliga situationen är en framträdande del av en psykos. Just därför bör tankeförmågan och verklighetsprövningen stödjas. Detta främjas när man använder all god tankeförmåga i familjen och av att problemformuleringen erbjuder en användbar hjälpstruktur i tankearbetet.

Nu vill man erbjuda samtliga nyinsjuknade personer inom Nacka-Värmdö kommuner med nämnda symptombild, möjlighet att få kontakt med centrets personal senast 24 timmar efter det att de sökt sig till den psykiatriska organisationen.

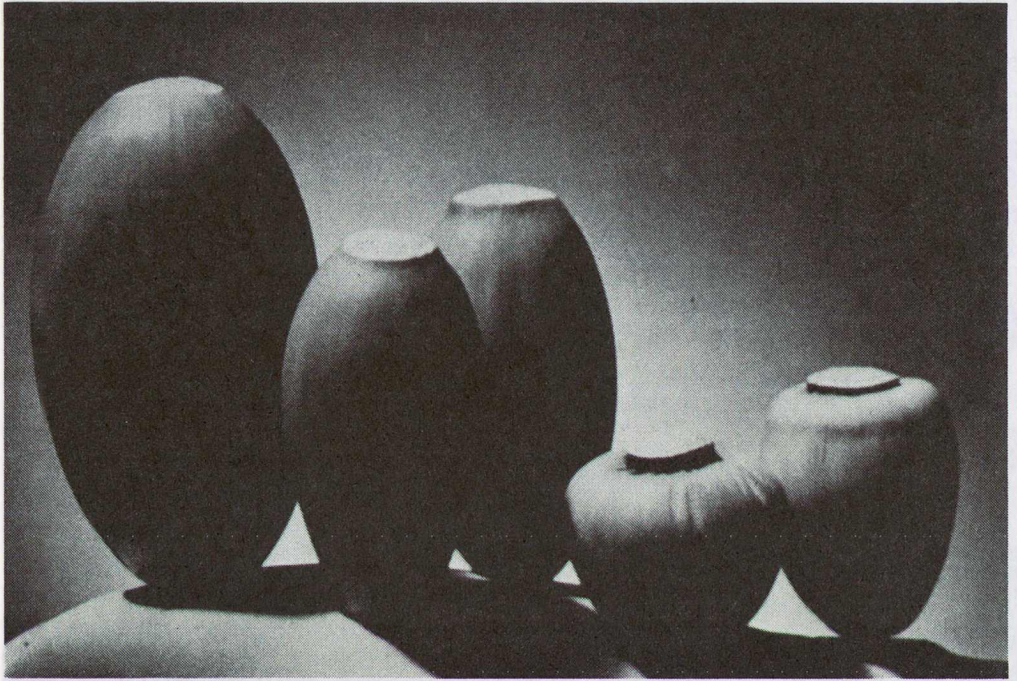
Problemformuleringsarbetet kan inledas i hemmet där det leds av två personer från kriscentret (helst en man och en kvinna). Det är problemformuleringsarbetet som står i centrum och de åtgärder som genomförs utgår från resultatet av detta arbete. Sjukhusinläggning och medicinering kan komma i fråga, men det sker utifrån den förståelse för problemet man har och inte som fristående insatser.

Hur lång tid kan det behövas för patient och anhöriga att fördjupa och förtydliga problemformuleringarna? Man räknar med att efter 2–4 månader ha kommit så långt att en långsiktig planering kan göras. Kanske behövs inte någon fortsatt behandling efter denna tid. Behövs fortsatt psykoterapeutisk behandling, bestämmer man sig för om behandlingen ska vara individuell, familje- eller grupporienterad. Som komplementära behandlingsformer ser man social rehabilitering, farmakologisk behandling och stödsamtal, vilka erbjuds av andra enheter i sektorn.

Oberoende av behandlingsinsatserna följer personalen patienten genom att delta i årligen återkommande utvärderingssamtal där problemformuleringarna följs upp.

Motivation hos patienten är en förutsättning för framgångsrikt behandlingsarbete. För att ta tillvara motivationen maximalt följer personalen patientens formulering och förståelse av vad som är problemet. Personalen har alltså inget tolkningsföreträde. Patientens eller de anhörigas syn på problemet tillmätts lika stor vikt som personalens.

Motsvarande kriscenter utomlands visar hoppningivande resultat. Psykoserna kan ofta hävas relativt snabbt. Om – och när – de återkommer blir de inte lika skrämmande, dvs de kopplas inte till sjukdom och inläggning och allt vad det kan medföra. I stället för skräckinjagande associationer framträder en förståelse för psykoserna som en del av en livssituationen. Erfarenheterna integreras i den fortsatta utvecklingen. Detta minskar risken för återfall och fortsatt schizofren utveckling hos vissa patientgrupper.







### 3. GERIATRISK PSYKIATRI

För äldre människor med psykiska problem finns i regel särskilda enheter specialiserade på geriatrisk psykiatri. *Enhet Gero* är en sektorsgemensam sådan resurs på Södermalm i Stockholm.

#### ENHETEN FÖR GERIATRISK PSYKIATRI PÅ SÖDERMALM

Den förändrade synen på psykiatrin hade bland annat sin grund i en ökad medvetenhet om hospitaliseringens skadeverkningar. Den ibland hetsiga och hårda vårdpolitiska debatt som inleddes i slutet av 60-talet beredde vägen för en ny syn på psykiatrin – något som i sin förlängning också fick praktiska konsekvenser, bland annat i form av sektorspsykiatrin och en kraftig bantning av antalet vårdplatser i den slutna vården.

Att vidmakthålla denna inställning och vårdstruktur – dvs. att förebygga heldygnsvård och att utforma ett flexibelt och individuellt omhändertagande i samråd med patienten själv – har visat sig vara svårt, men fullt möjligt inom psykiatrin.

Att genomföra dessa förändringar också i den psykiatriska vården för personer över 65 år, förefaller vara ännu svårare. Det är ändå den målsättning som *enheten för geriatrisk psykiatri* vid Södermalm i Stockholm har för ögonen i sitt dagliga arbete.

Sommaren 1987 stod chefen för enheten i en talarstol på en konferens i Chicago och förklarade att nöden är uppfinningarnas moder. Hon syftade på den ekonomiska utvecklingen inom den offentliga sektorn som ju framtvingar större effektivitet och ökat kostnadsmedvetande också i vården. Den vårdideologiska kritiken av psykiatrin och slutenvården sammanföll med en ekonomisk situation i vilken vissa moment i kritiken kunde utnyttjas som argument för ett förbilligande av vården.

Den geropsykiatriska vårdorganisation på Södermalm som i dag innefattar sex länkar i en vårdkedja, har sina rötter i ett mödosamt klagörande för alla berörda att åldrandet i sig *inte* utgör ett sjukdomstillstånd och att alla gamla inte lider av senil demens. Många sätter – felaktigt – likhetstecken mellan demensvård och geropsykiatri.

En annan föreställning som enhetens grundare i inledningen ville ta kål på var att man inte kan behandla de riktigt gamla för psykiska symtom. Det kan man visst, hävdade enhetens ledare; psykiatriska insatser hos mycket gamla är både välmotiverade och tack-samma från behandlingssynpunkt.

Enhetens personal har ägnat mycket tid åt att förklara - inte minst för sina kolleger i den övriga vården - att man inte blir mindre vetande för att man fyllt 65 år och att de problem man då får är av samma slag som dem man kan få som yngre. Förmågan att bearbeta problemen minskar heller inte för att man har överskridit 65 års-strecket.

Den ledningsgrupp som fattar beslut i alla frågor som berör hela enheten, består av överläkaren - tillika enhetschef, en representant från varje team, oberoende av yrkeskategori, klinikföreståndaren, kurator och psykolog.

Enheten har till sitt förfogande sex delar i en helhet av psykiatrisk vård och behandling av äldre:

1. Södermalms psykiatriska mottagning för äldre.
2. En avdelning på Södersjukhuset för utredning och korttidsbehandling.
3. En avdelning för långtidsvård, innefattande 19 platser, lokaliserade till det s.k. Katarinahuset.
4. 10 vårdplatser för patienter med demensproblematik på Långbro sjukhus, under namnet "behandlingshemmet Rosen".
5. Behandlingshemmet Gläntan, med 10 platser för kroniskt psykotiska patienter.

Den gemensamma målsättningen för dessa resurser uttrycks på följande sätt:

- Länkarna i vårdkedjan ska tillgodose de behov av psykiatrisk vård för äldre (65 år och uppåt) som finns på Södermalm.
- Enheten ska också bidra till att utreda huruvida demens föreligger i oklara fall. Samma sak gäller förvirringsfall där det råder oklarhet om diagnosen.
- Enhetens personal vill i ett tidigt skede bidra med sin kunskap och sina åtgärder, i samverkan med geriatrik, socialtjänst och primärvård, den vill följa patienten samt motverka onödig heldygnsvård och hospitalisering.

### **Den första länken - mottagningen**

Den sexdelade vårdkedjans första länk är *Södermalms psykiatriska mottagning för äldre* (SPM-Ä). Den innefattar öppenvårdsmottagning för och korttidsvård av äldre personer som är i behov av psykiatrisk intervention. Mottagningen har tre mål för sin verksamhet:

- tillgänglighet
- kontinuitet
- uthållighet - envishet.

Arbetet innebär till stor del att genom tidig intervention förebygga en försvärad utveckling av psykiska tillstånd som kan ha orsakats av förluster eller andra kriser. Den domi-

nerande behandlingsformen är stödjande samtalsterapi, par- och familjeterapi och nätverksterapi.

Till mottagningen kommer patienter på många olika vägar; remisser, telefonförfrågningar från patienten själv eller från anhöriga, hyresvärdar, polisen, andra vårdgivare m.fl. Redan inom ett dygn bedöms patienter, som sökt akut vård på Södersjukhusets psykiatri, av personal från geroteamet. *Tillgängligheten* är med andra ord god.

*Kontinuitetsmålet* nås genom ett kontaktmannasystem. Det innebär att patienten får en av teamets medlemmar som sin "case-manager", dvs. en person med vilken patienten i första hand diskuterar sina problem och behov.

Verksamheten innefattar såväl direkt arbete med patienter som konsultativt arbete med andra vårdgivare. Variationerna i omhändertagandet är mycket stora. Det kan innefatta allt från fortsatt poliklinisk kontakt över dagvård på dagvårdsenheten till långvariga inläggningar (se nedan).

Den största delen av det polikliniska arbetet är utanför mottagningen, till patienternas bostad. Hembesök har visat sig vara oslagbara från terapeutisk synpunkt. Den geropsykiatriska personalen möter ofta människor med identitetsproblem, ensamhet och isolering som bakomliggande komponenter i det som utvecklar sig till psykiska symptom. Återkommande besök i hemmet av en och samma person innebär enligt den geropsykiatriska enheten ett konstruktivt meddelande till patienten om att han har ett eget värde och en egen identitet.

Ofta talar man inom psykiatri om patientens "bristande motivation". Begreppet får ofta en moraliserande överton och används som ett argument för att ge upp hoppet om att kontakten mellan terapeut och patient ska fungera. En stunds reflektion kring begreppet "bristande motivation" resulterar i ett enkelt svar på frågan om vem som bär ansvaret för misslyckandet. Inte är det vården, i alla fall. Inom enheten har man stor erfarenhet av att det oftast är patienter som lider av paranoida idéer som betraktas som "icke motiverade". I en pilotstudie omfattande 34 patienter, fick 15 diagnosen paranoida symptom. Undersökarnas slutsats var att alla "icke motiverade" patienter går att behandla om deras motivation väcks, under förutsättning att man besöker patienten i det egna hemmet och erbjuder hjälp på patientens villkor.

Mångåriga erfarenheter av detta arbetssätt har visat goda resultat när det gäller psykosocialt utsatta personer. En majoritet har alltså en paranoid problematik och anses i likhet med en annan stor grupp - de med diagnosen depression - just svårmotiverade. Det kan vara svårt att nå en deprimerad eftersom alla insatser bygger på frivillighet, på att patienten uttrycker en önskan om hjälp eller åtminstone inte säger nej till en kontakt. Enligt gängse uppfattning leder uppgivenheten hos en deprimerad till att man inte kan nå fram med hjälp och stöd till patienten. Genom upprepade hembesök, av personer med viss utbildning och med lämpliga personliga egenskaper, visar behandlaren sin omtanke och kan aktivt medverka till beslut om t.ex. läkarbesök och medicinering. Med andra ord lönar sig *uthållighet* och *envishet*.

Vid hembesöken hos patienten kan en bearbetning av den bakomliggande problematiken

komma till stånd först när patienten upplever trygghet i kontakten med terapeuten. Även för patienter i en krisreaktion och patienter som lever i social misär, har hembesök visat sig vara effektiva.

Så långt den psykiatriska mottagningens öppenvård, som också innehåller konsultationer med geriatrik/socialtjänst och andra myndigheter och organisationer med anknytning till äldrevården.

Den psykiatriska mottagningen för äldre driver också dagvård för 25 patienter som är föremål för omfattande bedömningar, som går i terapi eller befinner sig i en rehabilitering. Dessa patienters behov kan inte täckas av öppenvården. Dagvården frekventeras också av patienter som är på väg tillbaka till eget boende från en institutionsvistelse. Inom dagvården utvecklar man gruppterapier.

Personalstaben vid dessa båda delar av Södermalms psykiatriska mottagning för äldre omfattar avdelningsföreståndare, 2 sjuksköterskor, 10 skötare, 3 läkare, en psykolog, en kurator, ett ekonomibiträde, två sekreterare på halvtid och en halvtids städerska.

Mottagningens personal får fortlöpande utbildning och stimulans, t.ex. genom gästföreläsare och visning av videokassetter inom ämnet. Två gånger i månaden ges internutbildning, där medarbetare redovisar studieresor, redogör för litteraturstudier eller diskuterar seminarier som de deltagit i.

Öppenvårdsteamet får grupphandledning 2 timmar var fjortonde dag och dagvårdsteamet får regelbunden handledning av kuratorn i öppenvårdsteamet.

Enheten noterar en ökning av yngre och relativt nypensionerade patienter som har råkat i kris genom den omställning av livet pensioneringen medför.

En annan grupp som i allt högre grad behöver enhetens hjälp är de mycket gamla personer som bollas mellan olika vårdgivare och vilkas sviktande förmåga att förstå och tänka klart för med sig starka ångestreaktioner.

Mottagningens personal möter också allt fler gravt dementa personer som faller mellan olika vårdformer och som ingen vill "ha". Dessa är offer för en oförmåga hos vården att tillmötesgå deras behov. Inte heller mottagningen kan ta emot dessa patienter eftersom de enligt ett politiskt beslut ska tas om hand inom primärvården och långvården.

Öppenvårdspatienterna kan, om de så önskar, besöka den två-rumslägenhet som enheten disponerar. Det är en träfflokal för enhetens patienter. Personal från öppen- och dagvård turas nu om att delta i träfflokalens verksamhet. I ett senare skede vill enheten samarbeta med socialtjänstens personal om träfflokalen, för att ytterligare längre fram överlämna träffverksamheten till patienterna själva.

## Den andra länken – korttidsvård

En avdelningen för akut korttidsvård på Södersjukhuset (avdelning 91) har 14 platser till sitt förfogande för tvångsintagna och andra patienter. Här utreds och behandlas patienter under kortare tid. Målet är att ingen ska ligga kvar i egenskap av s.k. "klinikfärdig" patient.

Den terapeutiska ambitionsnivån är hög på avdelningen. Ett socialpsykiatriskt tänkande finns till grund för verksamheten. För varje patient finns en vårdplan där patientens behov av behandling och sociala åtgärder beskrivs. Patientgenomströmmningen blir allt högre och en förutsättning för detta är ett mycket nära samarbete med SPM-Å.

Personalstaten på avdelningen ser ut så här: En avdelningsföreståndare, 4 sjuksköterskor, 10,5 skötare dag, 6 skötare natt, en allmänläkare, en vik underläkare, 0,5 psykolog, 0,5 kurator och en avdelningssekreterare.

Under 1989 blev sammanlagt 102 patienter föremål för 127 intagningar, vilket innebär att 27 personer tagits in två gånger. Av de 102 patienterna har 14 vårdats enligt LSPV, dvs. under tvång. Under samma år har avdelningen tagit emot drygt tvåhundra eftervårdsbesök och genomfört uppemot 40 hembesök.

Avdelning 91 är en akutavdelning som drabbas av att många platser på den hårt ansträngda kliniken tas upp av patienter som inte längre har ett psykiatriskt vårdbehov, men som har somatiska komplikationer och för vilka det inte finns platser på annat håll. Patienterna stannar kvar inte minst med anledning av den stora neddragningen av antalet vårdplatser inom långvårdsmedicinen. Detta har fått, som avdelningen uttrycker det, "förödande konsekvenser" för dess möjligheter att verkligen fungera som en akutavdelning. Problemen känns säkert igen från många håll i landet.

Kontaktpersonerna på avdelningen har ett intimt samarbete med hemtjänsten.

Avdelningens personal deltar i stor utsträckning på klinikföreläsningar, några har deltagit i en kontaktmannautbildning. Varje vårdlag får handledning en gång per vecka av avdelningens psykolog.

## Den tredje länken, långtidsvård

I det s.k. Katarinahuset finns 19 vårdplatser för psykiskt långtidssjuka. Vården där präglas av ett mycket högt omhändertagande. I motsvarande grad blir möjligheten att rehabilitera patienterna låg. Även här finns många patienter som egentligen borde erbjudas somatisk vård, något som medfört en pressad arbetssituation. Här arbetar en avdelningsföreståndare, 5 sjuksköterskor – dag, 2 sjuksköterskor – natt, 8 skötare på dagtid och fyra nattetid. Den bristande emotionella responsen från patienterna gör arbetssituationen påfrestande. Personalomsättningen är ganska hög.

Skötare har deltagit i kontaktmannautbildning på avdelningen som har ett mycket nära

samarbete med anhöriga. Dessa behöver ofta ett lika omsorgsfullt och tidskrävande bemötande som patienterna.

### Den fjärde och femte länken, Rosen och Gläntan

Både Rosen och Gläntan finns på Långbro sjukhus. På Rosen, (9 skötare – dag, 2 skötare – natt och en sjuksköterska) med 9 platser, vårdas svårt dementa patienter. På Gläntan (9 dagskötare, 2 nattskötare, en avdelningsföreståndare) vårdas 10 kroniskt psykiskt sjuka personer som inte utvecklat demenstillstånd av den dignitet som återfinns på Rosen.

En undersökning som är genomförd på avdelning 91 antyder att målsättningen med ett aktivt och preventivt arbetssätt givit resultat. En mycket liten andel av den totala patientströmmen på avdelning 91 under en viss tid utgjordes av jourbesök.

Nu ser enhetens utvecklingsledare och andra fram emot att fler patienter kan föras över till rätt vårdinstans, så att man i större utsträckning kan arbeta med det man är bra på: psykiatri för äldre. Enheten vill också ge varje team en större möjlighet att arbeta i enlighet med de ursprungliga planerna.

Inom hela enheten arbetar man vidare på att höja personalens utbildningsnivå, bland annat genom utökad kontaktmannautbildning, studieresor och föreläsningar. Man arbetar också på att förbättra den interna kommunikationen inom enheten.



- problemö  
- stöd.

Anhörigarb  
artikuleras  
man den ek  
yrkeskat



## Blodsmärta

*Om all förtvivlan kunde omvandlas till kraft*

- då kunde berg förflyttas

*Om alla tårar samlades i floder*

- då steg havet

*Om alla frågor flög som fåglar*

- då skulle skyn förmörkas

*Om alla ord från läkare och psykologer*

vore träd och buskar

- blev de till en djungel långt tätare

och snårigare än Amazonas

*Om alla vi som har en son, en dotter,*

en älskad anförvant, utlämnad åt inre fasor

*Om var och en av oss utgjorde smide till en länk*

- då gjordes lätt en kedja stark att bära

varje hängbro över djupen

*Då när vi lyckats möta våra kära*

- då får gärna bergen vittra,

då kan havet sjunka och ge plats åt land

och fåglar söka skyddat bo med vila

*Då röjer vi i djungelsnåren för att skapa luft och ljus*

*Med solstrimmor av hopp och rännilar av glädje*

lyssnar vi till klokhetsorden irån "dårars" öppna hjärtan

av Monica Beckman

"Livgivarna"

## 4. ANHÖRIGARBETE INOM PSYKIATRIN

På allt fler håll uppmärksammas de anhörigas situation inom psykiatrin. Anhörigorganisationer växer ur behovet av stöd och hjälp. I avsnittet om frivilligorganisationer (se kapitel 13) beskrivs en anhörigorganisation. Men det är inte bara de anhöriga som agerar för sina intressen. Även inom psykiatrin drivs verksamheter för anhöriga till patienter som vårdas för psykosdiagnoser. En sådan verksamhet finns i Lund.

Av naturliga skäl har patienten alltid ansetts böra stå i blickfånget inom hälso- och sjukvården. Det har under årtionden av sjukvårdpolitisk debatt ifrågasatts om denna till synes enkla princip verkligen följs. Det är inte patienten som står i centrum, utan sjukvårdens och läkarens behov, har det hävdats. Man stirrar sig blind på det sjuka i stället för att se det friska. Fixeringen vid symptomet gör att sjukvården blir blind för hela den miljö i vilken symptomet skapats. Kritiken mot förhållnings- och synsätt inom sjukvården har varit intensiv och inte sällan känslomässigt laddad.

Det har också länge påtalats, inte minst inom psykiatrin, att de anhöriga till långvarigt sjuka patienter har förbisetts. Det har inte funnits resurser för att uppmärksamma deras kris, deras lidande, skuld känslor och förvirring inför vad som sker. Inte heller har det funnits en vårdtradition som öppnat vägen till att hjälpa och förstå anhöriga. Men under de senaste åren har man på flera håll i praktisk verksamhet försökt beakta de anhörigas behov av stöd och tillmötesgå deras vilja att själva hjälpa till i vårdarbetet.

### ANHÖRIGARBETE I LUNDASEKTOR

*Psykosenheten inom sektor 4 vid psykiatriska kliniken i Lund* erbjuder anhöriga till schizofrena patienter en kontakt som innehåller

- information
- krisbedömning
- planering
- rådgivning
- problemlösning
- stöd.

Anhörigarbetet växte fram ur ett behov av att hjälpa och stödja anhöriga som började artikuleras av personal på avdelning 82 och Billegården. Med forskningspengar skapade man den ekonomiska grunden för arbetet. En planeringsgrupp med företrädare för olika yrkeskategorier skisserade anhörigarbetet. Diskussionerna i gruppen ledde till en naturlig

arbetsfördelning utifrån vars och ens erfarenheter och kunskaper. Man ville starta en studiecirkel för anhöriga. Innehållet, sade man sig, skulle vara klart och genomtänkt utan att underskatta deltagarna.

Gruppen anlidade avdelningspersonalen som testpanel när faktamaterialet till studiecirkeln blev klart. När personalen fått ta del av detta kunde den ge idéer som vidareutvecklade innehållet.

Även om studiecirkeln kan vara ett stöd åt anhöriga behövs speciella insatser i det akuta skedet när den närstående kommer till avdelningen. En kurator i planeringsgruppen beslöt sig för att arbeta med krisbearbetning för de anhöriga som en del av studiecirkeln.

Två av medlemmarna i planeringsgruppen med störst erfarenhet av att leda grupper, utsågs till cirkelledare för den första gruppen. Ytterligare en person i planeringsgruppen fick rollen som observatör i cirkeln för att komma med synpunkter i efterhand. Samtidigt kunde observatören träna sig för att själv gå in som cirkelledare vid senare tillfälle.

Cirkeln riktar sig i första hand till föräldrar vars barn har fått diagnosen schizofreni. Efter en grundlig information till föräldrarna och – naturligtvis – efter det att diagnosen ställts på patienten, bjuds föräldrarna brevlades in till cirkeln.

Patienten känner då till att cirkeln ska starta. Om patienten absolut inte vill att personalen ska ta kontakt med föräldrarna, så respekteras detta, men man försöker att få patienten att ändra ståndpunkt.

Ytterst få har tackat nej till inbjudan. Efter något års verksamhet har 47 anhöriga till 35 patienter gått igenom studiecirkeln. Närvaron har varit mycket hög.

### Cirkeln

Cirkelns deltagare – max 10 personer – samlas en gång i veckan kl. 19–21 på Billesgården, en behandlingsenhet i öppenvården för psykospatienter. Före sista cirkelträffen görs ett uppehåll på två veckor för att deltagarna ska få möjlighet att bearbeta materialet. Deltagande i cirkeln är avgiftsfritt. Det är viktigt, hävdar man, av psykologiska skäl att erbjuda cirkeln gratis. För cirkelledare och föreläsare ingår anhörigutbildning i arbetet och deras medverkan bekostas alltså inte av forskningsanslaget.

Både gruppledarna och de inbjudna föreläsarna ingår i avdelningens och Billesgårdens vårdteam. De representerar olika yrkeskategorier och är verksamma i såväl sluten- som öppenvård. En förutsättning för medverkan i cirkelarna är att man inte hyser uppfattningen att föräldrarna har skuld i utvecklingen av schizofrenin.

De krav som ställs på gruppledarna är att de känner varandra väl, att de kan ge trygghet och utrymme samtidigt som de ska kunna upprätthålla en struktur.

Innehållet i cirkeln ska vara begripligt utan att det underskattar deltagarnas kunskaper.

Något färdigt kursmaterial delas inte ut. Man ser det som en del i den pedagogiska processen att deltagarna för egna anteckningar. Varje träff inleds med en uppföljning av den föregående för att se till att ingenting finns kvar outtalat eller obesvarat. Därefter är det gästföreläsarens tur. I den efterföljande diskussionen deltar kvällens föreläsare.

De inledande kurskvällarna är ganska faktsäckade för att successivt bli mer diskussionsinriktade. Kursdeltagarna lär efterhand känna varandra bättre och vågar ta upp mer känsloladdade ämnen de sista gångerna.

Gruppen träffas vid sju tillfällen som tar upp följande:

1. Föreläsning av överläkaren vid avdelning 82 på temat: "Vad är schizofreni?"
2. Behandling av sjukdomen med läkemedel. Överläkaren föreläser.
3. Övriga behandlingsmetoder. Här föreläser medarbetare i teamen, som kurator, psykolog, sjukgymnast, skötare och arbetsterapeut.
4. Olika boendeformer. Personal från olika former av skyddat boende föreläser.
5. Familjens roll. Kurator föreläser.
6. De anhörigas situation. Psykolog föreläser.
7. Efter två veckors uppehåll träffas man en sista gång då man följer upp kursen. Intresseföreningen för schizofreni (IFS) och självhjälpsgruppen informerar.

I cirkeln diskuterar man inte enskilda patienter, utan fokus riktas in på själva sjukdomen och de anhörigas situation. Man är noga med tystnadsplikten för att skapa trygghet i gruppen. Inte heller delar man ut namnlistor. De som vill söka kontakt med andra deltagare gör det på eget initiativ.

Gruppledarna är noga med att mötena inte slutar i en känsla av hopplöshet. Gruppen ser som sin uppgift att ge hopp åt föräldrar som lever i en svår verklighet.

När föräldrar kritiserar vården under diskussionerna, undviker gruppledarna noga att gå i försvarsställning. I stället låter man kritiken, som ofta är berättigad, få fritt utlopp. Om det finns positiva synpunkter på vården är det bättre att de kommer från anhöriga än från vårdpersonalen.

En viktig erfarenhet som gruppen har av anhörigutbildningen är att det på många håll inom psykiatrin finns en lika stor som obefogad oro för att möta föräldrar i grupp. Så här skriver gruppen:

Man tror för att man har mött någon förälder i kris och ångest, som låter denna kanalisera sig i aggressivitet och kritik mot vården att dessa reaktioner kommer att mångdubblas i grupp. Så är inte fallet, snarare tvärt om. Studiecirkelarna kan bli till

ett genuint möte mellan vården och anhöriga, där vi i vården kan uppträda på ett professionellt sätt. Det händer inte heller att anhöriga blir aggressiva när de får möjlighet att tala om sin oro, ängslan och maktlöshet. Som cirkelledare tar vi del av föräldrarnas börda, vilket kan kännas tungt, men viktigt.

Flera av cirkeldeltagarna vill ha en fortsättning efter studiecirkeln, antingen i form av individuellt stöd eller i grupp gemenskap i självhjälpgrupp. De familjer som vill få ytterligare stöd, erbjuds detta via en kuratorskontakt i öppenvården.

### Utvärderingen

Vilka effekter får en anhörigutbildning? I projektet ingår en utvärderingsdel av "före-efter"-karaktär samt en sex månaders uppföljning med ett trefaldigt syfte:

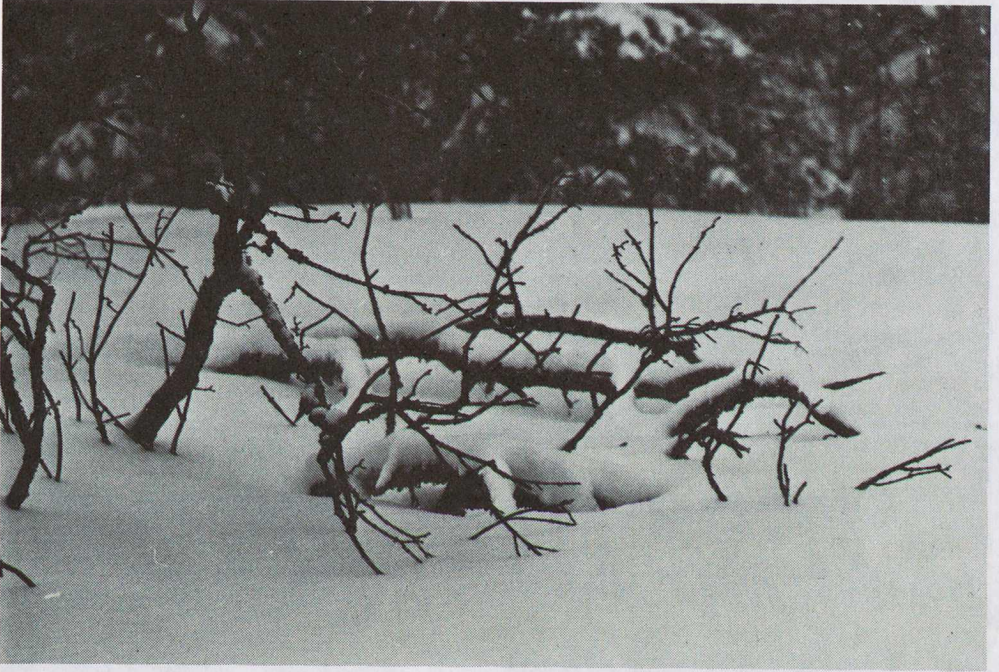
1. Studera effekter på anhöriga i form av ökad kunskap och förändring av förhållningssätt till patienten.
2. Studera effekter på anhörigas livssituation med avseende på psykiskt hälsotillstånd och social anpassning.
3. Se på eventuella effekter på patienterna i form av förändringar i livskvalitet, återfall och sjukvårdskonsumtion.

Den i skrivandes stund inte helt avslutade utvärderingen visar att anhörigutbildningen genomgående värderas positivt. De anhöriga som ingår i undersökningen framhåller särskilt värdet av att få tillfälle att prata om sin situation. De har också fått en ökad förståelse för varför patienterna medicinerar och större insikt i symptomen. Vidare har de på ett bättre sätt kunnat hantera problem kring patienten. Först därefter rangordnar de anhöriga en ökad kunskap om schizofrenins orsaker. En slutsats kan bli att det väsentliga i anhörigutbildning ligger i mötet med andra anhöriga och med vården och först i andra hand kommer kunskapsförmedlingen.

Förutom ett frågeformulär om utbildningens innehåll, organisation m.m., fick deltagarna i undersökningen fylla i ett självskattningsformulär för psykiatriska symptom (före, efter och sex månader efter). De hittillsvarande resultaten har visat att av de åtta (av tjugo deltagare) som hade uttalade psykiatriska symptom när utbildningen började hade bara fyra kvar symptomen efter genomgången utbildning. Även deltagarnas sociala anpassning visade en tendens till positiv förändring mellan utbildningens start och avslutande, vilken ytterligare förstärktes efter sex månader.

I utbildningen har hittills 47 föräldrar till schizofrena deltagit. Nu ser avdelningens personal fram emot en ny studiecirkel som riktar sig till syskon till schizofrena. Senare planeras en liknande cirkel för patienterna själva.

Anhöriggruppen ordnade en konferens på temat "erfarenhetsutbyte", där 135 personer från hela landet diskuterade olika modeller för anhörigutbildning. Projektledarna och medlemmar i gruppen som arbetar med anhöriga sprider nu idéerna vidare till andra inom vården genom föreläsningar och medverkan i utbildningar.





## 5. BEHANDLINGSHEM

I takt med att allt fler vårdavdelningar på de stora institutionerna stängde dörrarna för gott, började man på allt fler håll planera för mindre behandlingshem för personer, som var för sjuka för att helt klara sig själva, som ansågs behandlingsbara och som inte fick ut något av en vistelse på en traditionell psykiatrisk institution. Som ett alternativ till mentalsjukhusen önskade man sig mindre specialiserade behandlingshem där tidigt och svårt störda kunde vistas i en aktiv terapeutisk miljö.

Framväxten av mindre behandlingshem pågår fortfarande, processen har varit långsam och svår. Nedan berättas om två behandlingshem för patienter med psykos/borderline-problematik: *Baggensudden*, bakom vilket står Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) och *Villa Vårgården* som är landstingsdrivet.

### BAGGENSUDDENS BEHANDLINGSHEM I SALTSJÖBADEN

Allt sedan det bildades år 1967 av patienter inom den psykiatriska vården har Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) med skärpa kritiserat de förhållanden under vilka mentalsjukhusens patienter levde. Här var rättssäkerheten illa skyddad. Såväl psykiskt som fysiskt våld mot patienter påtalades. Den ensidiga användningen av psykofarmaka och bristen på respekt för patienterna liksom det godtyckliga användandet av tvångsvård drogs fram i ljuset av RSMH. Förbundet reste krav på en total avveckling av mentalsjukhusen.

Samtidigt som kritiken mot mentalsjukhusen växte sig stark och började få politiska konsekvenser arbetade en grupp inom RSMH – bl.a. för att visa att man menade allvar med kritiken av mentalsjukhusen – med att skapa ett eget behandlingshem. Målet var att ge ett exempel på hur psykiatrisk institutionsvård kan bedrivas med bibehållen respekt för patienten, under frivillighet, utan biologisk inriktning och med miljöterapeutiska instrument i behandlingen. På behandlingshemmet skulle personer som annars vore hänvisade till mentalsjukhusen genomgå en alternativ behandling, förhoppningsvis med goda resultat.

Efter sex års arbete med att forcera byråkratiska hinder och att skapa förtroende för klientorganisationen som vårdgivare, kunde *Baggensuddens behandlingshem* år 1984 välkomna sina första gäster.

Baggensudden är inrymd i ett hus på en bergknalle i Saltsjöbaden utanför Stockholm med utsikt över skärgården. Där vistas 10 gäster, 1 föreståndare, 6 miljöterapeuter (tre män



och tre kvinnor) och en kontorist med ansvar för ekonomi och delar av administrationen. Miljöterapeuterna ska ha behandlingsinriktad yrkesutbildning (socioonom, miljöterapeut, sjuksköterska med specialistutbildning i psykiatri, psykolog). Önskvärt är dessutom psykoterapeutisk utbildning, motsvarande steg-1. Alla ska ha lång behandlingserfarenhet.

Baggensudden är befriad från en byråkratisk överbyggnad med flera maktnivåer. En stiftelse med RSMH som huvudman ansvarar för verksamheten. I stiftelsens styrelse har Stockholms läns landsting en representant och RSMH sex. Personalen och gästerna har vardera en representant.

Verksamheten finansieras genom att Stockholms läns landsting betalar ersättning till behandlingshemmet med ca 800 kronor per dygn (1989). Patienterna betalar själva ca 55 kronor per dag. Behandlingshemmet har eget ansvar för budget och ekonomi i övrigt. All administration, löneutbetalningar m.m. sköts av kontoristen. I övrigt lägger sig inte landstinget i verksamheten som drivs under stor frihet av personalen själv. Stiftelsen – personalens arbetsgivare – ger personal och gäster mycket fria händer att själva utforma behandling, genomföra projekt, resor etc, utan att någon behöver "be om lov".

I stiftelsen förs en diskussion om behandlingens innehåll, policyfrågor och långsiktiga planer. Föreståndaren ansvarar inför stiftelsen för verksamheten.

### Människosyn

Enligt Baggensudden är varje människa en produkt av sin sociala och psykologiska miljö, dvs. en del av det system hon ingår i. Människan är medansvarig för sitt liv och de val hon gjort och gör i sitt liv. Därmed betraktas också människan som fullt kapabel att växa, utvecklas och att förändra sin situation. En sådan process är möjlig att åstadkomma i ett miljöterapeutiskt arbete, med psykologiska metoder.

Baggensudden vänder sig till människor med tidiga psykiska störningar, boende i Stockholms län och med uppenbara svårigheter att klara av ett eget boende. För att skrivas in på behandlingshemmet ska man också bedömas kunna dra fördel av vistelsen. Risker för att patienten ska hänvisas till annan psykiatrisk slutenvård under längre tid ska vara stora. Vårdbehovet ska bedömas som långvarigt. Patienten måste vara motiverad för att genomgå behandling under lång tid. Intagningen sker på frivilliga grunder.

Baggensuddens gäster har en psykos-borderlineproblematik och tillhör åldersgruppen 20–30 år.

### Inskrivning

Något remissförfarande används inte. Patienten ska själv ta kontakt med behandlingshemmet, även om en första kontakt ofta kommer från anhöriga, personal på sjukhus eller socialförvaltning.

Den presumtive gästen genomgår först en *telefonintervju*, där bakgrund, sjukhistoria och aktuell situation går igenom. Efter en genomgång av sjukhusjournaler inbjuds den sökande till behandlingshemmet. Här görs ett *bedömningssamtal*, i vilket den presumtive gästen, föreståndaren och en miljöterapeut deltar.

Efter bedömningssamtalet får den sökande en veckas *betänketid* för att ta ställning till om han eller hon vill satsa de kommande åren på Baggensudden. Beslut om plats tas efter en diskussion i personalgruppen. Då har också behandlingshemsläkaren lämnat sina synpunkter. Som ytterst medicinskt ansvarig har behandlingshemsläkaren vetorätt mot en inskrivning.

### Behandlingen

I grunden för behandlingen finns ett psykodynamiskt synsätt med tyngdpunkt på ett objektrelationsteoretiskt perspektiv. Någon familjebehandling bedrivs inte. (Patienternas föräldrar informeras om verksamheten en månad efter inskrivningen. En gång per halvår ordnar man föräldrträffar). Patienterna behöver kunna regrediera – något som kräver gränser, trygghet, engagemang och värme. Det ställs stora krav både på patient och behandlare för att ett så smärtsamt arbete ska kunna genomföras. Patienten måste vara motiverad till egen kamp för förändring. Personalen måste ha ordentliga kunskaper och personlig mognad för att kunna delta i behandlingsprocessen med sig själv som ett arbetsinstrument. För att kunna förstå vad som händer och för att kunna avgöra vad som är ett riktigt terapeutiskt bemötande i olika situationer får personalen kvalificerad och regelbunden handledning.

På de flesta andra behandlingshem med psykoterapeutisk inriktning genomgår patienterna individualpsykoterapi utanför behandlingshemmet förmedlad av externa terapeuter.

På Baggensudden har personalen både individualterapeutiska och miljöterapeutiska arbetsuppgifter. Detta medför att banden mellan patient och behandlare blir starkare och att patienten inte behöver splittra sig på flera olika terapeutiska relationer.

De tio patienterna som bor på Baggensudden är indelade i tre grupper. I varje grupp ingår två behandlare - en man och en kvinna. Det terapeutiska arbetet sker inom gruppen och varje patient har "sin" behandlare; i dagligt tal "den närmaste".

Två gånger i veckan har patienten individuellt samtal med sin närmaste. Hela gruppen träffas också två gånger i veckan för att förstå och få en spegling av sitt eget och andras sätt att fungera.

Det miljöterapeutiska arbetet har en tydlig struktur och innebär en medveten utformning av den vardagliga tillvaron i avsikt att påverka och förbättra psykosociala funktioner. Tidiga psykiska konflikter kan aktualiseras såväl i individual- som i miljöterapi. I bästa fall kan den terapeutiska situationen resultera i ett så intensivt samspel att rädslor kan övervinnas och vägar öppnas till nya utvecklande livserfarenheter.

Några av grundtankarna i det miljöterapeutiska arbetet kan sammanfattas i följande begrepp: Struktur och positiv samvaro motverkar kaos, isolering och destruktivitet. Trygghet motverkar rädsla. Närhet och bekräftelse stärker jagutvecklingen.

Vardagssysslorna är schemalagda och består av matlagning, städning, trädgårdsarbete m.m. Två gånger varje vecka deltar hela kollektivet i fysiska aktiviteter.

Med hjälp av fondmedel har Baggensuddens personal och patienter varje vinter gjort en fjällresa. Ett par längre utomlandsresor har också genomförts.

Baggensuddens personal arbetar i huvudsak dagtid. En person arbetar till klockan 19 på vardagar och är sedan jour i hemmet över natten. Nätterna är liksom helgerna personalfria, med möjlighet att per telefon nå någon som har jour i hemmet. Rytmen blir på detta sätt så normal som möjligt. På dagen arbetar man, på natten sover man, på helgerna är man ledig. En patient är jour i huset en vecka i taget och har då extra ansvar. Personalen anser att detta system är "växtbefrämjande". Om det föreligger suicidrisk eller om en patient blir akut psykotisk, kan personalen i samarbete med den sjukhusavdelning som patienten tidigare har haft kontakt med, lägga in patienten. En sådan inläggning kan vara från någon dag upp till ett par veckor. Under tiden på sjukhuset får patienten så gott som dagligen besök av sin närmaste på Baggensudden.

### Tre faser

Upp till fem år kan en patient vistas på Baggensudden. I den mångåriga behandlingsperioden urskiljer man tre faser:

1. *Anknytningsfasen* varar för de flesta hela det första året. Det är då patienterna ska lära sig att lita på sin närmaste och på den miljö som de vistas i. Eftersom alla som kommer till Baggensudden har problem med att känna tillit, innebär det ofta att patienten testar personalen ordentligt i anknytningsfasen för att pröva om relationen verkligen går att lita på. I denna fas föreligger den största risken att patienten ger upp och lämnar behandlingen.
2. *Arbetsfasen* följer de närmaste två-tre åren efter anknytningen. Här upprepas och bearbetas tidiga konflikter. Här tränas också den sociala förmågan och andra färdigheter.
3. *Avslutningsfasen* omfattar det sista året på Baggensudden. Då flyttar patienten successivt ut i sin sociala verklighet igen och arbetar sig igenom separationen.

### Medicinering och läkarmedverkan

De flesta av Baggensuddens patienter konsumerar stora mängder psykofarmaka när de kommer till behandlingshemmet. Den första medicinska uppgiften blir att kraftigt minska och helst helt sätta ut medicineringen med psykofarmaka. Detta sker i dialog mellan

patienten och behandlingshemsläkaren. Medicin förekommer senare under behandlingen som stöd och lindring. Dock strävar man efter att hålla doserna så låga som möjligt och att ständigt ifrågasätta behovet av psykofarmaka. Patienten får ett recept av läkaren och sköter själv sin medicinering.

En av grundtankarna vid projekteringen av behandlingshemmet var att man kan sköta en kvalificerad behandling med minimal medverkan av läkare. I dag besöker läkaren behandlingshemmet en eftermiddag per månad. Däremellan kan han nås på telefon. Han arbetar på konsultbasis. Förutom den löpande medicineringen har läkaren hand om intygsskrivande och andra rena läkaruppgifter. Han deltar i beslut om alla inskrivningar och hålls – som ytterst medicinskt ansvarig – informerad om behandlingsprocessen.

### **Utskrivning och efterkontakter**

Uppbrottet från Baggensudden sker successivt. Patienten bor delvis hemma för att komma in i ett annat livssammanhang. Några börjar på Komvux, på folkhögskola eller går i någon yrkesutbildning, arbetsträning eller "vanligt" arbete – allt beroende på förutsättningarna. Andra har sjukbidrag längre tid och försöker få struktur på sin dag utan att bli psykotiska. Nästan alla utskrivna patienter fortsätter med individualsamtal en tid efter utskrivningen.

En grupp utskrivna patienter träffas en gång per vecka för gruppsamtal som leds av personal från Baggensudden. Här kan de utskrivna få stöd och hjälp av människor som de känner sig trygga med för att kunna handskas med konkreta svårigheter i livet.

### **Information och forskning**

Eftersom Baggensudden var ett av de första fungerande psykoterapeutiska behandlingshemmen för tidigt störda vuxna i Sverige har önskemålen om information om Baggensudden varit många. Personalen har tvingats sovra bland alla som önskat information, medverkan på seminarier och konferenser etc.

Sedan våren 1986 bedrivs ett forskningsprojekt av en utomstående forskare vid Baggensudden. Studien ska belysa vad som är verksamt i behandlingen och vad som kan vara hämmande. Forskningen innefattar longitudinella studier och inriktar sig på behandlarens och patientens egna upplevelser av behandlingsmiljön och av den terapeutiska relationen. I studien ingår också några andra behandlingshem.

## BEHANDLINGSCHEMMET VILLA VÅRGÅRDEN I ESKILSTUNA

Utanför Eskilstuna ligger *Villa Vårgården*. Där genomgår åtta relativt unga patienter med en diagnosticerad borderlineproblematik en psykodynamiskt inriktad behandling med målsättningen att

- lära patienterna hantera sin omognad på ett mognare sätt
- att få igång och fortsätta ett avstannat mognadsarbete
- att för varje enskild individ nå en subjektivt bättre livskvalitet, bl.a. innebärande ökad social och psykisk funktionsförmåga.

Villa Vårgården arbetar alltså för en ökad självkännet och en ökad insikt i hur man fungerar tillsammans med andra.

I behandlingsschemmets målsättning ingår också att bidra till ökad kunskap och bättre behandlingsmetoder när det gäller människor med djupgående psykiska störningar. Behandlingen är frivillig – den bygger på förtroende och en ömsesidig överenskommelse mellan patient och personal.

Villa Vårgården tar emot patienter som själva vill komma dit och som remitterats från den psykiatriska öppen- eller slutenvården eller från rehabiliteringsinstitutioner. Efter bedömningsamtal, psykologiska test och en träff med den miljöterapeutiskt arbetande personalen avgörs om patienten ska skrivas in i behandlingen. Eftersom man bedriver 5-dygnsvård, önskar man att patienterna har en egen lägenhet som de kan vistas i under helgerna.

Så långt de yttre ramarna för Villa Vårgården. Hur arbetar man på behandlingsschemmet och utifrån vilka ideal och idéer?

Klinikchefen vid psykiatriska kliniken i Eskilstuna har huvudansvaret för verksamheten. En annan överläkare är medicinskt ansvarig och en föreståndare administrativt ansvarig.

Det dagliga terapeutiska arbetet genomförs av två team med skilda arbetsuppgifter. Dels är sex miljöterapeuter verksamma på Villa Vårgården med det miljöterapeutiska arbetet, dels finns inne på sjukhusområdet ca en och en halv kilometer från Villa Vårgården fyra individualterapeuter som till ca 50 % inriktar sitt arbete mot Villa Vårgården. Individualterapeuterna kommer till behandlingsschemmet bara när man håller gemensam schemalagd konferens.

Miljöterapiteamet på Villa Vårgården är uppdelat i två grupper som vardera ansvarar för fyra patienter. Teampersonal och patienter bildar alltså tillsammans två arbetsgrupper. I vardera arbetsgruppen finns således tre gruppleddare som ansvarar för alla fyra patienterna i gruppen. Man har alltså inget personligt kontaktmannaskap. Anledningen till det är bl.a.

att man vill undvika risken att någon gruppleddare kommer att fungera som en andra individualterapeut vid sidan av den som patienten har i det individualterapeutiska teamet.

Miljöterapipersonalens schema sträcker sig varje dag fram till kl. 20.00. Under natten finns ingen personal på plats och på helgerna är det som sagt tomt på Villa Vårgården.

Genom att arbeta integrativt, med såväl individual- som miljöterapi, förväntar man sig en högre terapeutisk potential eftersom miljöterapi och individualterapi stödjer varandra och tillsammans bildar en integrerad helhet. Man vill skapa en optimal kontaktyta mellan individual- och miljöterapi. Samtidigt finns en medveten strävan att förhindra en sammansmältning av individual- och miljöterapi. "Mellanrummet" utnyttjas av personalen för att driva behandlingsprocessen vidare.

Eftersom patienterna går i individualterapi utanför huset, understryks skillnaden mellan de båda terapiformerna och man undviker därmed en sammanblandning.

Ett viktigt inslag i det vardagliga arbetet på Villa Vårgården, liksom på de flesta andra behandlingshem är konferenser och sammankomster av olika slag: Nedan presenteras några återkommande former av samlingar på Villa Vårgården.

*Behandlingskonferenser* förekommer varje vecka. Då tas en patient upp för att personalen ska få möjlighet att ge sin bild av patienten, ventilera sina känslor inför patienten och överhuvudtaget diskutera processer och händelser kring patienten. Dessa konferenser fungerar som en "container" som tar emot alla de överföringar, projektioner och känslor som kommer fram i arbetet kring patienten. Själv närvarar inte patienten på dessa konferenser som omfattar en och en halvtimme per patient var åttonde vecka. Både individual- och miljöterapiteamet medverkar.

Varje vecka går också *ronden*, då alla patienter tas upp. Man diskuterar hur patienten mår, såväl psykiskt som fysiskt och tar ställning till eventuell medicinering m.m. Då fattas de flesta besluten på behandlingshemmet.

Vid *veckoslutsrapporten* sammanfattas veckans arbete, mest i termer av relationer inom de båda grupperna och inom hela kollektivet.

Personalen på Villa Vårgården betonar starkt sitt behov av *handledning*, eftersom den utsätts för stora påfrestningar i arbetet med en grupp tidigt störda patienter. En utifrån kommande person hjälper personalen, (miljöterapeuterna för sig och individualterapeuterna för sig) att förstå och handskas med de processer som pågår i arbetet.

Under tre seminariedagar per termin deltar hela personalgruppen i ett *metodutvecklingsarbete*. Här tar man upp de principer som styr verksamheten, för att synliggöra dem, diskutera dem och formulera dem. Till sin hjälp har man en utanförstående handledare.

Personalen tillbringar också en dag varje halvår med att tillsammans med klinikchefen *planera* ekonomi, personalfrågor och organisatoriska frågor.

## Lång behandlingstid

Det vardagliga praktiska arbetet på Villa Vårgården går huvudsakligen ut på att sköta hus och trädgård, laga mat, göra inköp etc. Dessa göromål utförs av olika arbetsgrupper med rullande schema. Till de individualterapeutiska mötena beger sig patienterna mestadels på förmiddagarna efter morgonsamlingen. Gruppsamtal förekommer två gånger i veckan. På dessa aktualiseras vardagssamvaron på behandlingshemmet, t.ex. hur konflikter, ageranden och samlevnad överhuvud ska hanteras. Miljön på behandlingshemmet bjuder förstås på en mängd händelser och situationer som man kan bearbeta och diskutera på gruppsamtalen.

Den terapeutiska processen vid borderlinestörningar kan pågå i flera år. Villa Vårgården beskriver sitt behandlingsarbete som en process med upp till tre års vistelse på behandlingshemmet, dvs. högst tre år i miljöterapi och med kanske fem års arbete i individualterapi. De bägge processerna löper parallellt med kontaktytor mellan dem men, som redan påpekats, med bibehållen självständighet.

I början av processen spelar miljöterapi den största rollen. På behandlingshemmet erbjuds patienten möjligheter att iscensätta det inre drama som fört honom eller henne dit. Här är förhållandet till medpatienter och miljöterapeuter avgörande för den fortsatta behandlingen. Den individualterapeutiska relationen får allt större betydelse efter hand och påverkar starkt patientens förmåga att bearbeta och integrera de känslor och föreställningar som väcks i tillvaron på behandlingshemmet.

I *inledningsfasen* av behandlingen – som varar minst två månader – görs bland annat en bedömning av patientens egen vilja att arbeta med sina problem. Att patienten har en sådan motivation är avgörande för hela behandlingen. I inledningsfasen har patienten möjlighet att reflektera över om han ska ge sig in i en långvarig och ibland smärtsam behandling som syftar till en förändring. I sin bedömning väger personalen å sin sida samman faktorer som motivation och samarbetsförmåga, känslomässig rörlighet, förmåga till reflektion över sitt psykiska lidande och störningsgrad. Patienten bör inte ha haft upprepade och grava psykotiska genombrott.

I *arbetsfasen* är personalen noga med att upprätthålla respekt för patientens symptom och försvar. Även om dessa kan te sig destruktiva och vara hämmande kan de betyda skillnaden mellan liv och död för patienten. Så länge patienterna inte ser ett bärande alternativ till de skydd som symptomen och försvararna är, så klamrar han sig fast vid dem.

Genom en tydlig yttre struktur i form av fasta ramar och rutiner på behandlingshemmet ges patienten ett stöd i kampen mot sitt inre och yttre kaos. En viktig uppgift för personalen är att finna den rätta "nivån", varifrån man kan bygga strukturer. Den yttre strukturen ger ett inre stöd. I arbetsfasen fäster man på Villa Vårgården också stor vikt vid en mycket tydlig gränssättning. Diffusa gränser och strukturer är en av ingredienserna i många patienters bakgrund. Det gäller därför att sätta gränserna så att de inte uppfattas som förtryckande utan som ett uttryck för att man bryr sig om patientens oroliga värld. Gränssättning ska alltså vara till gagn för patienten och inte till för personalens egna behov av kontroll. Gränserna måste grunda sig på förståelse av patientens problematik. Speciellt i början av vistelsen är gränssättningen viktig. Senare uppstår en arbetsallians

mellan personal och patient som leder till mindre starka behov av gränser.

I *avslutningsfasen* aktualiseras det för borderlinepatienter laddade separationstemat. Eftersom patienterna ofta har en mycket stark skräck för att bli övergivna och avvisade, kan avslutningsfasen bli både smärtsam och våldsam. Avsked från Villa Vårgården sker dock successivt eftersom individualterapi avslutas senare än miljöterapi. Det gäller dock för patienten att inte använda den avslutande individualterapi som en möjlighet att "smita" från separationen från behandlingshemmet. Detta ställer krav på samarbete mellan miljö- och individualterapeuter. Vanligtvis vistas patienten på Villa Vårgården i tre år och avslutar sin individualterapi något eller några år senare.

Personalen har upplevt arbetet som både slitsamt och krävande, men också som mycket meningsfullt. Den har kunnat se hur till synes helt omöjliga låsningar och problemsituationer har kunnat lösas upp. Den har sett att patienter tillgodogjort sig terapi och att en utveckling skett.

Problem finns i relationen mellan politiker och vårdpersonal när de senare försökt förklara att en låg beläggning beror på att det ligger i patienternas problematik att skriva in och ut sig och att ha svårt att bestämma sig för att acceptera en erbjuden plats. Resultatet blir stundom en låg beläggning, vars berättigande man har svårt att övertyga politiker om. Ett annat problem är svårigheten att på kort sikt uppvisa tydliga och mätbara resultat.

Personal på ett behandlingshem som arbetar med så starka krafter som finns i borderlineproblematiken utsätter sig också för sårbarhet och risker för utbrändhet.





## 6. BARN OCH UNGDOM

I detta avsnitt presenteras *Gryningen* – en dagvårdsverksamhet för småbarnsföräldrar.

### SPÄDBARNSVERKSAMHETEN GRYNINGEN I KARLSKOGA

Att få barn och att bli förälder är en del i den naturliga livsprocessen och förlöper i de flesta fall utan att någon utomstående behöver ingripa. Ibland uppstår dock störningar i kontakten mellan barn och förälder. Orsakerna till störningarna kan ligga hos barnet eller föräldern. Det kan också vara fråga om störningar i samspelet mellan barn och förälder eller mellan föräldrarna. Familjen kan vara socialt utsatt eller sakna ett stödande nätverk.

Att vara förälder innebär att man ska klara av både att försörja familjen och att ge känslomässig trygghet och stimulans till barnet. Samtidigt kräver samhället att man ska vara yrkesverksam. I denna konflikt mellan familj och arbete – som både män och kvinnor ställs inför – kommer barnen ofta i kläm. Mamma och pappa får och tar sig allt mindre tid till samvaro med barnen. I stället dras familjen in i en konsumtionsspiral med än större krav på arbete som följd. Som man för 50 år sedan kämpade för barnets fysiska hälsa behöver vi under 90-talet kämpa mot den psykosociala misär under vilken många barn i dag lever.

Så här beskrivs familjens och barnens situation i Sverige i dag av personalen på *Gryningen* – en dagvårdsverksamhet i Karlskoga. Där arbetar sedan 1987 fem späd- och småbarnsfamiljer åt gången med sina problem tillsammans med lika många anställda.

Organisatoriskt hör Gryningen till den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Örebro läns landsting, men verksamheten har vuxit fram ur och drivs i nära samarbete med Karlskoga kommuns socialtjänst.

Hit kommer föräldrar och barn på dagtid. Problembilden varierar: Föräldrar med missbruksproblem, psykiska problem och störningar. Familjer i akuta krissituationer. Unga, sköra familjer som inte klarar av trycket av allt praktiskt som måste utföras. Barn som skriker, går ned i vikt, är handikappade, kontaktstörda eller aggressiva. Barnens ålder varierar från nyfödda upp till sju år men med tyngdpunkt på späd- och småbarn. Tiden i behandling på Gryningen varierar också: från en månad till drygt ett år.

Behandlingen styrs i första hand av det uppdrag familjen givit Gryningen, de behov som finns och de problem som ligger bakom behoven. Behandlingen är med andra ord pro-

blemstyrd och inte metodstyrd. Bakom behandlingsarbetet finns dock en teoretisk ram i vilken olika perspektiv bryts mot varandra. Där finns ett utvecklingspsykologiskt och ett familjeteoretiskt perspektiv, men – som framgått av inledningen – också ett samhälleligt. Man försöker alltså samtidigt betrakta problem och metoder utifrån ett barn-, familje- och samhällsperspektiv. Genom att kombinera de olika förklaringsmodellerna vill Gryningen vinna ökad förståelse för familjens problem samtidigt som man därigenom vill hitta behandlingsvägar utifrån den enskilda familjens behov.

Var och en av de fem anställda (en föreståndare, två behandlingsassistenter, en förskollärare, en socialsekreterare) har behandlingsansvar för en familj åt gången. Samtidigt är kurator eller psykolog från barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen knuten till familjen. Denna deltar aktivt i de delar av behandlingsarbetet som inte är miljöanknutna.

Verksamheten på Gryningen inramas av en vardagsliknande samvaro fyra timmar fem dagar i veckan. Man har morgonfika tillsammans, följt av en samling med sång. Senare på dagen lagar och äter man lunch tillsammans. Mellan de här gemensamma aktiviteterna går familjerna med respektive behandlingsansvarig åt skilda håll för att arbeta med det man kommit överens om. Man kanske vill skapa utrymme för fina stunder i ett komplicerat förhållande mellan förälder och barn eller hitta vägar för att bryta negativa samspelelmönster genom att planera och genomföra saker tillsammans med behandlaren. Det kan handla om att trygga en orolig eller skör nybliven mamma eller att ge någon en chans att vila eller prata av sig efter en sömlös natt.

Alla föräldrar träffas tillsammans med två av behandlarna i en föräldragrupp en timme i veckan. Samtalen i gruppen har en pedagogisk inriktning och tar upp någon aktuell fråga med anknytning till barns utveckling eller föräldraskapets ansvar.

Videoteknik används i arbetet. En gång per vecka tittar familjen och behandlaren på inspelade sekvenser från miljöarbetet på Gryningen. Tillsammans lär man känna samspelet mellan barnen och föräldrarna. Goda sekvenser lyfts fram och uppmuntras. Syftet är att stärka bandet mellan föräldrar och barn, samtidigt som man får möjligheter att spegla och göra avstamp för det fortsatta miljöarbetet.

En gång per vecka hålls mer konventionella föräldrasamtal. Fokus kan då ligga på samspelet mellan föräldrarna, på familjens förhållande till omgivningen eller på föräldrarnas bild av sig själv eller barnet. Här är syftet att bearbeta känslor eller utmana gamla familjemönster.

En gång i månaden stämmer behandlaren tillsammans med familjen av situationen, man talar om hur långt man kommit i förhållande till planeringen. Då planerar man också den fortsatta behandlingen. Vid dessa avstämningssamtal deltar ofta någon samtalspartner som kommer utifrån.

Bedömningar av barnen är ett inslag i behandlingen. En psykolog gör utvecklingsbedömningar med hjälp av olika skalor. Bedömningarna – som videofilmas – syftar till att bättre lära känna barnets olika sidor, dess förmågor och personlighet. Tillsammans med föräldrarna går man sedan igenom dessa.

Allt arbete sammanfattas och bearbetas i en behandlingskonferens tre timmar per vecka. Personalen har också kvalificerad handledning tre timmar varannan vecka.

### Yttre kontaktnät

En förutsättning för att det inre arbetet ska fungera är ett yttre kontaktnät av stor räckvidd. Gryningen är helt beroende av att andra som kommer i kontakt med späd- och småbarnsfamiljer känner till verksamheten och vad den kan användas till. Om familjer ska söka sig till Gryningen måste BVC-sköterskor, socialsekreterare och andra berätta om Gryningen och vad de arbetar med. I verksamhetens inledning genomförde personalen informationsträffar inom upptagningsområdet vid 24 tillfällen. Allt eftersom verksamheten blivit välkänd har antalet informationstillfällen kunnat minska. Det har emellertid visat sig att det finns ett behov av förnyad information varför regelbundet återkommande träffar har ordnats för personal vid de verksamheter som Gryningen samarbetar med.

En majoritet av remisserna till verksamheten kommer från socialsekreterarna. Därefter i antal följer remisser från BVC- och distriktssköterskorna. På tredje plats kommer barnpsykiatriens öppna och slutna vård. När familjerna skrivs ut planeras alltid någon form av uppföljande kontakt. Vad kontakten gäller och vilka former den får varierar med familjens behov.

Någon systematisk utvärdering av verksamheten har ännu inte gjorts. Svaret på frågan vad Gryningen kan ge "sina" familjer är beroende på perspektiv, om resultaten ses utifrån familjens, remittentens eller personalens perspektiv.

Olika positioner ger olika svar på frågan vad man uppnått. Personalen anser själv att styrkan i behandlingen ligger i att man lyckats kombinera en trygg och stadig yttre ram i en vardaglig samvaro med en individuell och flexibel behandlingsuppläggning. Att gruppen förenar flera perspektiv på de problem den arbetar med, upplevs också som en styrka. Denna bredd ställer dock stora krav på bland annat öppenhet och förmåga att lösa konflikter i gruppen.

Att Gryningen vuxit fram och drivs i samverkan mellan landsting och kommun är också en stor tillgång bland annat genom att den ger stabilitet åt verksamheten, för samman barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten samtidigt som de skilda perspektiven bryts mot varandra i ett fruktbart samspel.

Genom ansträngningarna att skapa en varm och tillåtande atmosfär tror man också att familjemedlemmarna har en bra grogrund att växa i – och en ökad självkänsla främjar i sin tur ytterligare växt.

En del av familjerna har vänt på dygnet och lever i ett kaos. Om man får tider att passa genom att komma till Gryningen, kan man skapa reda i kaos för familjerna. En så till synes enkel sak som att få god och vällagad mat varje dag kan ha stor betydelse för familjer som inte haft ork att bry sig om sin mathållning.

Förutom den pedagogiska funktion matlagningen får genom att föräldrarna tar en aktiv del i denna, får måltiden också en viktig symbolisk betydelse. Den blir en stund av gemenskap och ett tillfälle för familjen att få omsorg, något som många småbarnsföräldrar enligt Gryningen har stort behov av.

Byte av bostad eller hemort och andra förändringar i livssituationen medför ofta att sociala kontakter bryts. En sådan förändring är att få barn. Den sociala isolering som följer kan vara ett avgörande hinder för en förälder att kunna fungera på ett positivt sätt i förhållande till sitt barn. Genom vistelsen på Gryningen träffar föräldrarna dagligen andra vuxna att samspela med. En del av kontakterna fortsätter efter tiden på Gryningen.

Kontakterna mellan familjerna på Gryningen innebär också att de får en bekräftelse på att de inte är ensamma i sin svåra situation. Det kan ge perspektiv på problemen och öppna nya möjligheter. Bara att komma in i ett nytt sammanhang – en ny miljö – kan ha stor betydelse för en familj när det gäller att bryta en ond cirkel.

Behandlarna blir – vare sig de vill det eller inte – viktiga förebilder för föräldrarna, de blir till modeller. Det kräver att behandlarna hela tiden är observanta på sitt förhållnings-sätt till varandra, till föräldrarna och barnen.

### Gemensam syn

Eftersom personalgruppen anser sig ha en enhetlig syn på barn och familj så utgör den en mycket sammanhållen kultur på Gryningen. Denna likhet och gemenskap i värderingar har det goda med sig att familjerna sällan utsätts för motstridiga budskap. Men samtidigt är personalen medveten om att den kan bli blind för att den själv är en produkt av sitt ursprung, sin utbildning och sin sociala situation. Som man uttrycker saken i en rapport om Gryningen:

- Om vi inte ser upp kan säkert vår präktighet kännas outhärdlig för en hel del av våra familjer.

I samma rapport för författaren ett resonemang om vad Gryningen kan ge familjerna. Följande är hämtat från rapporten:

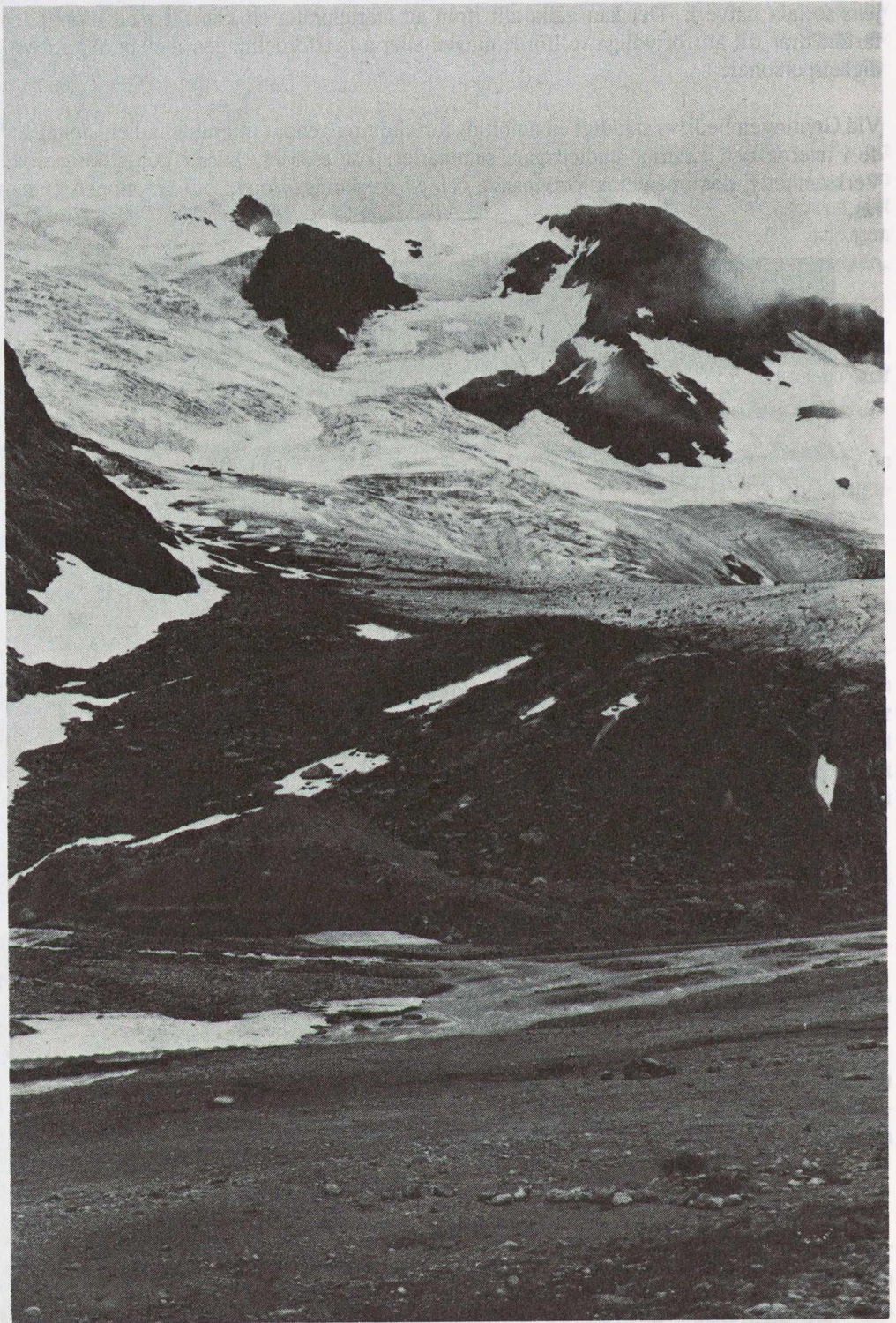
"I lyckliga – och ofta helt oväntade – situationer kan det uppstå ögonblick av en alldeles särskild kvalitet. Det kan vara en solig förmiddag i lekrummet när mamman, barnet och behandlaren ligger på madrassen på golvet och mamman för första gången vågar sig på att titta sitt barn i ögonen och då får ett leende till svar."

Efter några års verksamhet framstår det sociala nätverket som en avgörande faktor för barnfamiljers möjlighet att tackla de påfrestningar de möter. Många av familjerna som vistats på Gryningen har haft svaga eller dåliga sociala nätverk. Som en följd av detta upplever personalen ett stort behov att finna metoder för att kunna arbeta mer med famil-

jens sociala nätverk. Det kan gälla allt ifrån att återupprätta en kontakt med mor- eller farföräldrar till att förtydliga rollfördelningen eller arbetsfördelningen mellan olika myndighetspersoner.

Vid Gryningen bedrivs ständigt en ambitiös fortbildning genom litteraturstudier, deltagande i interna och externa studiedagar, seminarier, konferenser, kurser och studiebesök. Verksamheten dokumenteras fortlöpande och ett forskningsprojekt om Gryningen planeras.





## 7. PRIMÄRVÅRDENS INSATSER

I takt med psykiatrins förändring, inte minst sektoriseringen, har kraven på samverkan mellan primärvården och socialtjänsten ökat. Utvecklingen har också medfört att psykiatrin förts ut bland människorna i samhället – något som självklart medför både behov av och möjligheter till samverkan med primärvården. Till primärvårdens vårdcentraler söker sig åtskilliga människor som i grunden har psykiska besvär.

I detta avsnitt presenteras *Kommunbaserad socialpsykiatri i Jämtland* där kommunalt anställda vårdbiträden tillsammans med primärvårdsanställda skötare och sjuksköterskor erbjuder en socialpsykiatrisk baserad service åt människor i ett glesbygdslän.

### KOMMUNBASERAD SOCIALPSYKIATRI I JÄMTLAND

I ett protokoll från ett sammanträde (1987) i en grupp med uppgift att se över länssjukvårdsplanen i Jämtland, kan man läsa sådant som känns igen från många protokoll och målformuleringar. Det skulle emellertid visa sig att en verklighet som gav alla honnörorden täckning skulle växa fram. I protokollet stod att slutenvårdsplatserna skulle minska, att helhetssynen på patienten skulle vara vägledande, att arbetet skulle grunda sig på respekt för människans integritet, att symptomlindrande insatser skulle ge vika för problemlösande och att psykiatrin skulle samverka med primärvård och socialtjänst.

Psykiatrins sektorisering har lett till samverkan mellan primärvården och socialtjänsten. En sådan utveckling betyder att psykiatrin förs närmare människorna även i det glest befolkade och stora länet Jämtland.

1985/86 utarbetades gemensamt för landstinget och länets åtta kommuner en plan för stöd åt psykiskt långtidshandikappade. Planen anger mål för och rollfördelning mellan psykiatrin, primärvården och socialtjänsten. Det visade sig emellertid gå trögt med att genomföra planen varför beslut fattades om ett utvecklingsprojekt.

I den samverkansmodell som gäller i dag, har primärvården och socialtjänsten tillsammans ansvar för att ge stöd och service åt patienter som behöver omvårdnad under lång tid. I praktiken innebär det att vårdbiträden, anställda av kommunen, arbetar tillsammans med skötare, anställda av landstinget. I förlängningen finns tankar om att också inom primärvården utveckla kompetens och resurser för diagnostik och behandling i familjearbete, krisbearbetning, psykosomatik m.m.

Trygghetsfonden anslog pengar som gav kommun och landsting möjlighet att driva ett utvecklingsprojekt för stöd åt psykiskt långtidshandikappade. Året var 1986 och projektet



fick namnet *Utveckling av kommunbaserad socialpsykiatrisk verksamhet i Jämtlands län*. Två projektsekreterare har ansvarat för projektet, en från kommunförbundets länsavdelning och en från landstinget.

När projektsekreterarna vände sig ut mot det vårdpolitiska landskapet Jämtland kunde de se en sedan tio år pågående sektorisering av psykiatrin. Allt fler patienter bodde, i samklang med sektoriseringen, kvar i sin egen miljö, även om de genomgick psykiatrisk behandling av något slag. Slutenvård vid institutioner hade i allt större utsträckning ersatts med halvöppna och öppna vårdformer. Primärvården och socialtjänsten hade fått överta ansvaret för stöd, service och omvårdnad av patienter med långvarig psykiatrisk problematik.

Det innebär att vårdbiträderna inom kommunen i dag möter grupper av människor som de tidigare inte mött. Arbetet har måst förändras, inställningen till det likaså. Det gäller också för skötare och sjuksköterskor inom den öppna vården: Jobbet får ett nytt innehåll, arbetsmetoderna förändras. Steget ut från institutionens många gånger trygga värld har ställt dessa yrkesgrupper inför nya uppgifter. Plötsligt krävs det självständighet i arbetet, förmåga att samarbeta med till exempel arbetsförmedlingen, socialtjänsten och primärvården. Läkare, distriktssköterskor, socialsekreterare, hemtjänstassistenter – alla möter nya villkor för sina arbeten. En utökad samverkan mellan socialtjänsten, primärvården och psykiatrin är A och O för att de nya rollerna och uppgifterna ska gagna personalen själv och dess klienter/patienter.

Projektsekreterarna är motorer i förändringsarbetet. De har utgått ifrån att varje kommun har sin kultur, sitt samarbetsklimat, sina möjligheter och begränsningar. De har erbjudit sina tjänster på konsultbasis och kommunerna har själva haft ansvar för att genomföra och organisera förändringarna på det sätt som passat dem bäst. Projektsekreterarna har varit diskussionspartners, samordnare, handledare, informatörer och utbildare allt efter behov. De har inriktat sig på att stimulera personalen och personalgrupperna att använda sin fantasi för att utnyttja sina och varandras resurser, både formellt och informellt. Detta har behövts bland annat därför att psykisk problematik ofta upplevs som svår och tung. En låsning i revirbevakning ligger därför nära till hands i inledningsskedet av ett förändringsarbete av den här dimensionen. Det har krävts dialog och fantasi för att bryta ned "Det-är-inte-vårt-bord"-attityden.

Det lokala förändringsarbetet har drivits fram genom att tjänstemän från kommun- och primärvårdsförvaltningarna arbetat tillsammans. Landstingets roll har i grunden varit konsultativ, men varierat från direkt ansvarstagande till indirekt.

### **En förändring växer fram**

Kring de här olika momenten har förändringen av den psykiatriska vården vuxit fram:

*Information* har varit en grundläggande ingrediens i arbetet. Den har riktat sig till alla från politiker till baspersonal och har i huvudsak gällt omstruktureringen av psykiatrin. Vid politiska och fackliga möten har också information om förändringen tagits upp. Till

allmäheten har den förmedlats av press och lokalradio. En erfarenhet man gjort inom projektet är att information – liksom fortbildning – om de ska få någon effekt måste upprepas.

*Patient- och behovsinventeringar* har också genomförts som en grundläggande åtgärd inför förändringsarbetet. Man har kartlagt de behov som finns hos vårdtagarna, såsom boende, stöd, arbete och sysselsättning. Inventeringen har mynnat ut i beskrivningar av hur många som behöver jobba med vad.

*Utarbetande och genomförande av lokala planer* har varit ett tredje moment i förändringsarbetet. Kommunerna i länet har valt sina arbetssätt utifrån de lokala behoven och förutsättningarna. Några gjorde som ett första steg upp planer för hela kommunen, andra satte igång konkreta verksamheter i en del av kommunen. De som arbetat inom projektet har gjort erfarenheten att det är mycket viktigt att projektet förankras på alla nivåer inom organisationerna.

Inventeringarna visade att fler människor än man trodde var i behov av psykiatrisk omvårdnad och stöd. Tidigare "försvann" dessa behov bland andra som var mer påträngande inom primärvårdens och socialtjänstens områden. Projektet gav möjligheter att tillsätta fler skötartjänster och att omdisponera tjänster inom hemtjänsten.

Vilken fortbildning och utbildning har de olika personalkategorierna i kommunerna erbjudits?

*Kommunens vårdbiträden* har genomgått 60 timmars utbildning om psykosociala handikapp. Projektsekreterarna har i vissa fall deltagit i planering och medverkat vid genomförandet. Samtliga länets kommuner har genomfört denna utbildning för sina vårdbiträden.

*Nyanställda skötare och kommunens vårdbiträden* genomgick en särskild introduktion som projektsekreterarna planerat och genomförde. I den ingick auskultation inom slutenvården.

För *skötare* inom slutenvården pågår en förändrad kontaktmannautbildning. Där tillförs mer kunskap om samhälle, socialtjänst, nätverksarbete och konsten att arbeta i någons hem och närmiljö.

Gemensamma studiedagar har genomförts med representanter för psykiatrin, primärvården och socialtjänsten.

Det anses viktigt att ordna med gemensam fortbildning för olika personalkategorier från landsting och kommun. En gemensam referensram växer då fram utifrån de erfarenheter och kunskaper man delar med varandra. En grundläggande tanke för fortbildningsinsatserna har varit att de ska bidra till en så bred och varierad respons som möjligt på de nya idéer och arbetssätt som introduceras. Fortbildningarna har därför innehållit en blandning av faktaredovisning, bildspel, rollspel och andra sätt att uttrycka sin reaktion på utifrån kunskap och känsla, teori och praktik.

I fyra av länets åtta kommuner genomför vårdhögskolan i Östersund en utvärdering av projektet.

### Ringen, ett exempel

På Ringvägen i Sveg jobbar tre vårdbiträden från kommunens hemtjänst och tre mentalskötare från landstinget tillsammans för att öka möjligheterna för de ca 25 personer i Sveg som har psykiska handikapp och är kända av Ringen, att kunna bo kvar hemma och minska behoven av slutenvård. Verksamheten är en del av den kommunbaserade socialpsykiatri i Jämtland. Länspsykiatrins stöd till verksamheten sker i behandlingsfrågor genom det psykiatriska teamet och omvårdnadshandledning av den halvöppna rehabiliteringsenheten (HRE) som är en gemensam resurs för hela länet.

För vårdbiträdena inom hemtjänsten har Ringen inneburit att ett inrutad och ganska monotont arbete har ersatts av ett arbete med mycket större ansvar och självständighet. Det ökade ansvaret har medfört att man uppfattar arbetet som mindre slitsamt än tidigare, även om många av arbetsuppgifterna är likartade. Men man är en del av sitt arbete på ett helt annat sätt än tidigare. Den 60 timmar långa utbildningen om psykosociala handikapp som vårdbiträdena fått, vill man nu bygga på med ytterligare utbildning.

För mentalskötarna är situationen annorlunda än för vårdbiträdena. De känner sedan tidigare väl till hur det är att arbeta med psykiskt störda personer, men deras arbetssätt har radikalt förändrats sedan de lämnat slutenvården på institutioner bakom sig.

Vårdbiträdena och mentalskötarna gör i stort sett samma arbete i Ringen. De tjugo milen till länssjukvården i Östersund ställer stora krav på deras förmåga att samverka. Socialtjänsten, psykiatri och primärvården måste gå samman i arbetet med klienterna. Självklart uppstår problem, men personalen menar att samarbetet i personalgruppen vid konflikter måste överordnas de gränser som stakas upp av att de har olika arbetsgivare.

På morgonen försvinner de sex i teamet ut till "sina" vårdtagare för att hjälpa dem att komma igång med dagen. Kl. 10–12 träffas de flesta vårdtagarna på Ringen, där de tillsammans med personalen fikar och planerar aktiviteter som biblioteksbesök, promenader och utflykter. På eftermiddagen ägnar man sig åt dessa aktiviteter eller har samtal. Vid arbetsdagens slut träffas personalen för pappersarbete och för att planera nästa dag.

Den utvärdering som vårdhögskolan i Östersund genomfört i Ringen visar att de flesta vårdtagarna anser att deras situation förändrats sedan de fick kontakt med Ringen. Den ökade kontakten och därmed tryggheten har gjort det lättare för dem att leva med sina psykiska problem ute i samhället. Om utvecklingen fortsätter med en utökad och bättre samverkan mellan berörda kommer vårdtagarna enligt utvärderingen att kunna ta ett allt större ansvar för sin livssituation och därmed bör på sikt behovet av professionella insatser minska.

## Ett annat samverkansprojekt i Östersund

I ett annat projekt samverkar socialnämnden i Östersund med Jämtlands läns landsting. Här handlar det om att ge ökad sysselsättning för personer med handikapp i Östersunds kommun. Såväl psykiskt störda som utvecklingsstörda berörs av projektet. Syftet är att skapa meningsfull sysselsättning för att förbereda vidare utslussning till ordinarie arbetsmarknad, olika former av skyddad sysselsättning eller studier. Projektet ska också förbättra samordningen mellan olika resurser i samhället för i första hand handikappgrupperna.

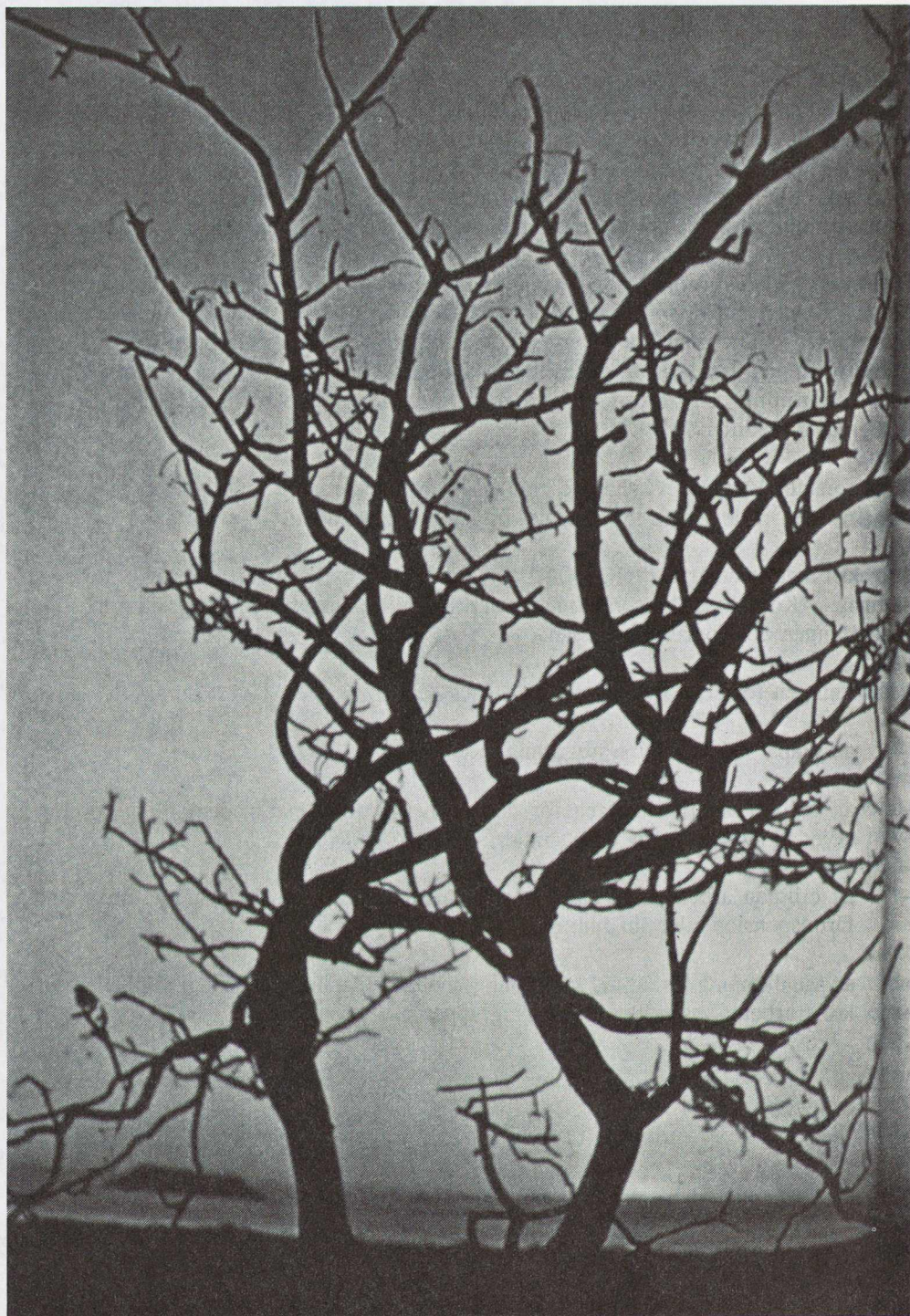
I *verkstadsgruppen* utförs legoarbeten åt industrin på en dagcenterfilial inom landstinget. *Servicegruppen* utför fönsterputsning, snöskottning, gräsklippning, omplantering av blommor åt hemtjänstens vårdtagare, bostadsföretag och andra. Gruppen har bl.a. engagerats av en potatisodlare. Avgiften för deras tjänster varierar. Vårdtagare inom hemtjänsten betalar minst och större företag mest. De som arbetar får ingen lön men fri lunch och gratis busskort.

Till projektet kommer vårdtagare från psykiatrien via remiss från omsorgen och från socialtjänsten. I de senare fallen är det fråga om missbrukare.

Projektet ingår från årsskiftet 1990/91 som en del i ett nytt samverkansprojekt för sysselsättning – "Kompassen" – som kommunen driver tillsammans med länspsykiatrien, arbetsförmedlingen och försäkringskassan.

Målsättningen för detta nya projekt är

- att skapa meningsfull sysselsättning,
- att förbereda arbetstagarna för den ordinarie arbetsmarknaden, olika former av skyddad sysselsättning eller studier,
- att erbjuda arbete eller utbildning i stället för ekonomiskt bistånd, sjukpenning, förtidspension eller sjukbidrag,
- att åstadkomma förbättrad samordning mellan olika huvudmän och samhällsresurser kring arbete/sysselsättning för målgrupperna.



## 8. CASE-MANAGEMENT, KONSULTATION OCH PERSONALUTBILDNING

Under denna rubrik redovisas *Rörliga vårdteamet i Umeå* – en psykiatrisk verksamhet som på olika sätt arbetar med psykiskt störda ute i samhället och även stödjer andra huvudmäns personal som arbetar med psykiskt störda.

### RÖRLIGA VÅRDTEAMET (RVT) I UMEÅ

De sex personer som kallar sig "Rörliga vårdteamet" – RVT – ser sig själva som en psykiatrisk resurs *ute* i samhället. De sitter sällan på sina tjänsterum. En timme om dagen kan man nå dem per telefon på en fast plats. Resten av tiden far de omkring i bil till de ställen där behoven finns.

De fyra mentalskötarna, arbetsterapeuten och sjuksköterskan i teamet har över tio års erfarenhet av att tänka i nya banor när det gäller människor som lämnar de psykiatriska slutna institutionerna, vilket för RVT i praktiken innebär Umedalens sjukhus. Teamet upptäckte att utbudet på aktiviteter och inriktningen av arbetet på servicehus och andra boendeformer i samhället inte motsvarade behoven hos människor som lämnade mentalsjukhusen. Gruppen handledde vårdbiträden som arbetade i kollektivlägenheter för f.d. mentalpatienter och tog initiativ till nya aktiviteter på servicehusen. Det den hade för ögonen var de utflyttades behov, intressen och resurser.

Sedan kommunen övertagit det ekonomiska ansvaret för kollektivlägenheterna samtidigt som den svarar för ett breddat utbud av aktiviteter för *alla* pensionärer, kan RVT i dag arbeta som psyk konsulter samtidigt som teamet handleder olika personalkategorier inom social- och hemtjänst.

Grundstommen i arbetet består i att målsättning och all planering för patienten sker i samarbete med honom. Det arbete som görs planeras av både patient och personal från RVT.

Nu satsar RVT sina resurser på

- den grupp handikappade i samhället som behöver långvariga och samlade insatser från distriktsvård, kommun och psykiatri,
- att delta i de samlade insatser som behövs när det gäller boende, socialt nätverk och sysselsättning/arbete i form av tidsbegränsade och målinriktade projekt.

Detta riktar man alltså in sin energi mot. För att inte arbeta blint har RVT själv skapat ett verktyg i form av en gemensam referensram eller – om man så vill – en vårdideologi att utgå från. Den kan sammanfattas i begreppet *helhetssyn* som i RVTs tappning kan delas upp i tre nivåer som man har för ögonen i arbetet:

1. Intrapyskisk nivå. På denna nivå analyseras såväl patientens resurser som hans problem.
2. Interpersonell nivå. På denna nivå analyseras patientens sociala nätverk.
3. Strukturell nivå. På denna nivå analyseras patientens förhållande till samhällets institutioner.

Vårdteamet låser sig inte fast på en nivå i taget, utan analyserar i sitt arbete förhållandet och samspelet *mellan* de tre teoretiska nivåerna. Teamet kan t.ex. samtidigt begrunda om en patients tilltagande symtom beror på isolering och/eller om isoleringen delvis orsakas av dålig ekonomi.

En helhetssyn i denna tappning är alltså utgångspunkten för RVTs arbete. Utifrån denna urskiljer gruppen fyra hörnpelare av verksamt innehåll, som bär upp hela arbetet. De fyra hörnpelarna är: *kontinuitet*, *flexibilitet*, *besök hos patienten* och *samarbete*. Bakom honnörsorden finns ett medvetet arbete för att omsätta dem i praktiken. Den arbetsmässiga innebörden i orden presenteras senare. Först en genomgång av de praktiska förutsättningarna.

### Kontinuitet

RVT är en gemensam resurs som tre olika psykiatriska sektorer delar på. Teamet behöver alltså inte avbryta kontakten med en patient som flyttar från en sektor till en annan, utan kan arbeta med patienten under flera år. Överhuvudtaget är RVT inte bundet av olika upptagningsområdets geografiska gränser. Också av denna anledning kan man med fog tala om kontinuitet i arbetet.

Teamet lägger mycket stor vikt vid kontinuiteten, inte minst därför att det kan ta lång tid för en psykiskt långtidssjuk att upprätta en trygg kontakt. Personerna i denna kontakt är inte utbytbara. Den trygghet som kan uppnås i en kontinuerlig kontakt är en förutsättning för att patienten ska våga satsa på en förändring av sitt liv. Utan kontinuitet blir det också svårt för teamet att följa upp den planering som gjorts tillsammans med patienten, t.ex. att ta reda på hur ofta patienten deltar i kursen man planerade han skulle gå i, hur ofta han går till sitt arbete och hur han trivs och fungerar där.

## Flexibilitet

Den andra hörpelaren i verksamheten – flexibiliteten – innebär i det arbetet att man lever upp till sitt namn, dvs. att man är rörlig. Som nämnts inledningsvis sitter de som arbetar i teamet inte bakom ett skrivbord och tar emot, utan färdas runt i klinikens samtliga tre sektorer för att arbeta där behoven finns, i patientens egen miljö, dvs. utanför den kliniska sjukhusmiljön. Med gruppens egna ord:

– "Där problemen är, dit går vi."

Gruppen lägger in följande i begreppet flexibilitet:

– Man ska vara flexibel i tid, dvs. patienten ska få besök av teamet, inte med ett bestämt tidsintervall, utan så ofta som det finns behov av besök. Man ska också vara flexibel i rum, dvs. man ska träffa patienten i den miljö där han vistas: i hemmet, på skolan, på jobbet etc.

Bil i tjänsten är en självklarhet eftersom man under större delen av arbetstiden jobbar ute på fältet. Inne på sjukhusområdet vistas man på morgonen för att passa telefonen kl. 8.00–9.30. Vidare har man varje vecka en rondtid tillsammans med läkare som förutsätter närvaro på expeditionen inne på sjukhusområdet i Umeå.

## Besök hos patienten

Den tredje pelaren som bär upp RVTs arbete är en vidareutveckling av flexibiliteten och innebär för RVTs del följande: När man arbetar utanför vårdens olika skyddande lokaler kan man, utan administrativa eller andra svårigheter, direkt på plats kombinera samtalsterapi med praktisk träning. Man kan lika väl träffa en patient på bussen eller på jobbet som i en terapilokal.

På fiket eller i hemmet – för RVT är det en poäng att inte träffas i vårdlokaler.

När man träffar patienten i dessa realistiska situationer blir det också lättare att göra bedömningar av de resurser och svårigheter som patienten har. Mötet i vardagliga miljöer underlättar också för personalen att avgöra i vilken utsträckning resultaten av behandlingen överensstämmer med målsättningarna.

En annan mycket viktig poäng med att träffa patienten utanför psykiatriska vårdmiljöer är att terapin eller träningen sker på patientens villkor. I den formella vårdmiljön är det svårt att hamna rätt när det gäller bedömning och planering. Det är lättare att säga nej i sitt eget hem. Det är svårt att tvinga patienten till något. Allt arbete måste ske i samförstånd. Därmed finns också några av de nödvändiga förutsättningarna för det fortsatta samarbetet.



## Samarbete utanför psykiatrin

För att kunna knyta hop trådarna i patientens kontaktnät och för att se honom i ett helhetsperspektiv är det viktigt att etablera ett samarbete utanför psykiatrin. Det är den fjärde hörnpelaren i teamets arbete. RVT fäster stor vikt vid denna fjärde hörnpelare i arbetet med att förverkliga helhetssyften.

Naturligtvis kontaktas *hemtjänsten* om patienten behöver stöd och hjälp för att klara sig i hemmet. Patientens kontaktperson inom RVT träffar då vårdbiträde och hemtjänstassistent för att göra upp en serviceplan för patienten. Självklart är patienten själv med på dessa träffar. Serviceplanen ska innehålla uppgifter om vad patienten behöver hjälp med. Det ska också framgå vilken nivå hjälpen ska ha. Kan till exempel vårdbiträdet och patienten gemensamt utföra sysslorna? Serviceplanen ska också ta upp de kvantitativa aspekterna av hjälpen; hur ofta, hur länge?

När serviceplanen sätts i verket är kontaktpersonen på RVT till en början med i hemmet när vårdbiträdet är där. Det ger en successiv övergång för patienten samtidigt som kontaktpersonen kan fungera som en modell för vårdbiträdet när det gäller förhållningssättet till patienten. Efter denna övergångsperiod fortsätter RVT att ha kontakt med vårdbiträdet för att fungera som handledare och för att följa upp serviceplanen.

Om patienten varken med vårdbitrådets eller kontaktpersonens hjälp klarar av att sköta sin ekonomi, tar man kontakt med *socialsekreterare*. Kanske är patienten berättigad till socialbidrag, kanske kan han få hjälp med att sanera sina skulder. Socialtjänsten kan också hjälpa till med att planera patientens ekonomi.

Svårigheten att hitta meningsfulla fritidsaktiviteter är ett välbekant problem inom psykiatrin. Inom RVT upptäcker man exempelvis ofta att det inte finns studiemöjligheter som passar en psykiskt handikappad person. Då tar man kontakt med *studieförbund*, *Komvux*, *universitet* eller vilken nivå det kan gälla för den aktuella patienten. I samarbete med studieförbund har RVT fått i gång cirklar i t.ex. samhällsorientering, anpassade för att öka kunskapen om försäkringskassa, länsstyrelse, handikapporganisationer och annat som patienten kan ha nytta av i sitt liv utanför institutionen.

En del patienter kan utnyttja ordinarie utbildningar. Teamet försöker stärka deras studiemotivation och studierna planeras i samverkan med lärare och rektorer. Om det uppstår problem under studietiden, följs de upp av RVT.

Ett självklart mål för alla som jobbar med rehabilitering är att "få ut" patienten i någon form av arbete. Inom RVT tar man kontakt med ett brett spektrum av arbetsrehabiliterande instanser, som *försäkringskassan*, *arbetsförmedlingen*, *AMI* och *LO-projektet* (i vilket psykiatrin och facket tillsammans arbetar för att underlätta för psykiskt handikappade att komma in på arbetsmarknaden).

Patienten, kontaktpersonen och representanter för arbetsförmedlingen och försäkringskassan planerar tillsammans patientens arbetsrehabilitering. Patientens egna önskemål om typ av arbete, arbetstider osv. bedöms i relation till hans resurser och svårigheter. Målet är naturligtvis att hitta ett arbete som passar patienten så bra som möjligt. De uppföljande

samarbetsformerna varierar efter situationen, men kan se ut som följer:

I början av en arbetsträningsperiod är kontaktmannen tillsammans med patienten hela arbetsdagen, för att successivt minska sin närvaro – kanske till en dag per vecka. Ibland kanske man behöver följa patienten till jobbet bara på måndagar för att underlätta för honom att "komma igång". Efter ett tag brukar det räcka med att RVTs kontaktperson träffar patienten och arbetsledaren en gång i månaden för uppföljning och fortsatt planering. Sådana träffar genomför man för samtliga patienter. Målet för arbetsträningen är att den ska leda till ett fast arbete.

*Kyrkan* är en organisation som kanske alltför ofta förbises. Här finns, enligt RVT, ett kunnande och ett engagemang som man kan ha nytta av i arbetet. Samarbetet med kyrkan har blivit allt livligare under senare år. Det kan gälla allt från vanlig mänsklig gemenskap, över fritidsaktiviteter till arbetsträningsplatser. RVT har varit med om att starta en verksamhet för människor som är lediga på dagarna. Temat är "gemenskap" och gruppens verksamhet planeras utifrån deltagarnas önskemål. Kyrkan driver verksamheten och målet för RVT – här som i andra sammanhang där man fungerar som en igångsättare – är att dra sig ur verksamheten när den kan fortsätta i någon annans regi. (Mer om samverkan kyrka – psykiatri; se avsnittet "Kyrka och folkbildning, kapitel 14.)

I arbetet med att vidga och stärka patienternas sociala kontaktnät talar RVT med *anhöriga, vänner, grannar, arbetskamrater* och andra som träffar patienten. Särskilt viktigt är det enligt RVT att patientens anhöriga är informerade om och inbegripna i rehabiliteringen av patienten.

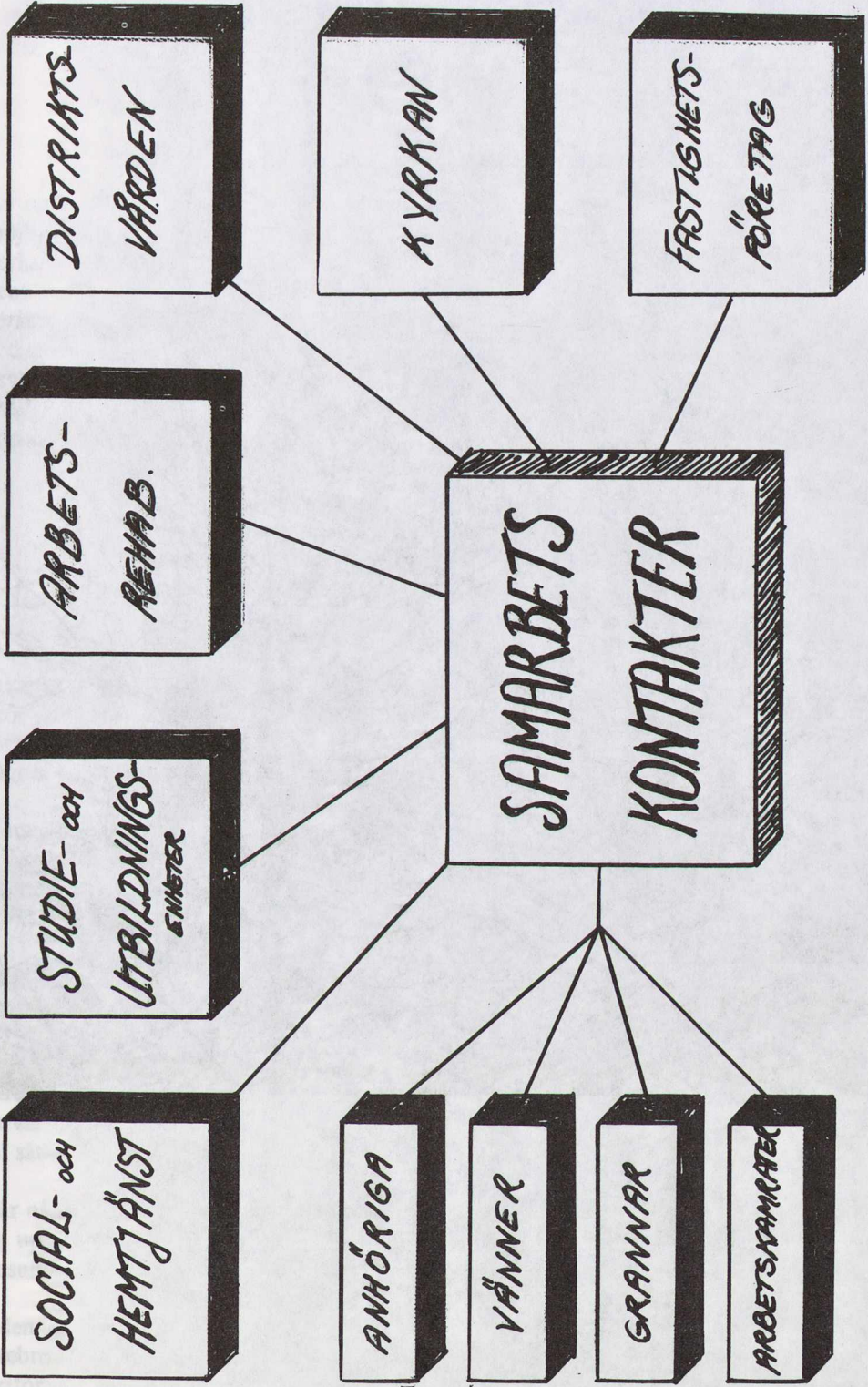
Om patienten helt saknar vänner och bekanta agerar RVT för att hjälpa till att upprätta relationer. Man kan t.ex. göra besök på "Klubben Klubben" – en klubb där folk träffas i otvungna former. Man kan också hjälpa patienten att bjuda in grannarna på kaffe. Att vara observant på signaler i patientens omgivning anses också viktigt. En sådan uppmärksamhet kan ge tillfälle till att diskutera orsaken till att en granne känner sig störd av patienten.

De flesta patienter inom RVT som står på psykofarmaka får sin medicin genom besök på *vårdcentralen*. Eftersom psykiatrin är ansvarig för behandling och uppföljning gör RVT besök på vårdcentralen för att träffa de distriktssköterskor som lämnar ut medicinen till patienterna. Många patienter upplever det som en framgång att gå till en vanlig vårdcentral för att hämta sin medicin i stället för att behöva gå till "psyket". En etablerad kontakt med vårdcentralen kan också vara bra inför eventuellt kommande somatiska besvär.

En viktig erfarenhet, som tio års arbete givit RVT, är att utslussningen från institution inte kan ske tvärt. Ett absolut krav är att den ska ske stegvis, parallellt med inslussning i samhället. Arbetet med psykiskt långtidssjuka får inte sluta med att patienten får en lägenhet och vårdbiträdes hjälp två timmar i veckan. Innan den psykiska vården kan lämna patienten ur sikte måste han vänja sig vid att bo i en lägenhet för att senare vidga sitt perspektiv till närmiljön. Ett sista steg i rehabiliteringen är ett arbete för dem som så önskar. Eller med RVTs egna ord:

- Först när patienten har uppnått den livskvalité som han själv önskar, är inslussen i samhället klar.

I detta perspektiv blir RVTs övergripande målsättning dubbel: Dels gäller det att hjälpa patienten att komma in i och utnyttja det tillgängliga utbudet av service och sysselsättning, dels gäller det att se till att samhället utvecklar sina verksamheter på ett sätt som bättre svarar mot psykiskt handikappades behov.





1991-11-08  
18.109 SOU 1991

## 9. BOENDE OCH BOENDESTÖD

Av naturliga skäl kommer boendet i centrum när människor i så stor utsträckning som möjligt ska bo kvar hemma även om de befinner sig i en rehabiliteringsperiod. Allt fler verksamheter med olika grad av anknytning till psykiatri växer fram ute i bostadsområdena – för att möta behoven och problemen där de uppstår och där de finns. *Boendesamverkan mellan socialtjänst och psykiatri* är en sådan verksamhet i Örebro som beskrivs nedan. I Gottsunda, ett bostadsområde i Uppsala, huserar *Vänkretsen* – en verksamhet för psykiskt handikappade som utgår från hemtjänsten. I detta avsnitt presenteras slutligen *Stödgruppsprojektet i Botkyrka*, i vilket kommun och landsting i samverkan bedriver uppsökande verksamhet bl.a. i ett nedslitet förortsområde.

### BOENDESAMVERKAN SOCIALTJÄNST–PSYKIATRI I ÖREBRO

Ett ofta återkommande problem när det gäller att erbjuda ett varaktigt boende för människor som flyttar ut från en institution är bristen på planering. De två parter som ska svara för denna planering – nämligen landstinget och kommunen – arbetar på många håll utan någon reell kontakt.

Sälunda krävde landstinget i Örebro under flera år att få använda 200 lägenheter per år ur nyproduktionen. Kravet fördes in i kommunens bostadsförsörjningsprogram år efter år. Men önskemålet förblev ett önskemål. År efter år. Antalet lägenheter som landstinget erbjöds var varje år noll. År efter år erbjöds landstinget inte en enda lägenhet.

Anledningen var helt enkelt att önskemålet enbart var siffror i ett bostadsförsörjningsprogram. Det fanns ingen som slet och drog i verkligheten utanför programmets pärmar för att omvandla de abstrakta siffrorna till mer verkliga bostäder. Det fanns följaktligen inga lägenheter åt det 150-tal personer som omväxlande skrevs ut och in i psykiatrisk vård bland annat därför att de inte hade sin boendesituation löst. Här fanns alltså åtskilliga vårdtillfällen som orsakats av att folk inte hade någonstans att bo eller att de bodde på fel sätt.

När någon ändå skrevs ut ställdes hemtjänsten och socialtjänsten inför en svår och plötslig uppgift: Att ge stöd och omvårdnad åt den före detta institutionsvårdade patienten. Resultatet blev inte alltid det bästa.

I den situationen inleddes ett planeringssamarbete mellan landstinget och kommunen i Örebro. Uppgiften lades som en del av tjänsten för två anställda inom landstingets psykiatريفörvaltning respektive vid den kommunala socialförvaltningens bostadsavdelning. De

skulle planera för ett bra boende för dem som inte behövde vistas på psykiatriska institutioner. De båda handläggarna fungerade väl ihop och skisserade snart upp några grundfrågor i sitt arbete:

Hur många patienter handlar det om?

En inventering gav vid handen att 152 yngre Örebroare ständigt eller återkommande vårdades på behandlingshem eller klinik. En gemensam nämnare för dem var att boendsituationen inte var bra. 61 av dem saknade helt egen bostad. De återstående 91 hade visserligen bostad, men deras behov av hjälp för att klara boendet var inte tillgodosedda.

Det räcker alltså inte med bostad. Den måste ha vissa kvaliteter och kompletteras med ett visst stöd för att boendet ska fungera.

Hur kan ett boende se ut om det ska ge både integritet och stöd?

Detta var nästa fråga på vägen mot ett vettigt boende för dem som inte längre behövde vårdas på psykiatrisk institution.

De två handläggarna bedömde att ett fåtal av de 152 patienterna kunde klara sig i helt vanliga bostäder om de fick bo i närheten av varandra och med tillgång till stöd och omsorg. För den stora majoriteten gällde dock att de behövde mer struktur än ett helt vanligt boende kan erbjuda. Svaret på deras behov kallade projektgruppen för *samlad boende med bostadskomplement*. Det innebär att 5–6 mindre lägenheter intill varandra har en gemensam lokal av typ lantkök. Här kan man äta tillsammans, träffas och umgås. Här finns också personal som kan ge hjälp och stöd. De boende får egna kontrakt på lägenheterna och betalar själva hyran.

Vilket behov av stöd har de boende?

Det var den tredje frågan. Naturligtvis kan stöd- och hjälpbehov inte fastställas i förväg, resonerade man. Behovet varierar från person till person och förändras också åt olika håll med tiden. Ibland behövs det mer stöd, ibland mindre.

När en patient flyttar från en institution till en bostad, flyttar institutionens kontaktperson med och arbetar i början på heltid i den nya bostaden med "sin" patient. Detta stödet är bra som en introduktion i bostaden och till ett liv i samhället. Hjälpbehovet måste ändå omprövas för att patientens situationen inte ska låsas utan kunna fortsätta att utvecklas. I denna omprövning spelar vårdplaneringsgrupperna i kommundelarna en stor roll.

Hur många kan då flytta ut per år?

Frågan gick till psykiatrin som svarade att varje klinik hinner förbereda för *ett* samlat boende per år enligt den här modellen. Tre kliniker klarar alltså tillsammans av tre samlade boenden med vardera 5–6 personer. Det ger utflyttningsmöjlighet för 15–18 perso-

ner per år och kräver lika många nyproducerade lägenheter. För att täcka detta behov tog projektgruppen kontakt med stadsbyggnadskontoret och valde ut passande bostäder. Idén att sätta undan de valda lägenheterna till psykiatrins behov förankrades hos kommunaldelschefen i respektive bostadsområde. Samtliga utvalda lägenheter kom med i bostadsförslöjningsprogrammet, som reglerar byggandet tre år i taget.

De båda planerarna var noga med att informera berörda politiker och berörd personal om sina planer. Detta anses inte minst viktigt för att avvärja den misstro som finns mellan kommun och landsting. En av de erfarenheter som projektets båda handläggare gjort är att kommunens hemtjänst och landstingets öppenvårdsteam arbetar på olika sätt. Någon gemensamt fastställd ansvarsfördelning finns inte, menar man. Det mödosamma arbetet att förena de båda huvudmännens ansvar för psykiskt störda personer i en gemensam planering och ett gemensamt arbetssätt har nu satt igång. Målet konkretiseras i en gemensam utbildningsdag där den lokala psykiatriledningen träffar kommunledningen. Kanske kan en sådan återkommande utbildningsdag fräta lite på de fastlåsta positioner och de språkliga och kulturella skillnader som trots årtal av planering, fortsätter att hindra samarbetet.

## HEMTJÄNSTVERKSAMHETEN VÄNKRETSEN I UPPSALA

I mitten av 80-talet hade hemtjänsten i Gottsunda – en kommundel i Uppsala – länge brottats med problem. Det var som på så många andra håll i landet: Sjukfrånvaron var hög, hjälpmottagarna fick se nya ansikten var och varannan dag, man arbetade i stora grupper (över tjugo vårdbiträden per grupp). Det ledde till att ansvars- och delaktighetskänslan inte var särskilt stor. Utbildningsnivån var låg i vårdbiträdesgruppen.

Ett starkt behov av utveckling och förnyelse började växa fram. Man längtade efter mindre grupper, en ökad specialisering. Detta senare fick sitt svar genom att Ulleråkers sjukhus ligger inom vårdbiträdenas område. Kanske skulle man utveckla arbetet för människor med psykiska problem! Man ville också skaffa en egen lokal för att utveckla en kaféörelse.

Nu satte man igång att projektera önskemålen för att få dem omsatta i verkligheten. Grundtanken blev; en liten (åtta vårdbiträden) specialiserad grupp med egen arbetsledare som också var projektledare. Gruppen skulle arbeta med psykiskt störda människor.

De problem som man upplevde i verksamheten formulerades till frågeställningar i projektet, avsedda att besvaras efter en tids verksamhet. Man frågade sig hur sjukfrånvaron skulle påverkas, hur trivseln i arbetet skulle förändras, om tryggheten i arbetsrollen skulle öka eller minska och slutligen hur utbildningsnivån skulle påverkas.



## Projektet tar form

Projektet tog form under 1987 och de som drev det såg sina tankar komma allt närmare ett förverkligande. Pengar till utbildning och projektledare kom från socialstyrelsen, en egen lokal till projektet ordnades och man informerade distriktets vårdbiträden om planerna i syfte att få tag på intresserade.

Mot slutet av året genomgick den nu fulltaliga gruppen en utbildning där teoriavsnitt i psykiatri avlöstes av praktik på Ulleråkers sjukhus. Flera av vårdbiträdena hoppade nu av och projektet genomgick en kris som så småningom vändes till sin motsats. Gruppen svetsades samman av motgångarna och man talade om grupprocesser och grupppsykologi med kommunhälsans personalkonsulent. Detta ledde senare till att man startade en studie-cirkel i just grupprocess och grupppsykologi.

Gruppen informerade personal på Ulleråkers sjukhus och distriktssköterskorna om planerna för de sjutton "ärenden" man nu tagit över från den ordinarie hemtjänsten.

I början av 1988 började man arbeta, såväl i hjälpmottagarnas hem som i kafélokalen med följande målsättningar:

- att stimulera till ökad aktivitet, både inom och utanför hemmet,
- att öka självkänslan,
- att stödja, underlätta och uppmuntra både praktiskt och psykiskt,
- att knyta nya kontakter (bland annat med hjälp av kafélokalen).

Verksamheten hade nu också fått en namn: Vänkretsen.

I vilken mån har målsättningarna uppfyllts? Någon vetenskaplig utvärdering har inte gjorts, men projektledaren har själv genomfört en uppföljning utifrån tidigare problem inom hemtjänsten och utifrån de mål man ställde upp för Vänkretsen.

## Vårdbiträdesrollen

Vad har den specialiserade gruppen inneburit för vårdbiträdesrollen?

På många håll är hjälpmottagarens kontaktman en person och vårdbiträdet en annan. I Vänkretsen har man sammanfört dessa båda roller i en och samma person, nämligen vårdbiträdet. Så pensionären ska vända sig till samma person som han eller hon ser hemma hos sig om dagarna. Fördelen för hjälptagaren är uppenbar och för vårdbiträdet innebär det att hon får en bättre helhetsbild av pensionären än tidigare. Vårdbiträdet har på så sätt blivit mer observant på när hjälpmottagaren börjat må dåligt och har då kunnat ge ett intensivare stöd. Om personen läggs in på sjukhus så får han eller hon besök där av sin kontaktman.

I inledningen av projektet blev kontakten mellan Ulleråkers sjukhus och hemtjänsten

besvärlig eftersom två olika kulturer med olika språk möttes. Vårdbiträdet såg det friska i patienten, medan Ulleråkerpersonalen såg det sjuka, hävdar projektledarna. Relationerna har förbättrats allteftersom projektet fortskridit. Vårdbiträderna har ställt krav på Ulleråker att informera Vänkretsen när hjälpmottagare skrivs ut eller in på sjukhuset, bland annat för att redan innan en utskrivning hinna planera för stöd i hemmet.

Det är vårdbiträdet som självt står för kontakterna med Ulleråker, med öppenvårdsteamet, med anhöriga till distriktssköterskan, med hjälpmottagaren och andra. Detta ställer stora krav på vårdbiträdet, men ger i gengäld större ansvar och engagemang i arbetet.

Handledning anses vara en nödvändighet för vårdbiträdesgruppen. En psykolog med erfarenhet från såväl hemtjänsten som Ulleråker handleder gruppen vid träffar två gånger i månaden. Här tar man upp svåra frågor om förhållningssättet till hjälpmottagare som t.ex. hör röster eller har ångest. Några enkla och entydiga svar finns inte på dessa frågor, men man bearbetar frågeställningarna och det egna förhållningssättet i handledningsgruppen.

Vårdbiträderna som arbetar i den specialiserade, mindre gruppen är samtliga överens om det positiva i att arbeta i en liten (åtta vårdbiträden) självstyrande grupp. Vårdbiträderna anser självstyrande inte bara vara ett honnörssord. För dem står ordet för en verklighet där de själva tar hand om schemat, själva avgör om personens hjälpbehov är stort eller litet, där de själva håller i kontakter med omvärlden.

De flesta av vårdbiträderna ser också mest fördelar i att arbeta specialiserat - att enbart arbeta med psykiskt störda. Koncentrationen och fördjupningen i arbetet blir större.

Andra viktiga förhållanden i arbetet som ansvar och möjlighet till påverkan har förbättrats jämfört med tidigare, anser vårdbiträderna. Det ökade ansvaret har lett till bättre trivsel.

De har gjort åtskilliga studiebesök och de har en ambitiös planering för kommande utbildning (bl.a. om behandlingsmetoder och biverkningar av psykofarmaka).

Som nämnts var sjukfrånvaron mycket hög inom (den stora) hemtjänstgruppen innan projektet startade. Två år efter projektets start har man ännu inte behövt ta in någon sjukvikarie.

Av intervjuer med de åtta vårdbiträderna framgår det att engagemanget för hjälpmottagaren vuxit. Tidigare "gick man ut och in" hos folk. Specialiseringen anses också ha lett till bättre kontakt vårdbiträderna emellan eftersom "man vet vad man talar om" - man talar ett mer gemensamt språk. Av intervjuerna framgår också att det nya arbetssättet innebär att man får "använda hela sin personlighet" eftersom det egna ansvaret ställer högre krav på kontaktförmåga, praktiskt handlag, kreativitet etc.

Responsen från hjälpmottagarna ger stöd för antagandet att de också uppfattat projektet som positivt. Någon egentlig utvärdering av hjälpmottagarnas inställning har inte gjorts, men om morgnarna går telefonen varm då man ringer för att prata med sin kontaktman.

Vårdbiträderna har upplevt vårdmottagarnas glädje och stolthet, när de t.ex. kunnat diska

själva, lagat mat själva eller lagt in en handduk i skåpet efter ett besök i tvättstugan för första gången i livet. En del av hjälpmottagarna ringer till Vänkretsen när de är inlagda på sjukhus för att själva upprätthålla kontakten med hemtjänsten.

Målet för Vänkretsen är att pensionären efter en tid ska klara det mesta själv och bara behöva lite stöd från vårdbiträdet.

### **Dusch och matlagning**

Hur arbetar brukarens kontaktman i Vänkretsen? Som nämnts har kontaktmannen hand om alla kontakter som brukaren behöver inom vårdsvängen. De mer konkreta arbetsuppgifterna skiljer sig inte mycket från den "vanliga" hemtjänsten. En så till synes självklar sak som att ta på sig nya kläder är enligt vårdbiträdena en lång och tålmodsprövande process. Att förmå brukaren att frånga sina gamla invanda kläder, som ju utgör ett skydd, kräver att vårdbiträdena har trovärdighet, tålmod och övertygelse.

Maten upptar en stor del av tiden med brukaren. Vårdbiträdena försöker att kombinera längtan, möjligheter, tålmod och pengar. Med deras egna ord:

- Ofta är självförtroendet väldigt dåligt och rädslan stor. Kontakten är skör och varje ord måste vägas noga och man känner att tålmodet och tiden borde vara oändliga. Här krävs psykisk balans och uthållighet av oss. Lyhördheten är otroligt viktig, det handlar om nyanser och skiftningar.

### **Café Vänkretsen**

Grundtanken med kafét var att få ett medel för att nå målet att aktivera hjälpmottagarna och att bryta deras isolering. Kafét skulle också göra vårdbiträdenas arbete mer omväxlande.

En bred information till alla tänkbara intressenter iscensattes av gruppen. Men detta var inte tillräckligt för att få ett kafé som enligt projektgruppen hela tiden måste sjuda av liv och rörelse. Särskilt svårt var det med tanke på den långvariga isolering som de flesta vårdmottagarna levte i. Ett tålmodigt arbete att få vårdmottagarna till kafét sattes igång. Man hämtade besökarna i lägenheterna, man ringde ibland för att locka dem till kafét.

Vid de stora helgerna har man ordnat festluncher på kafét. Man har gjort utflykter med gästerna från kafét och man har genomfört en mycket uppskattad utställning, där gästernas egna konstnärliga talanger kunde exponeras i form av tavlor, keramik och textila verk. På tisdagarna ordnas lunch där alla får vara med att laga mat, duka etc.

Mellan kl. 8.00 och 9.15 kan gästerna träffas på Vänkretsen för att äta frukost. På eftermiddagen öppnar kafét och det är öppet alla röda dagar. Vem som helst är välkommen in att dricka en kopp kaffe eller äta en bit mat som serveras två dagar i veckan. Människor

i alla åldrar kommer till kafét för att umgås och i bästa fall knyta en kontakt.

Projektgruppen menar att man genom kafét nått en bit på väg när det gäller att bryta hjälptagarnas isolering och ensamhet. Bara vetskapen om att kafét finns kan vara en trygghet för många. Kafét har medfört ökad variation i arbetet för vårdbiträdena. Kafé-rörelsen ställer krav på olika förmågor, från att vara bra på att informera till att vara skicklig på att snickra eller baka.

När kafét är öppet är ständigt två vårdbiträden från hemtjänsten där. När större aktiviteter är på gång är hela gruppen med för att planera och göra affischer m.m. Pengar till speciella aktiviteter måste kafét självt dra in. Sålunda kan man då och då räkna in ett överskott från kaffeutskänkningsen eller från basar, brödförsäljning och annat som påhittigheten och fantasin hos gäster och personal leder fram till.

### Arbetsledarrollen

För projektledaren och arbetsledaren har arbetet i en mindre grupp inneburit en ökad och intimare kontakt med medarbetarna. Att handleda personalen när de kört fast i en svår arbetssituation, att stimulera vårdbiträdena till nya tag etc., har blivit arbetsledarens viktigaste uppgift.

Arbetsledaren har också delegerat flera arbetsuppgifter till vårdbiträdena, i syfte att öka förståelsen för arbetsledarrollen. Delegation av t.ex. schemaläggning, statistikföring, uppföljning av ärenden, dokumentation m.m. har dels medfört en ökad självständighet för vårdbiträdena, dels en ökad förståelse för arbetsledarrollen.

Specialiseringen, dvs. inriktningen på människor med psykiska störningar, har för arbetsledaren inneburit att arbetssituationen blivit mer överblickbar. Antalet kontaktpersoner blir färre när man arbetar inom ett specialiserat område och dem man har kontakt med lär man känna bättre. Omvänt har det blivit lättare för psykiatrin att veta vart man ska vända sig när det gäller hemtjänst.

Så här skriver vårdbiträdena, eller *boendeassistenterna* som är deras nya titel, om sina arbetsuppgifter.

- Utslussningen från mentalsjukhusen är i ett viktigt skede i dag. Vi i hemtjänsten måste vara beredda och det är vår skyldighet att ta emot, stötta och göra livet drägligt för dessa före detta patienter. Vi på Vänkretsen trivs med vårt arbete. Det är en tuff utmaning och vi vet att vi gör en stor insats. Vårt arbete värdesätts av våra brukare, gäster, vårdgrannar och anhöriga.

Så arbetar man i Gottsunda för att möta en verklighet där de stora sjukhusen avvecklas och där kravet på ett boende på samma villkor som andra i samhället blir allt påtagligare.

## STÖDGRUPPSPROJEKTET I BOTKYRKA

De som arbetar i Hallunda, ett bostadsområde i Botkyrka kommun utanför Stockholm, kan bara bekräfta vad flera undersökningar visat: Området är hårt belastat när det gäller sociala och psykiska problem. Hallunda är ingen idyll och många som bor där har problem som varken passar in i missbruksvårdens eller psykiatriens regelverk och arbetssätt. De faller utanför både samhällets och vårdens ramar.

Stödgruppsprojektet började som en samverkan i projektform mellan hemtjänsten och individ- och familjeomsorgen inom socialtjänsten i Hallunda och Norsborg i början av 1989. Två år senare permanentades verksamheten efter en rad positiva resultat och sedan den visat sig innebära påtagliga besparingar för kommun och landsting.

Vad döljer sig då bakom begreppet "stödgrupp i Hallunda"?

Det rör sig om en storstadsverksamhet som inte grundas på färdiga arbetsmodeller eller hypoteser om människors situation. Utgångspunkten är i stället de behov som artikuleras av eller märks på annat sätt hos målgruppen, som är människor med missbruksproblem och psykosociala problem av sådan art att de har svårt att klara av ett eget boende. Några är särlingar, nästan alla är ensamma, flera har ett s.k. avvikande beteende. Kort sagt är de udda människor som inte riktigt passar in någonstans.

### Hembesök i tre faser

Man arbetar på två fronter. Dels gör man hembesök hos medlemmarna eller de blivande medlemmarna i stödgruppen och dels arbetar man i en lägenhetslokal i Hallunda med medlemmar som söker sig dit. Medlemmarna är det ord man föredrar att använda i stället för klient eller vårdtagare. Anledningen är verksamhetens anknytning till RSMH och att de som så önskar kan bli medlemmar i förbundet. Man vill understryka verksamhetens demokratiska karaktär och särskilt uppmuntra självständighetssträvanden. Projektledaren är ledamot i den lokala RSMH-gruppens (RSMH Respons) styrelse.

Det finns ingen behandlande ambition inom projektet – man tillämpar ingen terapeutisk metod, utan försöker hela tiden stödja det friska och det utvecklingsbara hos medlemmarna. Som nämnts är medlemmarnas behov utgångspunkten för vad man gör. Projektledaren berättar att man i början hade fullt upp med att göra hembesök hos 5–6 personer. Numera kan gruppen stödja ett åttiotal personer eftersom den lärt sig att arbeta efter medlemmarnas verkliga behov och inte efter de behov som gruppen tillskriver dem. Som projektledaren uttrycker det:

- Om någon annan talar om för mig vad jag behöver, så tror jag mig själv behöva den hjälpen och lite till.

Man huserar i en 90 kvadratmeter stor lägenhet med kontor, samtalsrum, vardagsrum och kök. Förutom projektledaren finns två 1:a vårdbiträden, en fältsekreterare och en före-

ståndare för lokalen. Alla utom föreståndaren – som är anställd av RSMH – är anställda av kommunen.

Deras övergripande uppgift formulerar gruppen så här:

- förhindra social utslagning samt verka för ett självständigt, meningsfullt och värdigt liv.

Eftersom insatserna bygger på medlemmarnas behov är en systematisk redogörelse för arbetssättet svår att göra. Man arbetar tillsammans med medlemmarna i deras hem, i lokalen och individuellt genom samtal. Dessutom arbetar man uppsökande i och kring Hallunda torg.

Arbetet är uppdelat i tre olika faser:

*Fas 1* inleds med att man går hem till en person vars behov av stöd man fått kännedom om av hyresvärderna (Botkyrkabyggen), socialtjänsten, primärvården, den psykiatriska enheten eller på annat sätt. Den första fasen är huvudsakligen kontaktskapande. När förtroende etablerats kan flera personer i stödgruppen knytas till personen. I medlemmens lägenhet ges hjälp med praktiska sysslor och traditionella hemtjänstuppgifter. Man gör också gemensamma besök på bank, på post, i affär. Utöver praktiska sysslor för man också aktivt lyssnande samtal med medlemmen. Beroende på medlemmens vilja och behov försöker man leda över till den andra fasen som innebär besök i lokalen. En del vill inte komma till lokalen. I dessa fall nöjer sig stödgruppen med hembesöken.

Ett hembesök gjordes hos en svårt psykiskt sjuk kvinna som bodde på hotell. Förutsatt att stödgruppen utrustades med nycklar, erbjöds den hallucinerande kvinnan en lägenhet i Hallunda av Botkyrkabyggen. Kvinnan blev allt sämre och började samla stora mängder sten i plastpåsar. Papper och reklamutskick fyllde lägenhetens utrymmen. Personal från projektet lyckades efter fyra månader tillsammans med kvinnan sanera bort allt skräp.

Ett annat exempel: Stödgruppen kom på hembesök hos en man som är helt socialt etablerad med hög utbildning och fast arbete. Han levde ensam och skurade varje dag lägenheten från golv till tak, han tvättade kläder om och om igen. Han verkade lida mycket av sina tvångsföreställningar. Han erbjöds att komma till lokalen men avböjde bestämt. Han vet dock att verksamheten finns och varje gång en av verksamhetens anställda stöter på mannen säger de "hej". Denna enkla hälsning kan vara en trygghet för mannen som lever i svår psykisk nöd, som han absolut inte vill att någon ska känna till.

Att komma till lokalen och därmed till *fas 2* kan ta allt från en dag till ett år för medlemmen. För många som levtt isolerade under lång tid är det en stor händelse att komma till lokalen och träffa andra. Det tar lång tid att skapa förtroende och trygghet hos medlemmar som kommer till lokalen.

*Fas 3* påbörjas arbetet med att bygga upp ett socialt nätverk. Genom olika aktiviteter, bland annat utflykter av olika slag, försöker man visa medlemmarna att de har rättighet och möjlighet till ett rikt och varierat liv. En del medlemmar etablerar nu kontakt med

varandra, vilket leder till andra gemensamma aktiviteter.

Lokalen besöks i genomsnitt av tolv personer per dag. Det begränsade utrymmet gör att aktiviteterna inte kan bli hur många som helst. Man lagar mat, bakar, läser tidningar, pratar, diskuterar och tittar på TV. Ungefär som i ett vanligt svenskt vardagsrum. Totalt omfattar verksamheten ett 80-tal medlemmar.

Den som kommer till lokalen kan vara en svårt psykiskt störd man med sjukpension och med grubblerier om känslor och stöld av känslor. En kvinna med svårt tablett- och spritmissbruk. En man i trettioårsåldern som inte är psykiskt sjuk men som mår mycket dåligt på grund av att hans självkänsla krossats. En yngre man som står på höga doser neuroleptika.

Genom ett alltmer utvecklat samarbete med arbetsförmedlingen, beredskapsbyrån och försäkringskassan, kan Stödgruppen i dag ta emot tolv personer som får arbetsträning-/prövning dels i gruppens lokal, dels genom samarbete med Botkyrkabyggen. Medlemmarna har även möjlighet att genom samarbete med "Grundvux" delta i undervisning som helt grundar sig på elevens kapacitet och önskemål.

Verksamheten är öppen alla dagar hela året. Man har även kvällsöppet.

### Billigare och bättre

Vilka resultat har verksamheten givit?

Kommunen tog genom en enkät reda på hur stödgruppens samarbetspartners bedömer effekterna av arbetet.

*Hemtjänsten i Hallunda* menar att medlemmarnas nätverk har utökats och att verksamheten har givit dem större social trygghet.

För *individ- och familjeomsorgen i Hallunda* framstår Stödgruppen som en viktig verksamhet bland annat därför att de människor verksamheten vänder sig till inte går att få med i vanligt föreningsliv.

Även *vårdcentralen i Hallunda* har goda erfarenheter av Stödgruppens arbete eftersom den riktar sig till människor som annars faller mellan olika myndigheters ansvarsområden. På vårdcentralen har man också märkt att antalet vårdintygsärenden minskat, vilket också fört med sig att arbetsbelastningen där blivit mindre.

De *psykiatriska enheterna* inom området välkomnar verksamheten eftersom den riktar sig till patienter som enligt deras mening inte kan inordna sig i den psykiatri som erbjuds av öppenvården.

*Botkyrkabyggen* har också goda erfarenheter av verksamheten och hänvisar till att stödgruppen snabbt ställer upp. Ibland har hyresvärderna gjort hembesök tillsammans med folk

från Stödgruppen. Vräkningar har kunnat förhindras genom att hyresgästen blivit medlem i Stödgruppen, vilket betraktats som en garanti från hyresvärdens sida.

RSMH framhåller som positivt att gruppen utgår från medlemmarnas behov och inte från färdiga behandlingsmodeller. Erfarenheten visar att detta ger människor större chans att växa, menar RSMH.

En varningssignal riktas från såväl *individ- och familjeomsorgen* som från *psykiatriska enheten vid Huddinge sjukhus*: Det kan vara svårt i längden att stödja en grupp människor med alltför olikartade problem. Erfarenheter visar att missbrukargruppen försvinner om gruppen psykiskt störda blir för stor.

Stödgruppens arbete har också visat sig vara en ekonomisk besparing. Genom att verksamheten finns har endast en fjärdedel av budgeterade medel för hemtjänsten tagits i anspråk eftersom man här helt enkelt fått ett lägre kundunderlag än tidigare. Stödgruppen har stått för den hjälp som behövts.

Genom att vräkningar har undvikits har kommunen sluppit hotellkostnader för medlemmarna i Stödgruppen. Socialtjänsten i Hallunda beräknade att de lösningar som varit nödvändiga utan Stödgruppen, skulle ha kostat ca 1,5 miljoner kronor, varav 360 000 kronor för landstingets del.

En ekonomisk effekt som är svårare att beräkna är uteblivna vårdkostnader vid psykiatriska institutioner.



En verksamhetsutvärdering har genomförts i samband med utvärderingen av verksamheten i Stödböjor. Utvärderingen har genomförts i samråd med de berörda parterna och har resulterat i en rapport som presenteras i denna del av rapporten. Utvärderingen har genomförts i samråd med de berörda parterna och har resulterat i en rapport som presenteras i denna del av rapporten.



## 10. MENINGSFULLT DAGSINNEHÅLL

Under den här rubriken ska två verksamheter behandlas: Den ena emanerar från klientorganisationen RSMH och benämns Sesam. Den andra utgår från en träfflokal – EMMA – i Stockholm och initierades av hemtjänsten och RSMH. Båda erbjuder deltagarna en meningsfull vardag med umgänge, stöd och utvecklingsmöjligheter. Båda fäster stort avseende vid att de besökandes behov ska stå i centrum och att nyttjarna också ska styra verksamheten. Båda verksamheterna stimulerar till en fortsatt utveckling som för långt bortom vad som ryms i beteckningen "meningsfullt dagsinnehåll". Men utgångspunkten för båda verksamheterna har varit att hålla utsatta individer utanför institutionerna genom att, som en början till ett bättre liv, erbjuda just ett meningsfullt dagsinnehåll.

### SESAM – RSMH:S DAGVERKSAMHETER I SKARABORG

"Brukarstyrd dagverksamhet – från isolering till gemenskap".

Under den rubriken sprider projektledarna för Sesam en idé vidare som kommit från RSMH Skaraborg. Det handlar om en jordnära och vardaglig verksamhet, långt borta från institutionens kontroll eller från en kliniskt vetenskaplig verksamhet. Den är till nytta för brukarna och billig för kommun och landsting.

De flesta minns trollformeln i "Ali Baba och de 40 rövarena", med vars hjälp grottan med rövarens stulna skatter öppnade sig. Men kanske kan projektets namn lika gärna föra tanken till växten Sesam, vars frukt snabbt öppnar sig när den blir mogen.

Sesam är frukten av ett samarbete mellan i första hand RSMH Skaraborg och Landstinget Skaraborg. Landstinget och kommunen finansierar verksamheten, som styrs av dess utövare.

Verksamheten bedrivs inte på ett ställe vid vissa tidpunkter. Den kan snarare beskrivas som en process, som en rörelse av och för psykiatrins patienter. Det riktigt långsiktiga målet för verksamheten anges i Sesams folder: För ett öppnare Skaraborg!

Brukarstyrd gemenskap är kanske det viktigaste av målen för verksamheten, vid sidan av social gemenskap, meningsfull fritid och sysselsättning.

En verksamhet som utgår från RSMH, ställer naturligtvis inflytandet från brukarna i förgrunden. Det är de som använder verksamheten som styr den. Personalen fungerar snarast som en organisatorisk ram – den styr inte verksamheten.

Man är helt enkelt ute efter att skapa en träffpunkt i form av en dagverksamhet för människor som

- är utslussade från Falbygdsklinikerna (som minskat sitt platsantal från 782 till 203 under en femårsperiod),
- har varit i kontakt med psykiatrisk vård,
- känner sig ensamma,
- är i behov av och känner sig motiverade för verksamheten,
- anhöriga till människor med psykiska problem.

Sesam vill bygga upp ett nätverk av kamrater som stödjer varandra när krisen kommer eller när ensamheten känns för svår. De som vistas i Sesams lokaler får göra bort sig. Här får man vara arg, deppad, glad, uppsluppen. Fördomar mot psykisk ohälsa finns inte bara bland den så kallade allmänheten. De finns, hävdar Sesam-folket, även hos de utsatta själva. Därför vågar många inte söka nytt arbete. Därför "väljer" många att hålla sig undan i isolering från omvärlden. Sesam vill att både det omgivande samhället i Skaraborg ska öppna sig mot människor med psykisk ohälsa och att de själva öppnar sig mot samhället för att bli delaktiga i stället för utslagna.

Sesam i Skaraborg drevs som ett projekt år 1989. Modell för verksamheten var Sesam i Lidköping – en av ca 100 lokalföreningar inom RSMH i Sverige. Två lönebidragsanställda (90 % av lönen från länsarbetsnämnden och återstoden från primärvården i Skaraborg) kunde redan på invigningsdagen konstatera att den lägenhet projektet fått till sitt förfogande var för liten. De 56 gästerna; primärvårdsfolk med blombuketter i händerna och invigningstalande landshövding fick bege sig till den näraliggande kvartersgården för att utspisas med köttsoppa och hembakat bröd. Senare har Sesam använt sig av kvarterslokalen när man haft danser, fester, föreningsmöten i RSMH eller påskfirande.

Vid slutet av 1989 – "projektåret" – kunde Sesam i Lidköping summera det totala antalet besök till 2 173. Detta resultat visade att pilotprojektet i Lidköping verkligen skulle bli ett pilotprojekt, dvs. en verksamhet som skapar efterföljare. Det lyckade resultatet har lett till att projektet i Lidköping blivit ordinarie verksamhet, där kommunen betalar lokalhyran.

### Maten i centrum

Som nämnts är inte Sesam de sofistikerade metodernas projekt. En jordnära gemenskap är grunden och middagsmålet under dagen är en viktig del i verksamheten i lokalen. På morgonen får man säga till om man vill vara med vid middagsmålet. Det planeras tillsammans. Några går för att göra inköp, man lagar och äter maten tillsammans. Disk och städning är också gemensamma aktiviteter. Samtalen vid middagarna kan ibland föra tanken tillbaka till den tid då stora och små händelser dryftades vid familjens middagsbord. Vid 703 tillfällen under 1989 serverades måltider på detta sätt, alla betalda av medlemmarna i Sesam.

På eftermiddagarna ges tillfälle till studie- eller hobbyverksamhet. Utflykter till olika mål är populära. Man använder sig härvid av en hyrd minibuss.

Ofta anordnas möten av olika slag i samarbete med RSMH-Lidköping. Under första verksamhetsåret hade man 14 möten och 24 öppet-hus-kvällar.

### Kontakter med vården

Den psykiatriska dagcentralen har vid ett flertal tillfällen "skolat in" patienter på Sesam. Efter ett tag har patienten lärt känna verksamheten och känner sig trygg nog att gå dit själv. Andra patienter – hos de psykiatriska öppenvårdsteamerna – rekommenderades att bege sig till Sesam.

För varje tillfredsställt behov öppnar sig nya. Sålunda ser såväl kommunens folk som de utslussade patienterna behov av ett utvidgat Sesam – det räcker inte med dagverksamhet. Sesam-folket skissar nu på en utvecklad dagverksamhet med följande rubriker:

- Sesam dagverksamhet,
- Sesam jobb,
- Sesam personutveckling,
- Sesam utbildning,
- Sesam bostad.

"Sesam jobb" ser man som en verksamhet mitt emellan Samhall-arbete och arbetsterapi. Många RSMH-medlemmar slås ut av den höga arbetstakt som Samhall måste hålla på grund av minskade statsbidrag. Arbetet ska kunna täcka behov av heltidsarbete med marknadsmässiga löner, men ska också kunna fungera som sysselsättning eller hobbyarbete för personer med förtidspension.

I "Sesam personutveckling" ska individen lära sig att se sina möjligheter att utvecklas själsligt, kroppsligt och ekonomiskt.

"Sesam utbildning" samarbetar med Grundvux, Komvux och AMI-S. Även ABF och folkhögskola ska vara med i verksamheten.

"Sesam boende" ska tillgodose utsatta människors olika bostadsbehov (kollektiv, grupp- eller övergångsbostäder).

Två personer har kunnat anställas med hjälp av pengar från Allmänna arvsfonden, för att utveckla Sesam-idéerna och att sprida dem i och utanför länet. Utvecklingen har varit så snabb att Sesam "har växtvärk". Sammanlagt 13 anställda inom de olika lokala Sesam-grupperna behöver en administrativ apparat.

Nu sprider sig Sesam-verksamheterna över Skaraborg: Två nya Sesam-projekt startade under 1990. Målsättningen är 17 Sesam-lokaler – en i varje kommun i länet. Verksamhet planeras i Falköping, Tidaholm, Skövde, Skara, Habo och Mariestad m.fl. orter.

## TRÄFFLOKALEN EMMA I STOCKHOLM

I början av 1983 började den gamla kafélokalen i Hökarängen få nytt liv. Personal från socialdistriktet ville pröva olika sätt att samarbeta med psykiatrin och att utveckla arbetsmetoder inom socialtjänsten med socialt och kurativt innehåll. Arbetet skulle bedrivas i direkt samverkan med klientorganisationer.

Nu är EMMA kanske ett av de mer omskrivna och studiebesökta sociala projekten i Sverige.

De första som tog den gamla kafélokalen i besittning hade inga vårdideologiska utgångspunkter, inga avgränsade målgrupper definierade i termer av diagnoser eller problem, absolut inga behandlingsmetoder och ingen definierad målsättning (att bli frisk, att få arbete) när det gällde målgruppen. Man vände sig till ensamma och isolerade människor, oberoende av vilken vårdorganisation de eventuellt tillhörde. En nästan filosofisk fråga ställdes alldeles i inledningen: "Vad behöver människan?" Uppenbarligen hade varken psykiatrin eller socialtjänsten kunnat ge några svar på den frågan som kunde omsättas i praktiken när det gällde dess patienter och klienter.

Till kaféet kom – och kommer – människor med blandade erfarenheter. En del har psykiatrisk institutionsvård bakom sig, andra har haft kontakt med socialtjänsten. Åter andra kommer bara för att de vill ha kontakt och gemenskap. Man valde målgrupp utifrån behov i stället för att utgå från symtom och blev på så sätt oberoende av vårdsamhällets bundenhet till sorteringsinstrument och därmed förknippad begreppsapparat. Gästerna behövde inte känna sig utpekade som psykiatriska patienter eller som tillhörande någon grupp i samhället med särskilda egenskaper.

EMMA var ett av de första projekten som omsatte en kritisk inställning till den etablerade psykiatrin i praktisk verksamhet. I stället för att låsas av behandlande ambitioner ville man möta den avvikande personen med respekt och förståelse, utan ambitioner att förändra vederbörande eller att betrakta henne som sjuk. Det gällde att *handla* sig ut ur sin livssituation, inte att *tala* sig ur den.

Detta rönnte uppmärksamhet och intresse från omvärlden, liksom att man varken skrevs in eller ut på EMMA. Någon registrering förekom inte. Gästerna fick själv bestämma om sin närvaro. De inslag av kontroll som de flesta gästerna hade stor erfarenhet av från såväl socialtjänsten som psykiatrin, gick inte att finna på EMMA. Här fanns inga formella "måsten".

Det fanns inte heller några särskilda personalutrymmen på EMMA. Personalen kunde inte skydda sig bakom skrivbord, rutiner, tidsbeställningslistor. De delade utrymmet på samma villkor som besökarna och tvingades därmed till en större förståelse för gästerna och deras liv. Detta bidrog också till det stora intresset för EMMA. Här fanns en verksamhet med en social sprängkraft, med en utmaning till mer traditionella arbetssätt. I allt väsentligt gäller dessa grunder för verksamheten än i dag.

Fler än femtio personer kommer dagligen till EMMA-lokalen. Många av dem är förhållandevis unga och personalen kan notera att uppemot femhundra personer lämnat namn

och adress till EMMA.

Av de 12 personer som arbetar på EMMA har flertalet varit med sedan starten. Gruppens sammansättning är varierad: Två verksamhetsledare (tidigare hemvårdsassistent respektive arbetsterapeut), en socialsekreterare, två sjuksköterskor, tre mentalskötare och fyra vårdbiträden. Personalen arbetar med alla uppgifter som gästernas behov aktualiserar. Ibland är man gruppledare, ibland värdinna. Ibland leder man studiebesök, ibland föreläser man eller handleder hemtjänstpersonalen i distriktet. Den som är värd eller värdinna finns i lokalen hela dagen, där han eller hon möter nya eller gamla gäster. Då ingår också handledning av gäster som åtagit sig någon uppgift i lokalen.

Man vinnlägger sig om att inte vara psykologiserande i mötet med den presumtive gästen. Man försöker vara öppen i förhållningssättet till gästen för att undvika låsningar i fasta förväntningar. Grundläggande för umgänget med gästen är att personalen inte kräver något i utbyte av den man försöker hjälpa. Förväntningar på "belöningar" för sin roll som hjälpare förekommer inte.

En annan utgångspunkt för bemötandet är att personalen inte kan ändra på något, även om man gärna vill att gästen ska bli "friskare", mer social eller mer anpassad. En grundtanke i arbetet är att man bara kan ändra på sig själv, inte på andra. En av målsättningarna för personalen blir då att skaffa sig kunskap om det sociala och kulturella sammanhang som gästen kommer ifrån.

Att invänta de resurser som gästen har, att tålmodigt låta tiden gå för att någon gång upptäcka resurserna, är ett annat grundläggande förhållningssätt hos personalen på EMMA. Att använda maktmedel bara för att man är övertygad om att något är bra för gästen, är helt bannlyst. Tålmod är en mycket viktig egenskap hos personalen.

Som tidigare nämnts vände sig EMMA-verksamheten mot de förstenade tankegångar och handlingsmönster som dominerat den traditionella institutionspsykiatrin. Personalen vill komma bort ifrån den "falska professionalism" som enligt psykologen Alain Topor styr den gamla psykiatrin, med telefontider, regler och föreskrifter, besökstid, läkarrond på bestämd tid, skrivbordet som en gräns mellan patient och personal, fasta rutiner etc. Professionalism för EMMA-personalen är att

...vara tillgänglig och fullt medveten om vad man gör, och med ett respektfullt förhållningssätt bemöta de människor som söker sig till EMMA.

### **Tvättmaskin och Turkiet-studier**

Det fortsätter att komma önskemål om studiebesök i en strid ström. En personal och en eller två gäster guidar studiebesökarna som släpps in varannan tisdag. Under 1989 togs 670 studiebesök emot på EMMA.

Varje vecka beger sig en eller två av personalen till slutenvårdsavdelningar på Södersjukhuset för att ta kontakt med de personer som är intagna där och introducera eller påminna

om EMMA. I samma syfte åker gäster och personal regelbundet till närmaste öppna psykiatriska mottagning, den i Farsta.

Personal från EMMA och en representant för kyrkan finns tillgängliga en kväll i veckan för rådgivning, öppen för såväl medlemmar som allmänhet.

Fester, utflykter, loppmarknad, matlag etc. planeras i samråd med gäster. Självklart kommer en del av förslagen om aktiviteter från gästerna.

Ett otal *grupper* har utvecklats i kafélokalen genom åren. I två anhöriggrupper träffar personal från EMMA närstående till medlemmar som är psykiskt sjuka eller som har missbruksproblem.

I en krisgrupp arbetar två anställda en och en halv timme per vecka, då de träffar människor i kris. Det kan handla om förlust av en anhörig eller en hastig förändring av livssituationen.

Om någon kommer med ett förslag som anses värt att pröva och om behov verkar finnas för förslaget så formeras en grupp. På så sätt har det utifrån EMMA bland annat vuxit fram en resegrupp som startat en studiecirkel om resmålet: Turkiet. Det finns också promenadgrupp, måndagsgrupp för matlagning, tidningsgrupp, korgmålningsgrupp och textilgrupp där det stickas och sys en gång i veckan. En stor grupp är Tisdagssällskapet. Över tio gäster träffas där tillsammans med två personal vid behov för att diskutera det deltagarna har gemensamt, nämligen att alla tidigare varit patienter på mentalsjukhus. Här finns mängder med erfarenheter och gemensamma problem som måste bearbetas för att övervinnas.

I kafélokalen pågår ständigt en loppmarknad där böcker byter ägare och en gång om året ordnar man en större loppmarknad i lokalen. 1989 års loppmarknad inbringade ca 11 000 kronor.

Veckohelgerna utgör ett stort spöke för ensamma människor. På EMMA som på så många andra verksamheter märks det hur helgångesten börjar vibrera redan mot slutet av veckan. För att möta helgbehoven har EMMA startat ett helgkafé som drivs av intresseorganisationer och anhöriga. Det är öppet mellan 12.00 och 18.00. Lunch och kaffe serveras.

Verksamheten vid EMMA har en del av sitt rotsystem inom hemtjänsten, vilket för gästernas del bl.a. medför att de en gång i veckan får hjälp med städning av lägenheten av någon personal från EMMA. Åt denna verksamhet ägnar sig personalen 20 timmar per vecka. Många gäster tar med sig sin smutstvätt till EMMA, där de får hjälp av personalen att lägga i tvätten och att köra maskinen.

Personal från EMMA handleder vårdbiträden inom hemtjänsten, bland annat i ett distrikt med ovanligt många hjälptagare med psykiska problem. Handledningen sker i grupp. Syftet är att öka förståelsen för människor med avvikande beteende och för sina egna reaktioner inför – t.ex. rädsla – och föreställningar om psykiska störningar och människor med psykiska problem. Denna handledning anses ha fyllt sitt syfte. Det har också

underlättat arbetet. Bland annat har man diskuterat hur man handskas med misstänksamhet och misstro gentemot hemtjänsten.Handledningsgrupperna har också visat att det trots flera svårigheter är möjligt att samla en större grupp vårdbiträden en timme per vecka. Det man förlorar i vårdtid, vinner man i trygghet i arbetet.

Under senare tid har EMMA-medlemmarna kunnat glädja sig åt ytterligare en lokal, snett över gatan. Utrymmena behövs för de allt fler grupper som bildas kring olika teman.

EMMA har också införlivat tre lägenheter i sin verksamhet. I två av dessa bor gäster som bildat kollektiv och i den tredje bor en person med mycket lång vårdtid bakom sig. Om allt faller väl ut, kommer personen i fråga att överta hyreskontraktet.

Klockan 16.00 samlas Farsta-Vantör-sektorns *nattpatrull* i EMMAs kafé som är dess utgångspunkt. Under nattens gång, fram till klockan 08.30 åker den runt i tre socialdistrikt, hela tiden tillgänglig via mobiltelefon. Man besöker dem som söker hjälp – pratar och lugnar. Några kan följa med till kafét för att prata. Det är inte nödvändigt att vara patient eller klient för att få hjälp av nattpatrullen. Vem som helst kan kontakta den. Några journaler eller remisser skrivs inte. Nattpatrullen hälsar också på i EMMAs boendekollektiv, om någon så önskar.

### Trygghet och mening

Det är naturligtvis svårt att visa vilka effekter EMMAs verksamhet haft. Hur mäter man värdet av möjligheten att ha någon som lyssnar och försöker förstå? I vilka termer kvantifierar man mänsklig värme och gemenskap? Personalen hävdar att de gäster som ingår i Tisdagssällskapet – där deltagarna har långa vårdtider inom psykiatrisk slutenvård bakom sig - har fått ökade praktiska och teoretiska kunskaper. Deras självförtroende har vuxit i takt med att de fått vänner och bekanta. De ingår i ett socialt nätverk och betyder något för sin omgivning. Från att ha varit vårdobjekt har de blivit handlande och kännande subjekt med en plats, och därmed ett ansvar, i omvärlden. När Tisdagsgruppen hade pågått i två år hade endast en av nio deltagare återintagits på Långbro sjukhus. Antalet hemtjänststimmar för deltagarna har också minskat.

Personalen beskriver resultaten av EMMAs verksamhet genom att berätta om de personer som "framför ögonen på oss" utvecklats i positiv och konstruktiv riktning. Sådana berättelser ger mer för den intresserade än strukturerade genomgångar om arbetssätt, menar man på EMMA.

Det tidigare EMMA-projektet är nu en ordinarie verksamhet som fungerar som en länk mellan psykiatrin och socialtjänsten. På möten med företrädare för de båda vårdorganisationerna diskuteras livligt frågor om ideologi och förhållningssätt. Fortfarande är spänningen mellan olika inställningar till hur man ska handskas med människor och problem stor, företrädarna för de bägge vårdorganisationerna tänker och tycker olika. Det som EMMA en gång satte igång var en utmaning mot det traditionella vårdssamhället och verksamheten är det kanske fortfarande. Man har försökt återge deltagarna makten över sina egna liv. Som Alain Topor uttrycker det i boken "Dagarna med Emma":



- Det EMMA bland annat visar är att i de nya maktrelationer som utvecklats, utvecklades människorna till någonting annat än de "klienter" och "patienter" den traditionella socialtjänsten och psykiatrin skapat och lärt känna.







## 11. PSYKIATRISK REHABILITERING

I allt högre grad har psykiatrisk rehabilitering blivit en egen specialitet. I synsätt och arbetsmetoder har den alltmer avlägsnat sig från akutpsykiatrin. Något tillspetsat kan man påstå att om den behandlingsinriktade psykiatrin ser bakåt för att se orsakssammanhang, så ser rehabiliteringspsykiatrin framåt för att leta efter möjligheter för patienten att återvinna en plats i ett socialt sammanhang. När den behandlande delen gjort så mycket den kan åstadkomma, tar den rehabiliterande vid. I takt med att rehabilitering betonats och vuxit fram som en specialitet inom psykiatrin, har det dock visat sig att begreppen behandling och rehabilitering är svåra att särskilja i praktiken. De kan vara två aspekter av samma sak.

Två av verksamheterna i detta avsnitt, *Psykiatriska rehabiliteringskliniken i Jönköping* och *SÖREN* – en rehabiliteringsenhet som är verksam på Södermalm i Stockholm – är helt landstingsanknutna och fungerar som egna kliniker med psykiatrisk rehabilitering som specialitet.

### PSYKIATRISKA REHABILITERINGSKLINIKEN (PRE) I JÖNKÖPING

Den psykiatriska rehabiliteringskliniken i Jönköping (PRE) har utvecklat sin syn på rehabilitering, delvis med mönster från USA. Den är starkt utvecklingsoptimistisk. Det finns alltid hopp, alla har en möjlighet till utveckling. En person som insjuknar i en psykos ska inte behöva fastna som kroniker i en sjukhusmiljö.

Den optimistiska synen, utvecklad av klinikchefen som är psykolog, förenas med realistiska förväntningar på resultatet av arbetet. Klinikens personal inser att patienten kanske behöver stöd hela livet ut även om rehabiliteringen förlöper mycket bra. Synen på neuroleptika inom kliniken kan sammanfattas med att de flesta klarar sig med markant lägre doser än vad de får när de kommer till kliniken, men att lägre doser kräver en trygg miljö med ett nätverk som kontrollerar och stöder.

Respekt för patienten är en av verksamhetens grundsatser. Även de svårast sjuka måste respekteras som människor och erbjudas så mycket självbestämmande som möjligt. Sysselsättning och stimulans är rättigheter som tillkommer dem. De har rätt till stimulans och sysselsättning.

Utgångspunkten är följande: I ett visst läge av behandlingsarbetet med en patient har man nått så långt det går med dagens kunskap och metoder. Då blir arbetet med att ta vara på patientens "friska" sidor det viktigaste, med siktet inställt på att utveckla en social förmå-

ga hos patienten. Ett sådant arbete innehåller fyra olika faser:

1. bedömning
2. planering
3. genomförande
4. evaluering.

I *bedömningsfasen* strävar man efter att få en så fullständig bild som möjligt av patientens problem, symptom och svårigheter. Viktigast är dock att bedöma motsatsen; nämligen möjligheter och resurser hos patienten och i hans sociala omgivning. Enligt kliniken är det en demokratisk rättighet för patienterna att få sitt tillstånd grundligt utrett för att skapa bra förutsättningar för behandling.

Bedömningen ligger till grund för den *planering* man gör för varje patient, med syftet att sätta upp mål för hans fortsatta utveckling. En förutsättningen för att målen ska uppnås är att de är någorlunda konkreta och väl förankrade hos patienten själv. En målsättning som är uppgjord utan patientens medverkan och accepterande faller i bitar på samma sätt som en teori faller när den motsägs av verkligheten. Att målen inte förankrats hos patienten är ofta orsaken till att en rehabilitering misslyckas. Bristen på lyhörddhet för den som rehabiliteringsmålen gäller, straffar sig.

När behandlingen ska *genomföras* gäller det att ta vara på alla tillgängliga metoder, inte bara psykofarmakologisk behandling utan också social träning, psykoterapier som syftar till praktiska och nyttomässiga framsteg, träning i kroppskännedom, krisstöd vid hotande återfall och familjestöd. Samarbete med de anhöriga betonas av kliniken. I en framtid ser man att patienterna kan erbjudas *flera* valmöjligheter när det gäller boende, sysselsättning och socialt liv.

I den kliniska rutinen finns ofta inlagt metoder för att utvärdera insatserna. Vid PRE tar man stor hänsyn till resultaten från vetenskapliga utvärderingar av olika arbetsmetoder i rehabilitering. Om det saknas vetenskapligt stöd för ett visst arbetssätt, undviker man helst detta. Det är mer försvarbart från etisk synpunkt att arbeta i enlighet med metoder som visat sig värdefulla i vetenskapliga studier.

### Satsning på utbildning

Vid PRE tillmäts personalutveckling och utbildning ett mycket stort värde. Personal från PREs olika enheter träffas för att studera och diskutera psykiatrisk rehabilitering. Gruppen har gjort många studiebesök.

Eftersom verksamheten är starkt decentraliserad har arbetsledarna fått utvidgade uppgifter. För att stödja dem i sin nya yrkesroll har PRE organiserat speciell utbildning. Några exempel på utbildningar på olika nivåer:

- Ettårig avdelningsföreståndarutbildning,

- ettårig kontaktmannautbildning,
- "Kom vidare i vården" – studiecirkel på arbetsplatserna.

Alla utbildningar innehåller delar som handlar om

- kontaktmannaskap och omvårdnad,
- möte mellan vårdare och vårdtagare,
- lagarbete,
- omvårdnadsplaner,
- förändringsarbete.

I utbildningsinsatserna försöker man hela tiden bredda vägen för att den "tysta kunskap" som finns inom psykiatrin ska ges utrymme och kläs i ord. Det yttersta målet med utbildningen är att patienten ska få det bättre.

Inom kliniken finns en stor medvetenhet om värdet av god renommé och därmed sammanhängande god publicitet. Gentemot massmedier har man visat så stor öppenhet som möjligt och publiciteten kring verksamheten har bidragit till att skapa stolthet i arbetet.

Kliniken håller sig också med ett informationsblad med egen logotyp. Det utkommer varje månad och är avsett att skapa en bra "image" och att ge allmänhet och vårdgrannar inblick i hur kliniken fungerar. Bladet har ett brett innehåll från matrecept över intervjuer med medarbetare till översiktliga presentationer av arbetssätt på de olika enheterna.

Kliniken har 95 tjänster. De besätts av ca 130 personer som är verksamma på fyra avdelningar, ett rehabiliteringsteam och en socialpsykiatrisk avdelning.

### Rehab-enheterna

*Avdelning A* på Ryhovs sjukhus inriktar sig på att bryta passivitet och att ge grundläggande ADL-träning åt 13 manliga patienter med olika psykosdiagnoser. Gemensamt för de långvarigt psykotiska som vårdas här, är att de behöver individuellt avpassade rehabiliteringsprogram. Avdelningen tar också emot akuta psykos. Rehabiliteringen börjar omedelbart efter det att de akuta psykotiska symptomen klingat av. Behandlingstiden är minst sex månader. Patienterna återgår till eget boende, blir placerade på sjukhem eller går tillbaka till sektorsavdelning. Att inte lyckas "klara av" patienterna, drar undan grunden för avdelningens existens – så uttrycker sig föreståndaren om avdelningen. Kontaktmannaskap är centralt i sättet att arbeta. Man lägger upp en individuell vårdplanering i ett strukturerat träningsprogram. Särskilda vårdplatser i träningslägenhet finns.

Patienterna går till arbetsrehabilitering eller vistas på Ornässtugan – en före detta personalbostad med en mer hemlik miljö, där man lagar lunch och umgås. Det har visat sig att patienterna klarar av mycket mer än vad de brukar, när de väl kommer till en miljö som Ornässtugan som ju avviker från den gängse institutionsmiljön. Alla patienter är "insatta"

i ett aktivt rehabiliteringsprogram.

Eftersom man har en uttalad ambition att samarbeta med anhöriga gjorde man en undersökning av patienternas nätverk. Resultatet blev nedslående – många anhöriga fanns överhuvud inte med i bilden. En av slutsatserna var att personalen måste ställa upp i rollen som familj eller bästa vän, även efter det att patienten flyttat ut från institutionen.

Avdelningens aktiva och optimistiska inställning till rehabiliteringsmöjligheter är förmodligen förklaringen till att så pass många som ett femtontal personer kan söka en tjänst som annonseras ut.

På *avdelning B* vårdas tolv yngre, kvinnliga patienter, också de med psykosdiagnos. Målet är att via en långsiktig och noga planerad rehabilitering få ut patienten i ett liv i samhället eller till en återknuten kontakt med vårdhem eller sektorsavdelning. Varje patient har sin kontaktman som står för kontinuitet både gentemot patienten och dennes anhöriga. En miljöterapeutiskt anpassad boendeträning sker i en villa inom sjukhusområdet.

Tolv manliga s.k. särskilt vårdkrävande patienter – de flesta är dömda till vård eller s.k. 0-fall – vårdas på *avdelning C* på Ryhov. Målet är att reda upp patientens tilltrasslade situation och att motivera patienten till att klara ett liv i samhället. Även här har varje patient en kontaktman som ägnar stor tid åt patientens sociala problem, såsom ekonomi, bostad och utbildning.

Personalen är medveten om motsättningen mellan att övervaka patienterna och att ge dem behandling. Genom att energiskt arbeta för patientens motivation att delta i behandlingen försöker man överbrygga motsättningen.

– I stället för galler, bygger vi relationer!

Så sammanfattas avdelningen sin inställning till de "svåra" patienter den ska hjälpa. Eftersom patienterna är dömda till vård och inte har något alternativ har de, enligt avdelningens policy, också *rätt* att få en vård som försöker balansera de förluster patienterna erfarit tidigare i sina liv.

Man förlägger så många aktiviteter som möjligt utanför avdelningen, exempelvis till träningslägenheten inne i stan, utflykter och studiebesök. Man har även genomfört semestertesor med patienterna med goda resultat.

Utöver medicinering innehåller behandlingen samtal med psykolog, men kanske mest verksamt i behandlingen är det dagliga umgänget på avdelningen. Personalen fungerar som "idealbilder" eller modeller för patienterna. Genom sina exempel visar de på alternativa sätt att vara.

Det finns ingen plats på avdelningen för fördömanden av patienterna för vad de gjort i sina liv. Utan förmåga till medkänsla anses man inte duga till kontaktperson, förebild eller "pappa". Ibland utvecklas sådana far-son relationer mellan personal och patient.

Behandlingsenheten *Gnistan*, en före detta personalbostad, har 16 platser för kvinnliga och manliga patienter med psykosdiagnos, alla relativt unga. De flesta har kommit ur sin psykos, men har fortfarande svåra störningar. Namnet syftar på den gnista som kommer från tändstiftet och som får en motor att komma igång. Patienterna kräver stora vårdresurser och lång rehabilitering. En outvecklad förmåga till självständigt handlande och grava kontaktstörningar är ett par av de symptom som är typiska för patienterna. Till denna enhet är klinikens enda psykolog (utöver klinikchefen) nära knuten, liksom en av klinikens två kuratorer. Även arbetsterapeut – det finns fyra inom kliniken – arbetar nära enheten. Skötare på *Gnistan* har kontaktmannautbildning.

Ett Kirkegaard-citat på en vägg tjänar som en guide in i de idéer och attityder som styr arbetet på *Gnistan*:

- Att hjälpa är villighet att tills vidare finna sig i att inte förstå vad den andre förstår.

Behandlingen genomförs i två hus med vardera fyra trerumslägenheter. Målet är att patienten ska kunna gå från en hög omhändertagandenivå till allt lägre. Alla har eget rum med telefon. I källaren finns tvättstuga. Frukost och middag får de själva klara av. Personalen finns till hands i en baslägenhet på *Gnistan*.

Behandlingen innehåller psykofarmaka, terapi i olika former, kroppskännedomsträning och individuell arbetsterapi. Social och ekonomisk planering liksom en intensiv social träning är obligatorisk.

Efter utskrivning följs patienten upp av enheten som erbjuder dem att ingå i en grupp där utskrivna patienter och en personal träffas var fjortonde dag. Avdelningen är en del i de utskrivna patienternas nätverk.

Den *socialpsykiatriska avdelningen* har planeringsansvaret för patienternas placering på enskilda vårdhem och landstingets sjukhem i länet. Genom besök på de olika vårdhemmen gör man bedömningar och uppföljningar av patienterna.

På *avdelning 32* vårdas 20 gravt psykiskt handikappade patienter i en hemlik miljö. Avdelningspersonalen samarbetar med psykolog, kurator och arbetsterapeut för att kunna erbjuda en miljöterapeutiskt inriktad träning för att upprätthålla eller höja patientens funktionsnivå. Även här arbetar man med kontaktmannaskap.

*PRE Rehab Team* är namnet på de tre personer som arbetar för att ge klinikens enheter en god psykiatrisk service. I ett utåtriktat arbete strävar de efter att höja den utskrivne patientens livskvalitet och naturligtvis vill de se till att återfall förhindras. Teamet motarbetar också ensamhet och isolering och uppmuntrar anhöriga att stödja patienten. Teamet deltar aktivt i utslussningen av patienter som kräver särskilt stöd och ansvarar för klinikens gruppboende. Teamet är också en kontaktlänk mellan patienten och andra resurser i patientens omgivning, som studieförbund, ideella organisationer och andra enheter inom vården.



## SÖDERMALMS PSYKIATRISKA REHABILITERINGS- OCH UTVECKLINGSENHET (SÖREN)

Avvecklingen av de gamla mentalsjukhusen är naturligtvis inte problemfri. Inte minst i Stockholm med stora och splittrade vårdorganisationer har det minskande antalet slutenvårdsplatser på Långbro och Beckomberga sjukhus gjort det svårt att finna motsvarande resurser och stöd utanför sjukhusen. Ansvar för det liv som patienterna hänvisas till, vilar på både kommun och landsting.

*SÖREN* – Södermalms psykiatriska rehabiliterings- och utvecklingsenhet – är en verksamhet som i samarbete mellan landsting och kommun vuxit fram i spåren av den successiva avvecklingen av Långbro sjukhus. Här har man försökt att samla resurser i en tidigare splittrad eftervårds- och öppenvårdsorganisation. *SÖREN* växte bokstavligt talat ur Långbro sjukhus, där man i sin tidigaste historia – 1986 – hade sina lokaler. När projektet övergick till fast verksamhet några år senare fanns lokalerna i närheten av patienterna - på Södermalm i Stockholm. *SÖREN* utvecklades till ett centrum för rehabiliteringen i den psykiatriska sektorn.

En målgrupp för verksamheten är de ca 150 patienter som med relativt tätt återkommande intervall vårdas i den psykiatriska slutenvården, men som anses ha möjlighet att rehabiliteras. Isolerade människor med mer eller mindre kroniska psykoser är en annan målgrupp för *SÖREN*. Personer med ett pågående missbruk eller som är i ett akut skede av psykisk sjukdom tas inte emot.

Drivkraften i verksamheten är att patienterna ska kunna leva utanför den psykiatriska slutenvården, så självständigt som möjligt, även om de behöver hjälp och stöd i och utanför hemmet.

*SÖREN*-teamet består av 8 personer (läkare, 2 sjuksköterskor, 4 mentalskötare, 2 arbetsterapeuter, kurator, sjukgymnast och psykolog). Till verksamheten har också knutits en musik- och danspsykoterapeut (mer därom nedan). Personalen träffar regelbundet hemtjänstpersonal som arbetar hemma hos *SÖREN*s patienter. Månatligen kallar man till ett större samarbetsmöte där folk från sektorns alla enheter och från socialtjänsten träffas för att diskutera vad som är aktuellt på *SÖREN*. Enskilda patienter tas inte upp på dessa möten.

### Dans och musik

En av grundtankarna bakom *SÖREN* är att det inte finns några skarpa gränser mellan behandling och rehabilitering. I verksamheten försöker man tillgodose individuella behov och främst stimulera personlig tillväxt. För varje patient formuleras under introduktionsperioden ett individuellt program som grundar sig på bedömningar av patientens behov och möjligheter. Planeringen för rehabiliteringen påbörjas redan när patienten befinner sig på någon av sektorns slutenvårdsavdelningar.

Utskrivna patienters problem består ofta i en inre splittring. De mår inte bättre av att ha olika vårdinstanser splittrade på olika ställen, menar man på SÖREN. Därför får patienterna också sin medicinska behandling tillgodosedd i SÖRENS psykiatriska rehabilitering.

Även om det finns ett individuellt program för varje patient är arbetssättet huvudsakligen grupporienterat och grundar sig bland annat på att patienten inte bara ska erbjudas stöd från omgivningen, han ska också möta krav. I gruppverksamheten vill man utveckla patientens sociala kompetens men också träna förmågorna inom ADL-området, dvs. att klara av vardagslivets praktiska, grundläggande sysslor.

Av olika grupperna kan nämnas textilgrupp, fotogrupp, sygrupp och en basgrupp som tre gången i veckan träffas för matlagning, gymnastik och utflykter. I matgruppen lär man sig hitta i livsmedelsbutiken, att ha koll på matpriser, att läsa recept och att laga mat.

De psykoterapigrupper man bedriver är ett uttryck för SÖRENS ambition att kombinera ett individuellt- med ett grupperspektiv. I några grupper står det talade ordet i centrum medan andra bedriver icke-verbal grupperapi.

Med utgångspunkt i antagandet att *psykoterapi i grupp* är möjlig och verkningsfull för dem SÖREN vill nå, träffas en grupp regelbundet. Utvecklingen har gått mycket långsamt. I början lyckades gruppledaren inte etablera någon tillit eller kontakt i gruppen. Klimatet var närmast autistiskt. Efter ett års arbete började frön till kontakt att skönjas mellan några av gruppmedlemmarna. Målet är att åstadkomma ett gruppklimat som möjliggör bearbetning och insikt. Vägen dit för patienter med lång och tung erfarenhet av psykiatrisk insitutionsvård, anses mycket svårframkomlig. Gruppen fortsätter att arbeta och gruppledaren har kvalificerad handledning.

En *musikpsykoterapeutisk grupp* träffas en dag i veckan i SÖRENS lokaler. Inriktningen är jag-stödande och psykosocialt uppbyggande. Musikpsykoterapeuten arbetar för att via musiken skapa gemenskap i gruppen och för att man ska lära sig uttrycka känslor på ett icke-verbalt plan. Med musikpsykoterapeutens egna ord:

- Musiken är det bärande språket. Det fungerar som ett mellanområde – ett lekområde – där individerna kan mötas och skapa relationer till varandra genom ett symboliskt språk. Musiken har i sig själv en inbyggd struktur och i denna struktur kan individen projicera sina känslor och upplevelser.

Psykoterapin bedrivs på två plan. Man kan lyssna till musik för att diskutera de känslor den väcker eller för att skriva en dikt eller måla till musiken. En mer aktiv form av psykoterapin visas när gruppen själv väljer instrument för att med hjälp av dem gestalta och uttrycka känslor som man upplever just då. Musikpsykoterapeuten arbetar med att strukturera gruppens aktiviteter.

I *danspsykoterapin* vill man utveckla kroppsmedvetande och öka medvetenheten om de inre spänningarna. Här erbjuds patienten ett alternativt uttrycksmedel, nämligen kroppsspråket. Som psykoanalysen arbetar med det fria associerandet i verbal form, utnyttjar danspsykoterapin den improviserade kroppsrörelsen som ett fritt associerande. Danspsy-

koterapeuten menar också att danspsykoterapin inbjuder till en regression, en tillbakagång i upplevelser, som kan sätta igång en terapeutisk process. En övertygelse som styr en danspsykoterapeuts arbete kan uttryckas så här:

- Om man ska klara av att skapa ett eget jag, måste man först ha ett kropps-jag.

Några av SÖRENS patienter har bildat en arbetskollektivgrupp som enträget och länge arbetat för att bilda ett kooperativ, till att början för att driva ett kafé. Svårigheter med att finansiera verksamheten har dock varit stora. Även bristen på utbildning i kooperativt arbete har lagt hinder i vägen för ett förverkligande av projektet.

### Duvan

Om den psykiatriska och psykosociala behandlingen har sitt huvudsäte i SÖRENS lokaler är dagcentralen *Duvan* (en del av SÖREN) en samlingspunkt där man tränar sig socialt och där man kan träffas fritt. Poängen med Duvan är att fylla det tomrum som kan uppstå mellan vård på institution och ensamhet i den egna lägenheten. Duvan vill främst nå människor med ett kraftigt reducerat socialt nätverk och som under lång tid har vårdats på psykiatriska institutioner.

Man måste vara nykter för att komma in på Duvan. Någon registrering av de dagliga ca 25 besökarna sker inte och allmänheten har också tillgång till lokalen. En av SÖRENS fyra mentalskötare är placerad på Duvan för att hålla i kaféerörelsen, gemensamma måltider och andra aktiviteter som utgår från träfflokalen.

Lokalen används också flitigt för mötesverksamhet. Sålunda träffas hemtjänstens personal och mentalskötarna inom projektet på Duvan, liksom samverkansgrupper mellan socialdistrikten och psykiatrin. Landsting och kommun delar på lokal- och personalkostnader för Duvan.

### Lägenheter

SÖREN har tillgång till fyra lägenheter. De är avsedda för 3–4 boende och fungerar med behandlingspersonal som en flerårig förberedelse för att bo i en egen lägenhet. Arbetsterapeuten gör konsultativa insatser och man samverkar med hemtjänsten.

Vid slutet av vistelsen förväntas patienten klara av något slags konstruktiv sysselsättning t.ex. arbete, studier eller dagvård. Behandlingstiden i träningslägenheten varierar från ett halvt till ett och ett halvt år.





## 12. ARBETSREHABILITERING

I detta avsnitt redovisas *Trivselhuset i Skellefteå* – en verksamhet som bedriver ett arbete som kan inordnas under rubriken arbetsrehabilitering. Vidare redovisas här också ett projekt *Arbete åt alla* – också det i Skellefteå – som går ut på att skaffa f.d. pateinter arbete.

### TRIVSELHUSET I SKELLEFTEÅ

Det började 1986 med en ansökan om statligt bidrag till en dagcentral för människor som skrivits ut från den psykiatriska vården. Ett stort engagemang från personalens sida och ett verkligt intresse från kommunens politiker och tjänstemän skulle bara på några få år resultera i en verksamhet med 56 personer i någon form av arbete i skomakeri, cafeteria eller centrallager. Detta är bara några av de verksamheter som vuxit ur Trivselhuset och ur dess kamratförening med 140 medlemmar.

Dagcentralen, som kommunen startade 1985, låg väl till mitt på busstorget och granne med posten i Skellefteå. Ur de 350 kvadratmetrarna som döptes till Trivselhuset, har det vuxit en mängd olika aktiviteter, omtalade på konferenser, utställningar och i massmedier.

Målsättningen var, som på så många andra håll, att utveckla vänskap och samvaro för att underlätta livet i samhället för utslussade psykiatripatienter och andra som vill och behöver ta del av verksamheten.

Som en idémässig grund för verksamheten formulerades en rättighetslista med bland annat rätten till kravlösa kontakter, rätten till social gemenskap och social träning och rätten till meningsfull sysselsättning och arbetsuppgifter som förberedelse till arbetsmarknaden.

För att uppnå dessa rättigheter används en grundläggande tanke om att bygga på det friska och en medvetenhet om allas lika värde. Ett annat medel i arbetet på att uppnå rättigheterna är ett nära samarbete med i första hand den psykiatriska organisationens olika verksamheter. På Trivselhuset har man aktiviteter som brukar finnas på dagcentraler, som matlagning, bakning, studiecirklar och biobesök. Men man har tagit målsättningen om sysselsättningsskapande aktiviteter på djupaste allvar och driver en mängd verksamheter vid sidan av de traditionella.

I centrum har funnits en stabil kärna av fyra heltidsanställda rehabiliteringsassistenter i huset och en projektledare inom socialförvaltningen. Ytterligare en person arbetar på

heltid i huset avlönad av hemtjänsten.

Två kvällar i veckan har man kvällsöppet och öppethållandet på veckohelgerna svarar gästerna själva för.

### **Minilivs, skomakeri och centrallager**

Från Trivselhuset har ett rikt grenverk av meningsfulla aktiviteter vuxit fram. Kamratföreningen som bildats på Trivselhuset driver under eget ansvar cafeteria som är öppen för allmänheten och som kan sägas vara husets hjärta. Där kan man knyta kontakter och "titta in" utan att någon ställer krav. Även lunchserveringen handhas av kamratföreningen. En andra kaféörelse drivs av kamratföreningen på psykiatriska kliniken i Skellefteå, dit patienter på kliniken kan bege sig. Sommartid har föreningen servering i en barack i lasarettsparken.

Tvärs över gatan ligger posthuset. De 200 personer som dagligen slinker in på personalcafeteria där, stod i slutet av 1990 utan någon som ville driva deras fik. Trivselhuset slog till. Nu är man alltså engagerad i ytterligare en cafeteria. För dem som dagligen arbetar på postens personalcafeteria innebär det ett kort men viktigt steg ut från själva huset. En av Trivselhusets personal finns alltid med som handledare på postcafeteria. En av husets medlemmar får ersättning från Försäkringskassan på halvtid för att arbeta i postcafeteria. Ytterligare tre medlemmar från huset "går över" dagligen till posthuset för att efter förmåga hjälpa till på serveringen.

"Slumpboden" heter en affär i Trivselhuset, som också den drivs av kamratföreningen. Här säljs nya och begagnade varor av allehanda slag. En ständig loppmarknad kan man kanske kalla den. Boden fungerar som en mycket viktig brygga in i huset. Många som kanske tvekar inför tanken att gå in i huset och begära medlemskap kan gå in i boden och kolla på varor, som ett sätt att försiktigt och utan krav, närma sig Trivselhuset. Skötsel och försäljning i butiken skapar sysselsättning för medlemmarna och vinsten av försäljningen går till kamratföreningens kassa.

Kamratföreningen driver också kiosk och minilivsbutiker på två servicehus i Skellefteå. Medlemmar som kommit en bit på vägen i sin rehabilitering kan fungera som föreståndare och ansvara för inköp och service i butikerna. Fördelen för Trivselhuset är förstås att medlemmarna får en meningsfull sysselsättning i en miljö "ute" i samhället. Därtill kommer att dessa båda butiker har avlastat hemtjänsten eftersom pensionärerna i servicehusen i större utsträckning nu själva kan göra sin inköp.

Intäkterna från de verksamheter som drivs av kamratföreningen används till trivselfrämjande åtgärder. Vinsten går tillbaka till medlemmarna. Exempelvis kunde en resa kraftigt subventioneras med dessa pengar. I styrelsen för kamratföreningen tillsätter medlemmarna ordförande, sekreterare och kassör.

Till Trivselhuset kan man komma för att lämna in sina skor för klackning. Där finns nämligen ett skomakeri – en verksamhet som startade som en följd av att en medlem

tidigare varit skomakare. Några andra medlemmar med intresse för läderarbeten arbetar också där. Huset inrymmer också en textilverkstad där man syr förkläden, väskor, kuddar, gardiner, nallar och mycket annat.

Kommunen och flera ideella föreningar beställer tryckjobb på Trivselhusets offsettryckeri. Där aktiveras flera medlemmar som vill arbeta i grupp. Arbetsledare är en utbildad grafiker som för närvarande är arbetslös. Tryckeriet har blivit ett eget ansvarsområde på Trivselhuset.

Man utför också legoarbeten. Dessa kan kombinera behovet av att ha något för händerna med gemenskapen i en arbetande grupp. Ett enklare legoarbete är tillverkning av journalstickor som sjukvården förvarar sina journaler i. Den som vill utföra mer avancerade legoarbeten erbjuds sådana.

Tidigt visade det sig att flera av Trivselhusets medlemmar var musikintresserade. Ett tag därefter hade huset köpt in egna instrument som trakteras i en musikstudio i källarplanet, bland annat av en grupp som uppträder på servicehus och på konferenser.

Sommartid kan turister hyra cyklar av Trivselhuset i en lokal vid Mullberget (mer därom nedan). Där kan man också få sin cykel reparerad eller köpa sig en ny, om man så vill.

### Ännu ett steg

De första kravlösa besöken på Trivselhuset kan övergå till att man tar ansvar i cafeteria eller någon annan verksamhet. Detta kan i sin tur efter en tid övergå till mera arbetsliknande förhållanden inom ramen för någon av Trivselhusets åtta årstjänster av OSA (offentligt skyddad anställning), huvudsakligen förlagda till Mullberget. Nästa steg efter en OSA-anställning är utbildning i näringslivet eller annan anställning. Då har medlemmen kanske börjat med att delta i produktion för 5 kronor per timme i Trivselhuset, kanske fortsatt med arbete i kiosk eller cafeteria, först inom och senare utanför huset. Det sista steget ut är en OSA-anställning vid Mullberget.

Några kilometer från centrum, vid Mullberget, finns en 400 kvadratmeter stor lokal som en gång inhyste Lundbergs verkstäder. Trivselhuset sökte ett ställe där man kunde etablera en verksamhet som så mycket som möjligt liknade ett vanligt företag. Man hade kastat sina blickar på Lundbergs förra verkstäder och efter en hemställan hos kommunen kunde man i mars 1989 börja ställa Mullberget i ordning för det man hade i sikte, nämligen ett centrallager. Tanken var att kommunen kunde lämna in alla överblivna möbler, kontorstrustning, textilier och husgeråd.

Med stöd av handledare från arbetsförmedlingen jobbar nu här ett tjugotal personer med att reparera inkomna saker, klä om möbler, ta sig an legoarbeten från industrin m.m. Med hjälp av en persondator håller man koll på vad som finns i lager, vilka priser varorna har och andra uppgifter. Målet är omsättning av varorna och inte förvaring, även om långtidsförvaring av möbler är en gren av Trivselhusets verksamhet. De tre bilar, som kommunen ställt upp med, kör runt i bygden för att hämta och leverera varor. Man



har tecknat avtal med socialkontoret om mattransporter mellan servicehusen. Dessutom utför man flyttningar och andra transporter. Socialkontorets och psykiatrins 15 tjänstebilar ges service på Mullberget.

Av de cirka 150 personer som Trivselhuset på ett eller annat sätt har kontakt med är 56 personer sysselsatta (början av 1991) med någon form av arbete – allt från några timmar i veckan upp till heltid.

Trivselhuset har arrangerat egna seminarier om handikapp, äldreomsorg och psykiatri och man har deltagit vid mässor, konferenser och seminarier på andra håll. Så det löper många trådar från Trivselhuset till omvärlden. Kundkontakt i cafeterior och butiker, möten med den strida strömmen av studiebesökare från när och fjärran, träffar vid möten och seminarier - allt har erbjudit möjligheter att lämna rollen som patient för att kliva in i ett meningsfullt sammanhang i samhället. Självklart uppskattar medlemmarna Trivselhuset – liksom de anhöriga som bildat en anhörighetsförening (ISPS) med cirka 50 medlemmar.

Flera av de medlemmar som tidigare brukade läggas in på sjukhus ett par gånger per år, arbetar i dag och har klarat sig helt från inläggningar under 1–2 år. Några medlemmar har, efter en sjukperiod på upp till tio år, kunnat återgå till sina tidigare anställningar.

Den psykiatriska rehabiliteringsgruppen i Skellefteå tillskriver Trivselhuset en mycket stor roll för rehabilitering, när den påstår att den utan Trivselhuset inte skulle ha någonting att erbjuda patienter under rehabilitering.

Flera faktorer har bidragit till att man kunnat bygga upp Trivselhuset från en värmestuga för en handfull personer dagligen till en avancerad och utvecklad verksamhet för rehabilitering och sysselsättning. Dock framhåller man att förståelse och engagemang från kommunens tjänstemän och politiker varit en starkt bidragande faktor till utvecklingen.

Inom Trivselhuset hyser man nu stor oro för att OSA-tjänsterna ska försvinna och att de som sysselsätts inom kaféerna, på centrallagret osv. ska ställas utan sysselsättning. Orsaken är att OSA-tjänster formellt sett är avsedda för missbrukare – en diagnos som inte entydigt kan sättas på de medlemmar som arbetar i Trivselhusets OSA-tjänster.

## **ARBETE ÅT ALLA – LO OCH LANDSTINGET I SKELLEFTEÅ**

Det här projektet har döpts efter en paroll, utslungad i politiska debatter genom åren. Den har synts på tusentals plakat, burna av 1:a majdemonstranter ända sedan arbetarrörelsens födelse.

Arbetarrörelsens paroll "Arbete åt alla!" har givit namn åt ett praktiskt instrument i Skellefteå, en verksamhet för att finna arbete åt människor som behöver stöd och hjälp

för att finna ett arbete och att behålla eller få en plats på arbetsmarknaden.

Projektet hänger samman med den större satsningen "HälsLOsam i Västerbotten", där man utgår från det nära sambandet mellan människors hälsa och det jobb de utför. Ändå är "Arbete åt alla" en verksamhet utan stora organisationssystem med ett komplicerat mönster av boxar och pilar eller ett virvarr av referensgrupper och styrgrupper. Med en från omvärldens synpunkt förvånande framgång har flera, traditionellt betraktade som "svårplacerade" personer, kunnat erbjudas olika former av anställning. Mer om resultaten längre fram.

"Arbete åt alla" bärs praktiskt taget upp av en enda person som också är spindeln i nätet i ett samarbete mellan

- arbetsförmedlingen
- försäkringskassan
- socialtjänsten
- psykiatrin
- LO-distriktet.

Nämnda instanser diskuterade i början av 1989 behovet av ett handfast individinriktat arbete för att hjälpa människor med sociala eller psykiska problem till en anställning.

Innan projektet kom igång hade psykvården stora problem när patienterna skulle slussas ut. Utslussning till vad, frågade den sig. Behovet av meningsfull sysselsättning blev allt större i takt med att institutionerna tömdes och psykiatrin orienterade sig åt öppenvårdsarbete. Arbete sågs som en omistlig del av en bra rehabilitering.

Parterna i projektet pratade sig samman och formulerade följande målsättning:

- att hitta lämpliga och permanenta arbeten med kamratstöd för människor med psykiska och sociala handikapp,
- att bättre koordinera insatserna mellan arbetsförmedlingen, försäkringskassan, LO, socialtjänsten och psykiatrin,
- att genom projektet hitta nya och effektivare vägar för olika samhällsinsatser.

Sedan landstinget tagit på sig det ekonomiska ansvaret för en projekttid på två år och LO lovat ställa upp som arbetsgivare, började man söka efter en person som kunde omsätta målen i verkligheten.

En vårdag 1989 tog Arne Arvidsson sitt rum på Folkets Hus i besittning för att sätta igång arbetet som – med hans egna ord – går ut på "att bry sig". Arne har bred erfarenhet av arbetslivet och av fackligt arbete och har själv, efter en nackskada känt på hur det är att leta efter jobb. Någon erfarenhet av psykiatriskt eller socialt arbete har han inte, men väl av byggsvängen.

Arne ägnade sin första tid som projektledare åt att prya inom socialtjänsten, psykiatrin, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Han ville lära känna personalen och deras sätt att jobba och tänka. De personliga kontakter som kunde knytas då, visade sig mycket värdefulla när väl Arne kom ut på fältet för att hjälpa folk till jobb.

### Kontakten med de sökande och företagen

En gång i månaden träffas en arbetsgrupp med representanter för alla projektets partners. Då diskuterar man vilka personer som projektet kan hjälpa till arbete. Initiativet behöver inte tas via arbetsgruppen. Personal från någon av de medverkande organen liksom personer som vill ha hjälp kan ta kontakt direkt med Arne utan att ta vägen över arbetsförmedlingen eller någon annan i arbetsgruppen.

Färdigrehabiliterade personer med psykiatrisk vård bakom sig erbjuds ofta en första arbetsträning på *Trivselhuset* eller *Mullberget* (se ovan).

Efter det att en person noterats som arbetssökande träffar Arne personen i fråga och den som aktualiserat honom eller henne. Det kan vara en arbetsförmedlare eller en skötare från psykiatrin. Här berättar den arbetssökande om sig själv, sina arbetslivserfarenheter och sina önskemål. Det som kommer fram då, kan ge Arne associationer om företag i bygden som kan kontaktas. Under de första samtalen reder man också ut problem som behöver vara med i bilden när man söker arbete. Det kan gälla allt från krav på antabus för alkoholmissbrukare till hur man kan ordna lunch och matsäck under arbetsdagen på den tilltänkta arbetsplatsen. Efter det första samtalet tar Arne kontakt med den arbetssökandes arbetsvägledare på arbetsförmedlingen och berättar vad man har kommit fram till och vilket eller vilka företag som man vill kontakta. När Arne ringt företaget och berättat om projektet och att han har en person som är intresserad av att arbeta där, avtalar han om tid och följer med den arbetssökande på den första träffen med företaget.

Före besöket gör Arne och den arbetssökande upp om vad de ska berätta för arbetsgivaren. När de väl är där, berättar den arbetssökande själv, men Arne finns som stöd i bakgrunden.

Om allt går som det ska, gör man upp om en månads arbetsträning. Arbetstiden per dag kan variera – fyra timmar är vanligt. När det gäller arbetssökande med psykiska problem kan det till en början handla om två timmar per dag.

Före den första arbetsdagen ordnas en fadder på företaget - en person som kan visa runt, stödja och arbeta sida vid sida med den nye arbeidskamraten. Faddern tar ett stort ansvar för den arbetstränande. Möjligheten att kontakta Arne finns hela tiden, till exempel om den arbetssökande inte skulle komma till jobbet.

I början gör Arne täta besök på arbetsplatsen – den första veckan blir det dagliga besök. Senare blir besöken glesare. Så småningom tar faddern helt över ansvaret att stötta sin nye kollega.

När en månad förflutit på den nya arbetsplatsen träffas arbetsgivaren, den placerade, Arne och den facklige företrädaren för att göra en avstämning. Företagets ska nu stakas ut mot bakgrund av hur det har gått, vad som felat och orsaken till det som varit mindre bra etc. Är det dags att skriva anställningsbevis eller ska man pröva ytterligare en månads arbetsträning? Man frågar sig också hur arbetsuppgifterna passar den placerade och om det finns anledning att byta – och i så fall – till vad.

### Rune fick jobb

I en rapport presenterar "Arbete åt alla" tre personer som levande exempel på hur man arbetar i projektet. Rune är en av dem. Han hade de senaste fem åren varit sjukskriven för psykiska problem, kombinerat med alkohol- och tablettmissbruk, aktualiserades via "Trivselhuset" (se ovan) där han arbetstränat ett tag. Innan han blir sjukskriven hade Rune arbetat inom verkstadsindustrin. Så här skriver man i rapporten:

"Arne ordnade så att Rune fick komma ut och arbetsträna på ett privat företag, till en början fyra timmar per dag.

Den första veckan gick han till jobbet varje dag, men under de följande veckorna var han borta från jobbet flera dagar per vecka utan att meddela.

Arne ryckte ut och gjorde hembesök de dagar han fick signaler om att Rune uteblivit från jobbet. Ibland resulterade detta i att han tog Rune med sig till psyket där han tidvis blev intagen. I samråd med Rune och personalen beslöt man att Arne under en period skulle hämta Rune om morgnarna och skjutsa honom till jobbet.

Trots detta uteblev Rune då och då från arbetsplatsen, under de perioder han bodde hemma. Han meddelade att han var sjuk, hade ont i ryggen och inte orkade med jobbet.

När Arne pressade honom erkände Rune att det tog emot att jobba eftersom han hade varit borta från arbetslivet så många år. Dessutom ansåg han sig inte ha någon anledning att jobba eftersom han var sjukskriven.

Under denna period var Rune försöksutskrivna från psykiatri. Efter samtalet med Rune tog Arne kontakt med läkaren som sjukskrivit honom och föreslog att han skulle friskskrivas.

Arne samlade också arbetsgivaren, faddern, facklige företrädaren, läkaren och ytterligare personal från psykiatri plus Rune till en träff där man skulle bestämma hur man skulle ha det fortsättningsvis. Under denna diskussion deklarerade läkaren att Rune skulle bli friskskriven från följande måndag. Arbetsgivaren lovade Rune fast arbete på heltid med början samma måndag. Ett lönebidrag på 50 % under två år utverkades från AF.

Rune fick vara kvar i tre dagar på psyket efter sin friskskrivning och började arbeta heltid på utsatt tid.

När detta skrivs har Rune arbetat prickfritt i fyra veckor, bor hemma och försörjer sig själv."

Av andra exempel som tas upp i rapporten framgår det att varje individ, med sina unika erfarenheter och problem, ställer krav på nya infallsvinklar och arbetsätt. Någon färdig mall förefaller inte gå att använda. Det tycks också som om det är mycket viktigt att det finns en engagerad person som känner till många vårdgivare, myndigheter och arbetsgivare och kan hjälpa till vid inslussningen i arbetslivet.

### Hur gick det?

Frågan i rubriken är lite tillspetsad eftersom "Arbete åt alla" fortsätter sin projektperiod när detta skrivs. I en inventering som gjordes våren 1989 fann projektet att 83 personer med psykiskt arbetshandikapp var i behov av – och kunde klara av – avlönat arbete.

Resultaten av verksamheten är svåra att mäta, men i reda siffror kunde Arne och hans samarbetspartners göra följande uppställning när projektet pågått i nio månader:

i arbetsträning, offentligt eller privat	12 personer
tillsvidareanställda, med eller utan lönebidrag hos privat arbetsgivare	9 personer
OSA- (offentligt skyddade arbeten) anställda med kamratstöd	8 personer
tillsvidareanställda hos landstinget	1 person
studerar på heltid	1 person
nyss aktualiserade, på väg att påbörjas	5 personer
tidigare aktualiserade som projektet jobbar aktivt med för att hitta ett lämpligt arbete	14 personer

Från psykiatrins sida anser man att projektet har haft stor betydelse, inte minst mot bakgrund av att psykiskt handikappade alltid varit en lågprioriterad grupp när det gäller sysselsättningskapande åtgärder. Inom psykiatrin har man noterat att det faktiskt "med mycket vilja, stöd och hjälp går att få ut denna grupp i arbete". En fördel, menar man, är att projektet utgår från individen och hans behov och att man har patientens möjligheter

– inte hans begränsningar – i förgrunden. Stor betydelse tillskriver psykiatrin också att patienternas kontakter när de skulle ha hjälp med att skaffa arbete begränsades till en enda person. Med Arne har patienterna känt sig trygga. En fördel är också, enligt psykiatrin, att Arne inte är "belastad" av någon lång erfarenhet av att jobba med psykiatriska patienter och är utan den makt som i patientens ögon tillkommer en företrädare för psykiatrin. Han har kunnat se på patienterna med fräscha ögon utan begreppsapparat eller diagnostiska föreställningar. Från psykiatrins sida understryker man också behovet av kraftinsatser i inledningsskedet när det gäller arbete – "för att överhuvudtaget komma igång". Att hitta ett arbete som passar patienten och att ha en god kontakt med arbetsförmedlingen och dess ledning, är förutsättningar för en lyckad arbetsrehabilitering.

*Socialtjänsten* i Skellefteå har genom projektet "fått en fungerande väg in på arbetsplatserna, via LO och facket". En fördel är att "Arbete åt alla" vänder på den traditionella situationen som utgår från arbetsgivarens krav och i stället ser till den arbetssökandes behov och möjligheter.

Tidigare saknades en länk mellan vården, arbetsförmedlingen och arbetsmarknaden, framhåller *arbetsförmedlingen*. Genom "Arbete åt alla" finns plötsligt den felande länken. AF har inte varit bra på att förmedla jobb åt de aktuella grupperna tidigare, medger man, eftersom det saknats resurser att hjälpa till på ett tidigt stadium av rehabiliteringen. Utan en fortsättning på projektet så kommer de här grupperna inte att komma in på arbetsmarknaden, understryker arbetsförmedlingen som också pekar på vikten av projektets koppling till facket i kontakterna med arbetsplatserna.

*Försäkringskassans* personal anser att de genom projektet fått hjälp att hitta sysselsättning åt de försäkrade. Man pekar på behovet av fortsatt uppföljning av och fortsatt stöd åt dem som fått arbete. Man noterar också värdet av projektledarens personliga engagemang och okonventionella arbetssätt.

LO pekar på projektets betydelse för medlemmarna, som dels får medvetenhet om och förståelse för problem som många människor har och dels får möjligheter att själva hjälpa till att i praktisk handling stötta en medmänniska. Detta har varit värdefullt, anser LO. Självklart lyfter man också fram värdet av kopplingen till facket och framhåller vikten av att personer som jobbar med arbetsplacering är fristående från institutioner och myndigheter.



## 13. FRIVILLIGORGANISATIONER OCH KAMRATSTÖD

Frivilligorganisationer tillmäts allt större betydelse för preventivt och rehabiliterande arbete på psykiatrins traditionella domäner. Med hjälp av bidrag och stöd från såväl kommuner som landsting tar patientorganisationer ett stort ansvar, inte minst för patienter som tidigare varit institutionaliserade. RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa) som tidigare i huvudsak arbetade inne på de gamla mentalsjukhusen arbetar i dag i åtskilliga verksamheter ute i samhället. I detta avsnitt presenteras verksamheter vars huvudmän är organisationer med ursprung utanför de offentliga vårdgivarna och vars syfte är mångfaldigt. Det kan handla om meningsfullt dagsinnehåll, om kooperativ, om kamratstöd, om opinionsbildning eller om en kombination av dessa.

*Fontänhuset* som drivs av Stiftelsen Vänskap och Arbete har ett aktivitetshus där en mycket viktig del av verksamheten utgörs av att slussa ut medlemmarna i arbete. *Club Lindormen* i Uppsala är en kamratstödande verksamhet som arbetar med ett meningsfullt dagsinnehåll och med kooperativ. Ett kooperativ – *Kobben* – emanerar ur en RSMH-förening. Slutligen presenteras också föreningen *Livgivarna* med anhöriga till patienter med psykosdiagnos som medlemmar.

### FONTÄNHUSET I MALMÖ

Inne på den mörka bakgården i Malmös gamla stadskärna hörs ett sprött plaskande. Ljudet kommer från en liten fontän som blygsamt pumpar sitt vatten längst ned i det jättelika schakt som de gamla husen runt omkring bildar med sina tunga tegelfasader. I dammen som omges av en prunkande grönska simmar guldfiskar oförtrutet runt. Fem-sex våningar ovanför den lilla plaskande fontänen öppnar sig en flik av himlen. En fin gammal gatlykta som kommunen skänkt lyser kvälls- och vintertid upp gården. I ett hörn finns ett uterum med infravärme.

I en portgång hittar man entrén till Fontänhuset som har sina idémässiga rötter i New York där Fountain House-originalet finns och från vilket en nästan världsomspännande rörelse vuxit.

Det gamla nedgångna huset på Engelbrektsgatan i Malmö, som bara för sex år sedan var glömt och förbommat skulle uppleva en nästan otrolig uppryckning och skulle bli ett av de främsta exemplen i den här delen av Europa på vad Fountain-House-rörelsens grundare verkligen menade med Fountain House.

Kanske bidrog det förhållandet att både sjukvård och socialtjänst sorterar under samma



huvudman i Malmö till att den lilla gruppen, som sedan 1983 velat ordna ett klubbhus för folk som lämnat den psykiatriska vården, redan något år senare fick ta över den gamla fastigheten i Malmö city och starta sin verksamhet. Villkoret som ställdes av initiativtagarna var att verksamheten skulle "rulla på" dvs. vara permanent och inte kallas för "projekt".

Att flera välkända Malmöbor från såväl näringslivet som sjukvården fanns med i Fontänhusets stiftelse – Stiftelsen Vänskap och Arbete – från början, försvårade väl inte heller möjligheterna att få hus och pengar till verksamheten. I stiftelsen finns också representanter för högskolor, universitet, LO-distriktet, Försäkringskassan, arbetsförmedlingen, kyrkan och psykiatrin.

Stiftelsen som förvaltade anslagen från Malmö kommun anställde den föreståndare som hösten 1984 kunde kliva in i det helt nedgångna gamla huset. Huvuduppgiften formulerades så här:

- Att skapa en plats där man har garanterad rätt att vara och som man har rätt att återkomma till.
- En plats där man har rätten och möjligheten att träffa vänner.
- Ett ställe där man har rätt att delta i ett riktigt arbete och få stöd till att komma till arbetslivet igen.

Dessa relativt enkla meningar är medvetet befriade från psykiatriskt språkbruk. Fortfarande förhåller man sig kallsinnig eller neutral till psykiatrin på Fontänhuset. "Vi gör vår grej, dom gör sin", tycks man mena och talar inte i psykiatriska termer utan bygger på nuet. *Bygger* i dubbel bemärkelse: att bygga och renovera blev den helt dominerande aktiviteten under de första åren. Fem år efter starten och efter ett oräkneligt antal arbetstimmar, med såg, hammare, murslev och pensel kan de cirka 100 medlemmarna glädja sig åt ett fint hus som de själv varit med om att bygga tillsammans med de sex anställda handledarna.

### Riktigt arbete – ingen terapi

Man har inte gjort det lätt för sig med principen om att allt som görs ska vara "riktigt" arbete. Något legoarbete eller terapiarbete vill man inte veta av. Det för tankarna till institutioner där man är patient. Här är man en självständig medlem med full inblick och medbestämmande i verksamheten. Steget från att vara klient på en institution till att vara fullvärdig medlem i en klubb är stort och kan i sig medföra väsentliga resultat.

Ombyggnadsarbetet är alltså praktiskt taget klart. Medlemmar och handledare har med bistånd av stadens fastighetskontor, totalrenoverat det gamla huset.

- Ett tag trodde vi nästan att uppgiften var att renovera hus i stället för att ge människor stöd att komma tillbaka till ett bättre liv.

Sådana funderingar hos klubbledningen blev naturliga efter flera års idogt arbete. Men detta arbete hade stor betydelse för att åstadkomma just det man ville, nämligen att hjälpa människor tillbaka till ett bättre liv. Ett dussin medlemmar har kunnat återgå till den öppna arbetsmarknaden. Ett tiotal har kunnat pröva de övergångsarbeten som man erbjuder på Fontänhuset och några medlemmar har påbörjat egna studier.

Allt sedan starten har Fontänhuset stått öppet för sina medlemmar varje vardag på dagtid – kvällsöppet på tisdagar. Även på söndagarna har medlemmarna kunnat söka sig till klubbhuset. Julaftnar och andra helger har kunnat firas tillsammans och ibland har man givit sig iväg till ön Ven för att campa.

### Huset och aktiviteterna

På femte våningen – överst i Fontänhuset – finns ett stort och trivsamt klubbrum med en modern braskamin och ett vackert piano.

En trappa – dvs. på fjärde våningen – finns ett mindre mötesrum, en välutrustad skolsal och ett rum avsett för studiebesök. I skolsalen bedrivs basundervisning i svenska, matematik, engelska och ADB-utbildning för medlemmarna. Även studiebesöksrummet utnyttjas mycket. Inte mindre än 5 000 personer beräknas ha avlagt studiebesök i Fontänhuset.

På detta våningsplan finns också tre gästrum och ett litet kök. Dessa utrymmen materialiserar Fontänhusets framtidsplaner. Man vill nämligen utveckla ett utbildningscentrum, avsett för människor som själva tänker starta liknande klubbverksamheter i sina hemstäder. Representanter för den stiftelse som finns bakom Fountain House i New York har noga följt utvecklingen i Malmö. Den anser att Fontänhuset i Malmö är mest lämpat att bedriva utbildningsverksamhet för kommande Fountain House-projekt i Sverige och kanske i Europa i övrigt. Tre utbildningsgrupper som består av vardera sex personer genomgår en treveckors utbildning varje termin.

Tredje våningen utgör något av hjärtat i huset med sitt stora och trivsamma kontor, med pipande datorer och smattrande skrivare. Ett 25-tal medlemmar arbetar dagligen här tillsammans med två handledare med bokföring, utskrift och tryckning av klubbtidningen, utskick av allehanda slag, översättningsarbeten m.m.

Ytterligare en våning ner finner man en stor och ljus matsal med plats för 50 personer och ett pedagogiskt uppbyggt kök där medlemmar arbetar med att laga mat till medlemsluncherna eller med att ordna middagar och andra större möten som går av stapeln här.

En reception, där medlemmar och personal "skriver in sig" varje gång de kommer till klubbhuset, tar emot besökaren på första våningsplanet. Här finns också telefonväxeln som alltid är bemannad när huset är öppet. På en stor anslagstavla, ibland inte olik ett postmodernt konstverk med pilar och streck, kan besökaren se allt vad som är på gång för dagen och en månad framåt.

Intill vaktmästeriet som också finns på första våningen ligger Fontänhusets egen second-

handbutik. Där kan man finna billiga kläder, husgeråd och annat. Butikens överskott används bl.a. till fester.

Under markytan finner man en rymlig tvättstuga, duschrum och en större verkstad. Denna utgör centrum för yttre och inre underhåll av det stora huset – ett åtagande som fastställts i hyreskontraktet. Några legoarbeten åtar man sig inte, även om verkstaden skulle vara lämpad för sådana.

Huset står alltså äntligen – efter fem års arbete – färdigt. Nu ser Fontänhusets hyresgäster fram emot att fullt ut koncentrera sig på att utveckla den psykosociala rehabiliteringen. Samarbetet med företagen i Malmö för olika rehabiliterande insatser står nu på dagordningen för att utveckla Fontänhusets speciella övergångsarbeten, dvs. tidsbegränsade arbeten för medlemmarna på den öppna arbetsmarknaden. Utgångspunkten är att medlemmen får avtalsenlig lön som helt betalas av arbetsgivaren. En handledare från Fontänhuset stöder medlemmen på olika sätt för att det sex månader långa övergångsarbetet ska utfalla på ett bra sätt. För att kunna stödja medlemmen lär sig först Fontänhusets handledare arbetet, som är av nybörjarkaraktär. Fontänhuset garanterar arbetsgivaren att arbetet utförs även om den anställde skulle utebli från arbetsplatsen. Antingen rycker då en annan medlem in eller också utför handledaren arbetsuppgiften. Detta system medför att pressen på den som har övergångsarbete inte blir så stor, samtidigt som det ger den hjälp och det stöd som han eller hon behöver och själv begär.

### Medlemmarna – livsnerven

Den som kommer till Fontänhuset träder inte in i en färdig verksamhet för att hitta en plats. En av de grundläggande principerna är just att verksamheten ska stå och falla med medlemmarna. Att den inte kan fungera utan medlemmarna skapar en delaktighetskänsla och ett ansvar som kanske är svårare att frammana i verksamheter som drivs vidare av anställd personal, oberoende vad som händer i yttervärlden.

Verksamheten drivs framåt och styrs av ett antal *arbetsgrupper* där såväl representanter för stiftelsen som medlemmarna ingår. Varje månad träffas medlemmarna för att utse fyra representanter som ska ingå i arbetsgrupperna. Arbetsgrupperna har namn efter vad de sysslar med: Budgetgrupp, personalkommitté, arbetsbyrå (håller i övergångsarbeten, se ovan), utåtriktad verksamhetsgrupp och verksamhetsgrupp. I den sistnämnda gruppen fördes långa och intensiva diskussioner mellan medlemmarna och professorn i socialt arbete (som ingår i stiftelsens styrelse) när man planerade att genomföra ett utvärderingsprogram för Fontänhuset.

I dessa arbetsgrupper tillsätter medlemmar, personal och styrelseledamöter sina egna representanter. Så här uttrycks i en skrift ansvarsfördelningen på Fontänhuset:

"Styrelsen har det övergripande ansvaret, föreståndaren det yttersta ansvaret för den dagliga verksamheten, men det innersta ansvaret delar alla som är involverade i Fontänhusets arbete."

Gruppen kring Fontänhuset har med olust noterat att antalet uteliggare i Malmö ökar. Nu planerar man att bygga upp ett boendeprogram, knutet till huset med målsättningen att skapa ett drägligt boende för de medlemmar som lever och bor under usla förhållanden.

Medlemmarna har i olika former uttryckt sina erfarenheter av Fontänhuset. De uppskattar värmen och den helt psykiatriska stämningen, att man deltar i ett arbetslag och lär känna andra i en meningsfull gemenskap. Här några röster:

- Värme är ett ord som jag förknippar med Fontänhuset. Det är alltid roligt att gå till jobbet, eftersom det är ett meningsfullt arbete. Och övergångsarbete tror jag på – det innebär en reell chans att komma tillbaka till arbetslivet.
- Fontänhuset liknar en riktig arbetsplats. Här har jag tränat upp mina gamla kunskaper och lärt mig nya saker. Jag har också fått nya vänner som jag träffar både i och utanför huset. När jag först fick erbjudandet om övergångsarbete som hotellstäderska, så ville jag inte. Men jag började att ersätta en annan medlem och märkte då att det inte var så farligt. Jag har arbetat i två och en halv månad nu och är beredd att fortsätta upp till sex månader. Det är bra att kunna visa upp skriftligt intyg på att man arbetat. Förutom jobbet (deltid) brukar jag komma till Fontänhuset en stund varje dag och dessutom går jag på kvällskurser i huset i engelska och bokföring.
- Fontänhuset är ett fint samlingsställe. I stället för att vara hemma hela dagarna och klättra på väggarna, är det bättre att göra en insats här. Det är lättare att hålla sig aktiv här. Jag är intresserad av övergångsarbete, så det är synd att det är så ont om dem.

Nu kämpar Fontänhuset för sin överlevnad. Nedskärningar i den kommunala budgeten har tvingat Fontänhuset att ropa efter en miljon kronor för att upprätthålla och utveckla verksamheten.

## **CLUB LINDORMEN I UPPSALA**

Kanske är Club Lindormen, med lokaler i tre plan i centrala Uppsala, den äldsta kamratstödande verksamheten i landet. Sedan 1978 träffas människor som drabbats av psykosociala problem på Lindormen. Ett av huvudsyftena är att mötet med Lindormen och verksamheten där ska öka självförtroendet och medvetenheten om psykosociala problem. Kamratskap, solidaritet och aktivitetsförmåga är några av de nyckelbegrepp som ligger till grund för verksamheten. Lindormen är ansluten till Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH).

Ett fyrtiotal personer kommer dagligen till klubben och totalt ett hundratal använder klubben regelbundet. De flesta av klubbens medlemmar är personer med lång erfarenhet av psykiatrisk vård.

Allt sedan starten fattas de viktiga besluten på klubbmöten. Demokratifrågorna tas på allvar på Lindormen. Varje medlem har förslags- och rösträtt på klubbmötena. Klubbmötet är föreningens beslutande organ men har delegerat en del frågor till styrelsen under årens lopp. Styrelsen utgörs praktiskt taget helt av medlemmar med patienterfarenhet. Endast en av klubbens personal ingår i styrelsen (kassören). För folket på Lindormen är det viktigt att aktiviteter inte initieras av andra, att inte personalen planerar och strukturerar verksamheten. Man lägger mycket stor vikt vid att medlemmarna tillsammans står för uppbyggnaden av verksamhet och aktiviteter. På så sätt kan alla känna sig verkligen delaktiga.

Medlemmarna kan inte nog understryka vikten av en fungerande demokrati på ett ställe som Lindormen. Att all verksamhet bygger på frivillighet är en självklarhet och det får inte finnas några inslag av press eller indirekt tvång. Man är också tveksam till aktivitet för aktivitetens egen skull:

- Aktivitet kan i vissa fall dölja problemen. Vi ska satsa på livskvalitet, för vår grupp och för andra.

Tre arbetsterapeuter som avlönas av landstinget hör till klubbens personal. Två fritidsledartjänster med lönebidrag ingår också i personalstaben.

Kommunen står för hyran och viss drift genom ett föreningsbidrag. Kommunens föreningsbidrag drygas ut med en medlemsavgift på 70 kronor.

Från klubben utgår ett rikt kontaktnät med omvärlden, inte minst som en följd av medlemskapet i RSMHs riks- respektive länsförbund. Klubben har också representation i kommunens handikappråd och i den lokala verksamheten i Handikapprörelsens centralkommitté (HCK). Klubben företräds också i psykiatridivisionens patientråd i landstinget. Dessutom deltar medlemmar i ABFs handikappkommitté, RSMHs läkemedels- och forskningsutskott, styrelsen för Baggensuddens behandlingshem (se avsnittet Behandlingshem), RSMHs förbundsstyrelse, dess socialpolitiska utskott m.m.

Studiecirkeln har av tradition en stark ställning på klubben – när den startade fanns två cirkelledare i huset, avlönade av ABF. Man har fortfarande två studieorganisatörer i huset, utsedda av klubbmötet. På senare tid har dessa medlemmar organiserat RSMH-cirkeln: "Av egen kraft", en cirkel i olika terapiformer, en konstcirkel, en botanikcirkel och inte minst en tidningsgrupp som alltsedan starten av verksamheten organiserats och fungerat som en cirkel. Gruppen ger ut en medlemstidning med fem nummer per år. "Lindormen", som är tidningens givna namn, har ett hundratal prenumeranter. I tidningen debatteras psykvården, sprids information om aktiviteter på Lindormen och publiceras också dikter och noveller av medlemmar och andra. Tidningen samarbetar med andra liknande klubbtidningar. Tidningsgruppen håller till i husets mellanplan där också RSMHs förbundsexpedition är inrymd. En kontorist arbetar halvtid bland annat med bokföring i ett av rummen på mellanplanet. Här finns också ett bibliotek och rum för studieverksamhet.

Det är inte bara cirklar som bedrivs på Lindormen. Insamlingskampanjen "Har du en

spänn till bussen?" ledde mycket riktigt till att man kunde köpa en buss som flitigt används till flytt hjälp, badutflykter, besök hos andra RSMH-föreningar, utställningar och kulturarrangemang.

En medlem har arbetat hårt under lång tid för att få igång en ungdomsgrupp. Målet är nått och gruppen träffas varje vecka, med allt fler deltagare.

I husets lunchservering, belägen högst upp, och som medlemmar tar ansvar för, kan man äta för självkostnadspris. Om någon medlem tillfälligt hamnar på sjukhus kan det uppstå en lucka i lunchserverandet, men snart nog har någon annan medlem ryckt in.

På det övre planet ägnar sig medlemmarna också åt konstnärlig och praktisk verksamhet. Här vävs och målas, här bedrivs bildterapi. Klubbens konstnärliga aktiviteter har resulterat i flera utställningar. Snickeri, verkstad och tvättstuga finns också på övre planet.

Även mötena på onsdagkvällarna försiggår på det övre planet. Då träffas man för att laga kläder och syssla med praktiska saker. Man fikar tillsammans och om diskussionen och samvaron kommer igång blir det sena kvällar.

Loppmarknader anordnas med jämna mellanrum. Medlemmar kan hyra ett litet gårdshus av klubben, där de kan sälja alla möjliga saker, mest kläder, till mycket låga priser.

Vid otaliga studiebesök har medlemmarna berättat om Lindormen och om hur de upplever sin situation och hur de skulle vilja ha sitt liv ordnat med bostad, arbete och fritidsaktiviteter. Ibland ger sig medlemmar ut till vårdskolor, psykiatriska kliniker och öppen-vårdsteam för att informera/berätta om klubben och dem som bär upp den.

För många medlemmar har Lindormen betytt att de kunnat bygga upp ett nätverk, att de fått vänner som de inte bara umgås med på klubben. Man går på bio tillsammans, bjuder hem varandra och skulle någon inte dyka upp när han eller hon väntas sätter man igång att söka. I stället för att gå till jourmottagningen när ångesten blir övermäktig, kan man sova över hos någon annan klubbmedlem. Nätverket av vänner gör att isoleringen bryts och att många återinläggningar kan förhindras.

### **Café Linden – ett kooperativ**

Studiecirkeln har, som nämnts, en stark ställning på Club Lindormen. Det var genom en studiecirkel i kooperativ verksamhet som idén och förverkligandet av Café Linden försiggick. Med hjälp av pengar från Allmänna arvsfonden och socialstyrelsen kunde man vintern 1986 slå upp portarna för sitt kooperativ.

Med hjälp av de anslagna medlemmarna kunde två personer – en arbetsterapeut och en skötare (75 %) – börja arbeta med att få igång projektet. Erfarenheten visar att det är svårt att förverkliga idéer om kooperativa verksamheter utan någon som mer eller mindre på heltid kan hålla i planeringen och projekteringen.

Huvudsyftet med projektet var att skapa meningsfull sysselsättning åt medlemmarna – sysselsättning som i bästa fall fungerar som en länk ut till den öppna arbetsmarknaden. Men målsättningen sträckte sig längre än så. Man ville genom arbetet utveckla metoder för arbetsrehabilitering och senare dela med sig av vunna kunskaper till andra kommuner. I målsättningen formulerades också tanken att i samarbete med kommunen få fram en mer omfattande planering för arbetsrehabilitering av personer med psykosociala handikapp. Vidare angavs det som ett mål att kooperativets aktörer så småningom ska fungera som handledare åt andra nystartade kooperativ.

Efter planeringsfasen satt de som var kvar av de ursprungligen intresserade i en tom kommunal lokal, med hyran garanterad av kommunen och med sin egen entusiasm som grundkapital. Gamla möbler samlades in, det slipades och målades i lokalen. Man lånade ut 500 kronor till en pott som gick åt till färg, sandpapper, mjölk, ägg, smör och kaffe. Här skulle bakas! Sakta förvandlades bilderna av kafét från fantasi till verklighet.

Vintern 1986 drog man igång på allvar. Av de 24 personer som på något sätt varit aktiva i kooperativet har sju personer numera anställning på öppna marknaden eller i skyddat arbete. Fyra av de 24 har hoppat av på grund av sjukdom och ytterligare tre har slutat i besvikelse över att verksamheten inte motsvarat deras förväntningar. Tre personer hoppade av när de kände att verksamheten ställde för stora krav på dem. De återkom dock som gäster och medlemmarna ingår i deras sociala nätverk. Av de 24 aktiva i februari 1986 återstår alltså sju efter fyra år.

De som arbetar i kooperativet har sjukpenning, sjukbidrag eller pension. Utöver själva kafét sköter kooperativet en varuautomat med kakor, godsaker, juice, youghurt m.m. Varje dag besöker man en vårdskola med 500 elever och lärare för att sälja ca 100 smörgåsar där. Inkomsterna används till att köpa matvaror till alla som arbetar i kooperativet. Lönen för arbetet består alltså av ett mål mitt på dagen och kaffe och bröd vid olika tidpunkter, månadskort på buss och ett riktigt födelsedagsfirande med egen önskad meny och födelsedagspresent.

Arbetstiderna varierar mellan 2 och 6 timmar om dagen fem dagar i veckan. I arbetsuppgifterna ingår att göra smörgåsar om morgonen och att senare åka till vårdskolan för att sälja dem. Att handla hem varor till nästkommande dag, att fylla på en smörgåsutomat, tömma kassan och att slå in smörgåsar till nästa dag är några arbetsuppgifter för eftermiddagen.

Arbetsuppgifter saknas alltså inte. Dessutom ska ju lokalerna vårdas och städas och i kaféts servering ska gästerna förstås ges service. Bröd och kaffe ska bakas och finnas tillgängligt. Man serverar lunch på kafét också, vilket kräver sina bemödanden.

Kooperativet strävar efter en beslutssituation där "en man en röst" gäller. Handledarna som arbetar i kooperativet har arbetat intensivt med varje medlem. De har försökt hitta en bra avvägning mellan att å ena sidan vara någon slags modell eller förebild som människa och att å andra sidan lära ut hur man klarar det vardagliga livet. Handledarna har försökt vägleda och påverka medlemmen när det gäller exempelvis samarbete, uthållighet, koncentration och att hålla arbetstider. De har också försökt att stimulera initiativförmågan hos kooperativets medlemmar – som under lång tid varit undantagna från regler som

är självklarheter i ett normalt liv.

### Den kooperativa utvecklingstrappan

Kooperativet ses på Lindormen som en möjlighet för individen att utvecklas på olika nivåer. Man tänker sig en trappa vars nedersta steg innehåller *självrespekt*. Nästa steg innehåller *självvillit*. På ett tredje trappsteg utvecklas förmågan till *samverkan*. På det sista trappsteget i utvecklingskedjan får man *yrkesarbete* och ett värdigt liv.

Kooperativet använder sig av behandlingsliknade modeller eftersom en del av medlemmarna har börjat arbeta inom kooperativet redan som inneliggande patienter. Andra har börjat att arbeta i kooperativet som den enda möjligheten att förhindra inläggning på sjukhus eller institution. Åter andra medlemmar har kommit till kooperativet direkt efter en sjukhusvistelse. Också patienter som inte klarat av arbetsträning vid AMI eller industriell arbetsterapi är en annan grupp som vänt sig till kooperativet.

På Lindormen ser man bildandet av en kooperativ ekonomisk förening som ett möjligt steg under förutsättning att minst fem personer är villiga att ställa upp i en sådan. Ännu så länge är alltså Café Linden inte ett kooperativ i ordets ekonomiska bemärkelse, dvs. en verksamhet som drivs inom ramen för en ekonomisk förening och som är självstyrande och självfinansierande.

### Hur långt har man kommit?

Även om man inte annat än i ett fåtal fall har nått upp till det högst satta målet, dvs. ett eget arbete på öppna marknaden, har kooperativets medlemmar utvecklats betydligt på det personliga planet. Bakom denna utveckling ligger delvis att man har fått ett nätverk av vänner bland såväl arbetskamrater som besökare.

Handledarna betonar vikten av att de har kännedom om gruppdynamiska och psykotera-  
peutiska förhållningssätt för att undvika att "gå in i" svårhanterliga processer – i stället hänvisar man i sådana fall till utbildade psykoterapeuter.

Nu ser man fram emot en träningssituation där en grupp medlemmar sköter kafét, en annan sköter försäljningen på vårdskolan och en tredje arbetar med tillverkning med lägre krav och en ökad handledning.

Man vill att kafét ska ha en fast anställd på lönebidrag. Kafét kan också ge en social träning före arbetsträning.

Gruppen undersöker nu möjligheten att starta en smörgåsbutik. I planeringen ingår också ett samarbete med försäkringskassan för att reda ut medlemmarnas arbetsrättsliga status och deras ersättning. Vidare vill man ändra Club Cafés juridiska status till kooperativ.



Ett märkbart kärvare kommunalekonomiskt klimat utgör, enligt gruppen, ett av de hinder som ligger mellan dagens situation och förverkligandet av målsättningarna för framtiden.

Handledarna konstaterar slutligen att de knappast kan överlämna verksamheten till medlemmarna efter tre år. De medlemmar i kooperativet, som har handikapp efter många års sjukhusvistelser, behöver många års träning i allt det som inräknas i det dagliga livet. Efter de fem år som Café Linden funnits har dock 80 % av de medlemmar som lämnat kaféverksamheten gått vidare i arbete på öppna marknaden, Ami, lönebidragsarbete eller till studier.

## ARBETSKOOPERATIVET KOBHEN I HANINGE

RSMH-Havsbandet finns i Haninge kommun utanför Stockholm. Så här skriver de:

- Vi går med stormsteg mot två tredjedelssamhället, där en tredjedel slås ut till priset av majoritetens välfärd. Vi vill genom Arbetskooperativet Kobben visa att minoriteten har resurser som kommer oss själva och alla till del. Ge oss möjligheter, så kommer vi att bevisa att vi har ansvar och makt över våra egna levnadsöden.

Efter bildandet 1987 utvecklades RSMH-Havsbandet mycket snabbt. På bara drygt ett år steg medlemsantalet från 6 till 118.

Medlemmarna i RSMH-Havsbandet gav sig själva möjligheter att ta ansvar för sina liv när de tog initiativ till att bilda ett arbetskooperativ. Två år efter starten år 1987 expanderar kooperativet. Självkänslan har ökat, dagarna känns meningsfulla, deltagarna är inte längre objekt för en vårdapparat, utan aktiva länkar i en verksamhet som behöver dem.

Samtidigt som en medlem gick en kurs i kooperativ projektledning genomförde 12 medlemmar en studiecirkel – "Handikapp och Kooperation". Detta ledde till att man mot slutet av 1988 registrerade arbetskooperativet Kobben. I ansökan om projektbidrag till Allmänna arvsfonden underströk man att medlemmarna for illa och att den offentliga vården inte kunde ge dem ett meningsfullt liv. De var tvungna att ta saken i egna händer.

Av stor betydelse för den positiva utvecklingen var att RSMH representerades i en samarbetsgrupp mellan socialtjänsten och den psykiatriska sektorn. Bland annat genom detta samarbete kunde en fastighet ställas till kooperativets och RSMH-föreningens förfogande. Dessutom anslogs pengar till en verksamhetsledare som anställdes av kooperativet. I Häggvillan – som kooperativets lilla hus kom att kallas – började kooperativet sin verksamhet med att förpacka borstar. Man hade skaffat en förpackningsmaskin för 12 000 kronor. Intäkterna användes till avskrivningar, transporter och mat. En av medlemmarna fick en beredskapstjänst som fastighetsskötare i Häggvillan. Kommunen har uppdragit åt arbetskooperativet att sköta de kommunala anslagstavlorna mot en ersättning om 1 000 kronor per tillfälle. Kobben sköter också adressregister för och utskick av kommunens

tidning.

Sedan flera av föreningens yngre medlemmar förklarat att de ville arbeta med datorer i kooperativet började man undersöka marknaden för s.k. desktop-jobb. Det innebär att man med hjälp av en dator utför grafisk formgivning av tidningar, broschyrer m.m. Gruppen kunde konstatera att det fanns en marknad för sådana arbeten samtidigt som den insåg att en inskolningsperiod var nödvändig om kollektivet skulle kunna gå in på marknaden. Den grupp inom Enskede-Skarpnäcks psykiatriska sektor (se avsnittet "Utvecklingsinriktade sektorskliniker"), som arbetar med kooperativ utveckling och bland annat driver ett tryckeri blev intresserad av ett samarbete med Kobben. Genom att få tillgång till kvalificerade lay-out original skulle tryckeriet kunna erbjuda sina kunder en bättre produkt.

Med hjälp av RSMHs riksförbund kunde lokalföreningen i Haninge så småningom kvittera ut 250 000 kronor från Allmänna arvsfonden. Därmed hade man säkrat pengar till projektledarlön och viss utrustning. Ytterligare 250 000 kronor skulle ställas till förfogande av Allmänna arvsfonden för kommande års verksamhet.

Ett halvår efter det att man fått bidraget från arvsfonden hade Kobben skaffat sig en orderstock på desk-toparbeten, värd 100 000 kronor. Landsting, kommun och kooperativa organisationer ville ha tjänster utförda av Kobben.

Kooperativets och RSMH-föreningens kontakter med omvärlden har kraftigt utvidgats genom verksamheten. Man tar emot studiebesök i en strid ström, man medverkar vid konferenser och kurser och efter uppmärksamhet i medier har allt fler tagit kontakt med Kobben.

### Arbete och kamratstöd

Bland de 40 personer som är engagerade i kooperativet, utgör 10 personer en "kärntrupp" av drivande kooperatörer. Från sommaren 1989 till vintern 1990 har Häggvillan tagit emot 2 368 besök. Huset har inte varit stängt en enda dag under den tiden.

Arbetet i kooperativet har gått hand i hand med kamratstödet som riktar sig till ett femtontal personer, som behöver kontinuerligt stöd för att inte hamna på någon institution. Blir det riktigt jobbigt kan man övernatta i Häggvillan. Detta har lett till planer på att starta ett pensionat som kan fungera som ett komplement eller alternativ till traditionell institutionsvistelse. Dessa planer bromsas dock av att utrymmena på Häggvillan är för små.

Några av Kobbens tidiga medlemmar har genom verksamheten kommit att stå på egna ben och har lämnat kooperativet för att söka sig fram på andra vägar.

Kobbens medlemmar menar att den kombination av delaktighet och ansvar som kooperativet erbjuder är oslagbart som medel för att växa ur sin roll som patient och vårdtagare och in i ett eget ansvarstagande.

Kombinationen av kamratstöd och meningsfullt, inkomstbringande arbete har alltså varit framgångsrik för RSMH-Havsbandet och Kobben. En av drivkrafterna i arbetet är en ideologisk medvetenhet och en vårdpolitisk diskussion som ständigt pågår i verksamheten.

Kobben hyser en mycket starkt tilltro till studiecirkelns förmåga att samla människor till ansvar och aktivitet. Bland annat via de många studiecirkelns genomfört har en vårdpolitisk medvetenhet vuxit fram som en viktig komponent i arbetet på kooperativet. I detta medvetande finns en kritisk hållning till det etablerade vårdsystemet. Man menar t.ex. att den hjälplöshet som fanns på de gamla mentalsjukhusen bara bytt skepnad i den "nya" psykiatrin som bygger på medicinering och storskalighet. På sjukhusens vårdavdelningar "kommer herraväldet och ansvaret över ens eget liv på skam, oavsett vårdideologiska program". Människor i kris, hävdar man, måste mötas med en miljöterapeutisk småskalighet.

Att både socialtjänsten och psykiatrin i Kobbens närhet nu ber om Kobbens hjälp och stöd för att möta människor med problem, har ökat självförtroendet i gruppen. Kobben gläder sig åt samarbetsinverkanerna och känner sig rustad att möta människor i kris. Till detta bidrar inte minst de kunskaper som vunnits inom det s.k. RASP-projektet, där RSMH och ABF gemensamt utarbetat en metodik för att möta människor i kris.

Kobben-gruppen är övertygad om att man kan åstadkomma underverk bara genom att visa att före detta mentalvårdspatienter skaffat sig ett målmedvetet program för att hjälpa andra att "växa i en kamratlig miljö".

Framtiden för Kobben är full av utmaningar och möjligheter. Man vill arbeta tillsammans med Västerhaninge folkhögskola. Idén om ett pensionat väntar på att förverkligas och tillsammans med försäkringskassan vill man erbjuda rehabilitering av människor tillbaka till arbetslivet. Den psykiatriska sektorn har inbjudit RSMH-föreningen och Kobben att medverka när den nu står i begrepp att bygga upp en behandlingsverksamhet i ett näraliggande bostadsområde.

Att som Kobben driva en intensiv verksamhet på en liten yta leder lätt till problem. Mindre vältaliga och högröstade personer har svårt att finna en egen plats i huset. Därför är det med stor glädje Kobben nu börjat se ett nytt hus som en möjlighet. Ett kommunägt 350 kvadratmeter stort hus, som skulle ha blivit behandlingshem, kan bli Kobbens.

Erfarenheten på Kobben visar att ett grafiskt projekt kräver en handledare som jobbar in sin lön. För att finansiera verksamheten har Kobben erbjudit fyra näraliggande socialdistrikt dagvårdsplatser för ett antal personer mot en kostnad av 100 kronor per person och dag.

## ANHÖRIGFÖRENINGEN LIVGIVARNA I NACKA

Vem tänker på de anhöriga till personer som drabbas av psykisk ohälsa? Vårdens intresse fokuseras av naturliga skäl på symptombäraren, patienten, medan de anhöriga alltför ofta lämnas åt sitt öde. Att ha en närstående som är psykiskt sjuk är att brottas med skuld-känslor, funderingar om vad man kunde – och borde – ha gjort. Man har svårt att förstå det nya sammanhang som den närstående hamnat i och känner oro för vad som ska hända. Vart vänder man sig som anhörig?

Anhörigföreningar för människor vars närstående behöver psykiatrisk vård, växer nu fram på allt fler orter i landet. I Nacka finns föreningen *Livgivarna* sedan 1985. Alla medlemmar är anhöriga till personer som lider av psykiska störningar och sjukdomar.

Föreningen vill vara ett stöd för anhöriga, öka kunskapen om psykiska störningar och verka för bättre kontakt mellan olika vårdorganisationer. De ställer också krav på politiker och tjänstemän för att komma tillrätta med den byråkratiska stelbenthet som får förödande effekter på patienterna. Självklart driver den också krav på en bra boendemiljö för de sjuka och med stöd till de anhöriga, för att de ska kunna hjälpa patienten att utveckla sina friska sidor.

Det svåraste i rollen som anhörig är, som man uttrycker det:

- att se den man älskar vara utlämnad åt "okontrollerbara krafter" som plågar och förvrider. Att följa en destruktion utan att kunna hejda förloppet. Att se det enorma lidandet.

Att – kanske långsamt – förlora kontakten med en närstående väcker självklart starka behov av att stödja och hjälpa samtidigt som man kanske inte kan – eller får – hjälpa till att lindra lidandet hos den som glider in i en psykisk sjukdom.

Anhöriggruppen arbetar för att anhöriga ska mötas av respekt av den psykiatriska vårdorganisationen och att de ska bli delaktig i vården av sina anhöriga. Den kräver också en fullödlig information om diagnoser, vårdinnehåll, planering och allt annat som har med patienten att göra.

Inåt arbetar gruppens medlemmar med att stödja varandra och diskutera sina olika livssituationer. Gruppen är ett forum där man kan "prata av sig", bland annat inom det kontaktnät man bygger upp. En anhörig lever, enligt gruppen, med en oläkt sorg och en smärta över att se nedbrytning och förvirring. Ständigt plågas den anhörige av oro för att vårdansvariga ska fatta ödesdigra beslut. Man vill förstå sammanhangen och man vill bemöta sin närstående på "rätt" sätt, utan att riktigt veta vad som är rätt.

Men det är svårt att finna någon som kan hjälpa de anhöriga utifrån deras speciella situation. Med en initiativtagares ord:

- Det finns så mycket förtvivlan hos oss anhöriga. Vi behöver hjälp, men vi står ofta klämda mellan vården, byråkratin och den sjuke.

Det är i en sådan situation som Livgivarna verkar för att de anhöriga ska mötas med större respekt och empati i vården, där man vill att anhöriga ska vara delaktiga i större utsträckning, inte minst när det gäller planeringen av behandlingen. Livgivarna kräver också bättre information om såväl rättigheter som möjligheter, en verklig dialog med vårdföreträdare och möjligheter till avlastning och stöd.

Det utåtriktade arbetet som innehåller allt från poesikvällar med inbjuden sektorspersonal till avfattandet av skrivelser till statens handikappråd. Medlemmarna sätter sig in i juridiska förhållanden kring vården – ökad kunskap ger ökade möjligheter till påverkan. Livgivarna vill också sätta sig in i hur det är att arbeta på en vårdavdelning. Därför bjuds personal in till möten där de kan berätta om sitt arbete. Strategin går alltså inte ut på att skapa konfrontationer med vården utan att i samverkan med vårdföreträdarna förstärka de anhörigas positioner och föra fram deras krav.

Vid ett flertal tillfällen har Livgivarna arrangerat stormöten i Nacka konferenscentrum på tematan som; boende och sysselsättning, mediciner och terapiformer, ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting. Dessa stormöten har enligt Livgivarna öppnat kommunikationsvägar mellan företrädare som tidigare varit "ansiktslösa" för varandra.

När Livgivarna för fram sina krav och informerar politiker, tjänstemän och vårdpersonal, får det särskild tyngd genom att det de berättar är självupplevt. Detta är en styrka för föreningen. Sin tyngd har den också fått bekräftad genom att den förmått kommunen att ta med gruppen psykiskt handikappade i sitt bostadsförsörjningsprogram.

En smärtsam erfarenhet som gruppen gjort i arbetet med de utåtriktade kraven, är att personal i nämnder och förvaltningar har dålig kunskap om de behov och förhållanden som är förenade med psykiatin. För ett ömsesidigt utbyte av tankar och erfarenheter har Livgivarna bjudit in gäster och föreläsare till sina möten. Till dessa har företrädare för flera kategorier kommit: Psykologer, kuratorer, läkare och skötare från psykiatin. Socialsekreterare, bostadsförmedlare, försäkringskasspersonal fritidspersonal och andra från den kommunala förvaltningen. Från föreningslivet har man träffat representanter för bland andra Röda Korset, RSMH, Intresseföreningen för schizofreni. Under mötena har en ökad förståelse för respektive grupps synpunkter och situation vuxit fram hos Livgivarna.

De flesta i den socioekonomiskt och åldersmässigt brokiga skaran medlemmar i Livgivarna koncentrerar sig på att försöka åstadkomma ett värdigt liv för sina anhöriga. Naturligt nog inriktas intresset mot sådant som har med boende och sysselsättning att göra. Detta ledde i sin tur föreningen in på att påverka samarbetet mellan kommun och landsting. Föreningen och den psykiatriska sektorn har till exempel gjort gemensam sak i uppvaktningar och demonstrationer för att få till stånd ett sedan länge planerat behandlingshem och ett stödboende. Kommun och landsting har varit måltavla för den gemensamma opinionsbildningen. Kraven är nu omsatta i byggplaner och Livgivarna är representerade i den grupp som planerar den närmare utformningen.

Livgivarna har också lyckats få fram lokaler åt ett arbetskooperativ och för en kaféverksamhet.

Obunden som de är av traditioner och fasta rutiner har Livgivarna arrangerat en "stimulansdag" – varken konferens eller symposium, varken lägerverksamhet eller sammanträde – utan något alldeles eget, där sektorsledning, personal, kommunpolitiker, tjänstemän, frivilligorganisationer och anhöriga kläckte idéer, informerades och genomgick övningar i fysisk och mental avspänning. Efter ett lyckat resultat planeras en kommande "stimulansweekend".

De Livgivare som har möjlighet, påtar sig att som frivilligarbetare vara kafévärdinna, leda språkkurser, leda motionsgymnastik och arrangera danskvällar.

Varje dag hör människor av sig till anhörigföreningen. Anhöriga känner sig missförstådda och kyligt bemötta i vården. De klagar också på bristande information. Många erbjuds hjälp eller delaktighet i Livgivarnas gemenskap som enligt ledaren "bygger på den kraft man har inifrån". Styrkan i föreningen kommer sig av att "vi är ett litet gäng, men andligt stort".

Genom föreningens sätt att arbeta anser den sig ha förenat opinionsbildande verksamhet med glädje i en medmänsklig samvaro, vars bästa kapital den summerar i de tre orden: Insikt, Vilja och Verkställighetskraft.



## 14. KYRKA OCH FOLKBILDNING

Det är inte bara frivilligorganisationer, anhörigföreningar och fackförbund som engagerar sig i institutionernas utvandrare eller i människor med psykiska handikapp. Vanlig "psykiatrisk" medmänsklighet och utbildning är teman som tas upp i detta avsnitt.

I Lund är kyrkans folk involverade i flera aktiviteter i psykiatrins hägn genom *Kontaktgruppen kyrka – psykiatri*. Samma engagemang visar *Folkuniversitetet i Göteborg* som startat en förberedande folkhögskola med inriktning på att utveckla kooperativ. Dessa båda verksamheter beskrivs nedan.

### KONTAKTGRUPPEN KYRKA – PSYKIATRI I LUND

I Lund bor flera hundra människor, som tidigare varit inskrivna vid S:t Lars sjukhus, i egna bostäder. Bara för drygt tio år sedan dominerade S:t Lars sjukhus psykiatrin med sina 1 200 vårdplatser. Det gamla mentalsjukhuset stänger sina portar för alltid under 1991.

Vanlig medmänsklighet har visat sig vara av mycket stort värde för människor vars liv präglats av psykiskt lidande på institutioner. Ensamheten är stor och kyrkorna i Lund har märkt att allt fler människor med psykiska problem söker sig till dem. Och från psykiatrins horisont har man märkt att den vanliga medmänskligheten är en dold resurs, väl värd att ta vara på. Här kan kyrkan fylla en viktig funktion som en del i det breda utbud som behövs för att skapa ett tillräckligt omfattande socialt nätverk.

*Kontaktgruppen kyrka – psykiatri* såg dagens ljus 1987 som en följd av ett tidigare samarbetsprojekt mellan de båda parterna. Samarbetet har resulterat i flera olika projekt som i vardagslivet visar sig t.ex. i att diakonins personal får handledning av psykiatrins psykologer och i att Uggletorpet utanför Lund har dagverksamhet för patienter med psykiska störningar. Mer om projekten längre fram.

Genom Kontaktgruppen kyrka – psykiatri känner personalen inom den öppna psykiatrin väl till kyrkans folk i dag. Diakonipersonalen i Lund kan vända sig till olika personer verksamma på öppenvårdsmottagningarna.

Via personliga besök och informationsfoldrar har projektledaren presenterat sig inte bara för psykiatrin, utan också för hemtjänsten. Via plakat som sattes upp på Lunds dagcentraller inbjöds till "samtalsgrupp i tro- och livsåskådningsfrågor". Ett stort intresse visades för samtalsgrupperna (se nedan).



## Café Credo

Under avvecklingen av S:t Lars sjukhus tröttnade ett antal patienter på att ständigt vara hänvisade till sjukhusets cafeteria. Sjukhuskyrkan, vars verksamhet fick helt andra former i takt med avvecklingen, ställde en lokal till förfogande. När patientskarorna glesnade allt mer på S:t Lars fick sjukhusprästen korn på en fin lokal i ett medeltida hus intill domkyrkan. Där arbetar nu cirka tio f.d. patienter med att driva ett kafé som vid starten 1987 fick namnet *Café Credo*. Tre är anställda vid kafét med hjälp av lönebidrag. De övriga arbetar utan lön men de flitpengar som delas ut till dem späder på deras sjukpenning.

All löpande verksamhet sköts av de anställda, servering, bakning, inköp, planering, schemaläggning, kassa-avstämpling etc. Sex utvecklingsstörda flickor från en institution hjälper till med bakningen. Många studenter söker sig till kafét, lockade av de låga priserna och det centrala läget.

Basen för verksamheten är följande målsättningar:

- att efter en tids sjukdom åter få en sysselsättning som är meningsfull,
- att få känna sig betydelsefull,
- att ingå i en grupp som arbetar mot ett gemensamt mål,
- att få en möjlighet att gå vidare, utvecklas.

Som huvudansvarig för verksamheten står Föreningen Credo som disponerar fastigheten hyresfritt av domkyrkoförsamlingen. Med stöd av kollektpengar, verksamhetens (lilla) överskott och gåvor har man investerat i kaddiskar, mikrovågsugnar, frysboxar, porslin och diverse köksredskap.

Givetvis är målsättningen för Credos personal att de ska komma vidare i arbetslivet genom att söka andra jobb eller börja studera. Det senare gör många redan. Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) i Lund konstaterar kritiskt att de flesta arbetsgivare har svårt att acceptera flera års bortvaro från arbetsmarknaden. Fullt medvetna om detta, blir uppgiften att söka jobb extra tung för patienterna.

De som arbetar på kafét uppskattar den trevliga miljön och arbetet som tillåter en kombination av inre sökande och arbete i en takt som man själv bestämmer i stor utsträckning. Café Credo har inte det vanliga arbetets tempo och krav, det har inte heller arbetsterapiens ibland menlösa kravlöshet. Arbetet på Café Credo utgör ett mellanting mellan dessa båda poler.

## Uggletorpet

Strax utanför Lund ligger två gamla hus – kallade Uggletorpet – som ägs av kyrkan och som disponeras av Diakoncentralen. I husen bedrivs dagverksamhet för missbrukare och människor med psykiska problem. Man strävar efter en varm och generös miljö. Aktivering och rehabilitering är nyckelbegrepp i de gamla husen.

Diakoniföreningen i Lund med 200 medlemmar har ett mycket nära förhållande till Uggletorpet. Man har en secondhandbutik i Lund och säljer också begagnade möbler på Uggletorpet.

Uggletorpet kan ta emot sammanlagt 15 aktiva på en och samma gång. Flera har lönebidragsanställningar via diakoniföreningen. Ofta frågar den psykiatriska öppenvården i Lund om det finns plats för någon patient.

Det här gör man på Uggletorpet:

Två rätt stora trädgårdar måste skötas (0,5 lönebidragstjänst).

Ett trettioalv höns och kaniner kräver sin skötsel. Detta görs av frivilliga krafter.

Varje dag ska det lagas mat till 15–20 personer. För detta ändamål finns bland annat 0,5 lönebidragstjänst.

Möblerna ska hämtas, renoveras och säljas – uppgifter som sköts av lönebidragsanställda tillsammans med frivilliga.

Städningen sköts av lönebidragsanställd.

En kurator som är anställd på Uggletorpet håller i två grupper; en kvinnogrupp och en samtalsgrupp.

I stor utsträckning drivs Uggletorpet av dess gäster.

### Samtal i existentiella frågor

En förmiddag varannan vecka söker sig ett tiotal personer till dagcentralen på Lilla Södergatan i Lund. I gruppen som leds av en präst, deltar både personal och patienter. Samtalen utgår från funderingar som deltagarna har. Ledaren kan bara planera en inledning – sedan får gruppen gå dit den vill. Exempel på ämnen: Gud, skapelsen, lidande, krig, sjukdom, döden, sorgen, glädjen, gemenskap, arbete, tro, tvivel. Samtalsämnena är beroende på vilka som är närvarande i gruppen. Mest kretsar ämnena kring teman som patienterna tar upp.

I Stora Råby församling träffas en grupp varannan onsdag för samtal. Ungefär halva gruppen består av människor med psykiska problem. Tidigare var gruppen helt inriktad på patienter från psykiatrin, men den nuvarande blandningen av olika livserfarenheter i gruppen uppfattas som positiv.

I samtalsgrupperna är alla lika, alla lika viktiga och värda att lyssna till. Någon expert finns inte, vilket ju bryter av mot samtal ledda av psykologer eller andra psykiatriskt verksamma personer. Här förklarar ingen hur det ligger till. Oraklet lyser med sin frånvaro. En trygg atmosfär i gruppen är nödvändig för att alla ska våga att yttra sig.

### Diakonin

Diakoncentralen i Lund har ett nära samarbete med psykiatrin och socialtjänsten. På

församlingshemmet Ugglan i centrala delarna av Lund har diakonicentralen sin öppna verksamhet som varje dag besöks av 40–50 personer, ensamma och utstötta – många av dem f.d. mentalpatienter. Så här beskriver föreståndaren syftet med Öppet Hus-verksamheten:

- Med praktiska aktiviteter, genom studier och samtal vill vi att människor ska upptäcka sitt eget värde och sina inneboende möjligheter.

Diakonicentralens råd- och hjälpbyrå får ca 1 500 besök årligen. För att vidga sina kontaktytor till fler människor med psykiska störningar har diakonicentralen träffat föreningen för anhöriga till schizofrena (SFI). Föräldrar och syskon till schizofrena vände sig till kyrkan för att öka sina möjligheter till sociala kontakter med andra anhöriga i vården. Nu försöker man få med fler yngre personer i den frivilliga besökstjänsten för att fylla de stora behov som visar sig.

### Arbete för utslagna

Personal inom den öppna psykiatriska verksamheten i Lund tillerkänner diakonin en mycket stor betydelse i arbetet med utslagna och psykiskt störda.

En psykoterapeut från ett öppenvårdsteam i Lund handleder diakonipersonalen, inte minst i frågor som har med gränsdragning att göra. Det kan vara svårt att avgöra var man ska sätta gränser, när man ska ta över och i vilka situationer personen ska ta ett eget ansvar.

Genom diakonins arbete på fältet bland ensamma och utstötta minskar behovet av interventioner från den psykiatriska verksamheten, hävdar man från psykiatrin.

När diakonin stöter på patienter med religiös uppfostran och där skuldproblematiken spelar en stor roll för uppkomsten av psykiska problem, hänvisar man gärna till en präst. Hjälpen härifrån kan vara väl så effektiv som den patienten skulle fått från psykiatrin, om han eller hon vänt sig dit.

Ett utbyte av erfarenheter och kunskaper sker i samarbetet mellan kyrka och psykiatri i Lund. Så kan till exempel en präst förklara föreställningarna hos en religiös sekt som haft skadlig inverkan på patienter, för personalen inom psykiatrin. Denna kan i sin tur informera kyrkans folk om psykiska sjukdomar. Föreläsningar har hållits för medarbetare från hela Lunds stift. En kurator på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning som haft stor nytta av samarbetet mellan kyrkan och den öppna psykiatriska vården i Lund säger:

- Mänskliga problem löser man inte bara på ett ställe och med en metod. Ett samarbete med andra, utanför vården, är välkommet.

## FÖRBEREDANDE FOLKHÖGSKOLA SAMT ALLAKTIVITETSHUSET GYLLENKROKEN I GÖTEBORG

Kooperativdrömmen breder ut sig i hela den rika flora av projekt och verksamheter som växer i avinstitutionaliseringens Sverige. Att starta kooperativ står kanske högst på önskelistan i hundratals verksamheter som utvecklats från en opretentiös samvaro på dagtid till aktiverande samlingspunkter med rehabiliterande kraft. Ibland leder fantasin och förväntningarna till handling och en verklighet i form av ett fungerande kooperativ. Den i särklass mest populära kooperatividéen kretsar kring det svarta sociala kittet i Sverige – kaffet. Allt för ofta smulas drömmarna sakta sönder av en motspänstig verklighet som för varje passerat hinder reser nya. Att utveckla en affärstanke till ett fungerande kooperativ kräver kunskap. När kooperativdrömmen löses upp i intet är oftast okunnigheten den goda tankens bödel. Okunnighet om den kooperativa verkligheten råder man bot på vid en *kooperativlinje* vid Folkuniversitetet i Göteborg. Med hjälp av Intresseförningen för schizofreni (IFS) arbetar nu det första kooperativet på aktivitetshuset *Gyllenkroken*, varom också berättas nedan.

I över tjugo års tid har Studieförbundet/Folkuniversitetet vid Göteborgs universitet bedrivit folkbildningsarbete bland människor med psykiska problem. För tio år sedan började man fundera på någon form av förberedande folkhögskola för denna grupp. I början av 1987 startade man utbildningen som bedrevs i studiecirkelform.

Erfarenheterna visade att möjligheterna för eleverna att komma vidare efter den förberedande folkhögskolan var starkt begränsade. Trots den högkonjunktur som rådde under en stor del av 80-talet, kunde man bittert notera att psykiskt långtidssjuka inte kunnat få arbete. Fortsatta studier banade inte heller väg för arbete.

Lärare och projektledning på Folkuniversitetet stod i starten inför en grupp vars behov av upprättelse och meningsfull tillvaro inte kunde tillgodoses i det som kallas "ute i samhället". Man ville få fram en verksamhet som var kontinuerlig, gav människor egenvärde, meningsfull sysselsättning, social samvaro och personlig utveckling.

Svaret på de uppsatta frågeställningarna började anta konturerna av arbetskooperativ verksamhet. Här fanns brukarinflytande, här fanns möjligheter till stöd för att bryta passivitet och möjligheter till ansvarstagande och aktivitet. Vidare kunde kooperativet vara ett steg mot arbete på den öppna arbetsmarknaden.

Höstterminen 1989 kunde man slå upp portarna för den nystartade kooperativa linjen inom den förberedande folkhögskolans ram. Eleverna rekryterades från sjukvården. Även föräldrar, föreningar och kamrater används som rekryteringskällor.

Utbildningens syfte beskrevs så här för de blivande eleverna:

- Att lära något nytt. Om det var länge sedan Du gick i skolan så kan du "friska upp" dina kunskaper igen.

- Att erbjuda samvaro och gemenskap med andra människor.
- Att efter avslutad kurs starta arbetskooperativ tillsammans med andra, för att på så sätt skapa arbete och en meningsfull tillvaro.

En avgift på 500 kronor per elev och termin togs ut – då ingick kursmaterial och litteratur.

På samma sätt som inom den "vanliga" förberedande folkhögskolan fick de elva eleverna i början läsa basämnen som svenska, matematik, engelska och samhällskunskap. Dessutom ingick natur- och miljökunskap, historia och Kooperation. Till skillnad från den förberedande folkhögskolan var kooperativlinjen inriktad mot praktiskt arbete.

Studierna vid kooperativlinjen bedrevs i studiecirkelform. Detta arbetsätt ansågs överlägset för människor med studieovana och med dåligt självförtroende. Man tilltalades av cirkelns praktiskt taget obegränsade möjligheter att anpassa studierna efter den enskildes behov och praktiska förutsättningar.

Den viktigaste uppgiften i utbildningslinjen blev den första tiden att åstadkomma en grupp känsla som i sin tur kunde leda till en lust och förmåga att arbeta tillsammans. Självfallet blev kunskap om Kooperation ett viktigt inslag i utbildningen. Det visade sig att inte bara merparten av eleverna utan också av lärarna hade en mycket vag uppfattning om vad en kooperativ verksamhet egentligen innebär.

Parallellt med undervisningen ägnade gruppen mycket tid åt att spåna kring olika affärsidéer. Fantasien flödade fritt och det kom förslag på hunddagis, reklamutdelning, textiltryck och annat. I början av den andra terminen hade man dock bestämt sig för att satsa på någon form av kaféerörelse eller cateringverksamhet. Kooperativet var på gång.

I mitten av andra terminen antog man följande målsättning för kooperativet:

- ekonomiskt överskott
- självförverkligande
- personlighetsutveckling i samarbete med andra människor
- större tolerans
- själva bestämma över arbetstid och arbetstakt
- delat ansvar
- bra produkter
- arbetsglädje.

Tillsammans för lärare och elever iväg på studiebesök i olika delar av landet. När den andra terminen led mot sitt slut, kände sig åtta elever mogna att anta utmaningen att starta ett kooperativ. Efter sommaruppehållet blev det klart att Intresséföreningen för Schizofreni (IFS) hade fått pengar till ett allaktivitetshus. Kooperativgruppen kunde hyra in sig i huset för att driva kafé där. I väntan på att ett riktigt kök skulle färdigställas gick gruppen i matlagningskurs och man plockade svamp för att använda i pajer när kooperati-

vet kommit igång. I slutet av oktober, drygt ett år efter utbildningens start, kunde verksamheten, nu döpt till *Café Koopen*, ta sina första trevande steg, bl.a. som stående leverantör av varor till ett annat kafé.

## Allaktivitetshuset Gyllenkroken

*Gyllenkroken*, som blev kooperativgruppens första arbetsplats och *Café Koopen*'s hem, är ett allaktivitetshus som vänder sig till människor med psykotiska tillstånd och till deras anhöriga.

Det var *Intresseföreningen för schizofreni* som efter en försöksverksamhet 1989 kunde öppna sitt allaktivitetshus, finansierat av Göteborgs kommun och Allmänna arvsfonden. IFS är en av de intressenter som har del i att Folkuniversitetet satsade på kooperativutbildning, så trådarna är många mellan förberedande folkhögskolan och IFS. Det var därför naturligt att den första kooperatörgruppen fick sitt säte i allaktivitetshuset som startats av IFS men numera drivs som fristående verksamhet. IFS har dock fortfarande sin verksamhet i huset.

Samarbetet mellan IFS och Folkuniversitetet har alltid varit givande och var kanske en förutsättning för projektets genomförande.

Den fristående verksamhet på Gyllenkroken som *Café Koopen* utgör, har blivit husets hjärta. Gyllenkroken är den enda egentliga samlingspunkten utan anknytning till sjukvården för människor med psykos i Göteborg.

Förutom kafét erbjuder Gyllenkroken ett flertal olika kurser och aktiviteter: Färg och form, keramik, musikverkstad, skrivarkurs och en fotokurs som har ett mörkrum tillgängligt där deltagarna numera kan arbeta även på egen hand utanför kursen.

En cirkel som bedrivs i huset kallas "Filmklubben Gyllenkroken". Där dyker en grupp hängivna filmälskare ned i filmens värld.

Danskursen är mycket uppskattad – och den har lett till att deltagarna uppsökt ett av stadens dansställen. Gyllenkroken inrymmer också en matlagingscirkel som heter "Festmat" och som träffas på lördagar.

Ett syfte har varit att medlemmarna själva ska vara med och påverka och hålla i en del av cirkelverksamheten. Denna målsättning har till viss del uppfyllts.

Studiecirkeln var också utgångspunkten för det som i dag är en tidning som kommer ut med fyra nummer per år och i en upplaga på ca 500 exemplar. En fast redaktion producerar tidningen.

Listan på aktiviteter tillgängliga på Gyllenkroken kan göras mycket lång: Gymnastik, personlig omvårdnad med hårklippning och make-up, musikutövning, bibliotek med tidskrifter, utflykter och så vidare.

Något krav på deltagande i cirklar eller andra aktiviteter finns inte. Den som vill, kan komma in bara för att ta en fika eller lyssna till musik.

Även för anhöriga utgör Gyllenkroken en samlingspunkt. Med stöd från socialstyrelsen genomför man en tvåårig verksamhet som första året innehåller en cirkelledarutbildning om schizofreni och andra psykotiska tillstånd. Detta leder till ytterligare cirklar inom IFS. Under projektets andra år genomförs en utbildning och handledning i fadder- och jourverksamhet som ska fungera som stöd och hjälp åt anhöriga inom IFS.

Inte att förundra har intresset för studiebesök från vårdsvärd varit så stort att man måst ransonera dem och hänvisa besöken till vissa tider i veckan. Studiebesöken är inte ett helt bekymmersfritt inslag i Gyllenkrokens vardag eftersom många av gästerna haft obehagliga upplevelser av den vård de erbjudits. Obehaget kan återuppträffa inför ett plötsligt möte med vårdpersonal.

Var fjortonde dag kommer en terapeut och en gång i månaden en läkare för att handleda dem som arbetar i huset (tre personer) – en förutsättning för att verksamheten ska fungera.

Så långt Gyllenkroken, som alltså blev en arbetsplats för de första kooperatorerna från folkuniversitetet.

### **Både skola och rehabilitering**

Erfarenheterna av kooperativlinjen har visat att studietakten måste vara så anpassad att alla orkar hänga med. Stresskänsliga och studieovana personer med koncentrationssvårigheter ställer stora krav på lärarnas tålmodighet och engagemang.

Av en undersökning av förberedande folkhögskolan, gjord innan kooperativlinjen startades, framgår att verksamheten har några av följande kännetecken och särdrag:

Den är fri och allt inom dess ramar sker frivilligt.

Den har kunniga och engagerade lärare.

Den är fristående från psykiatrin. Den har 20 års erfarenhet av folkbildning bland människor med psykisk ohälsa.

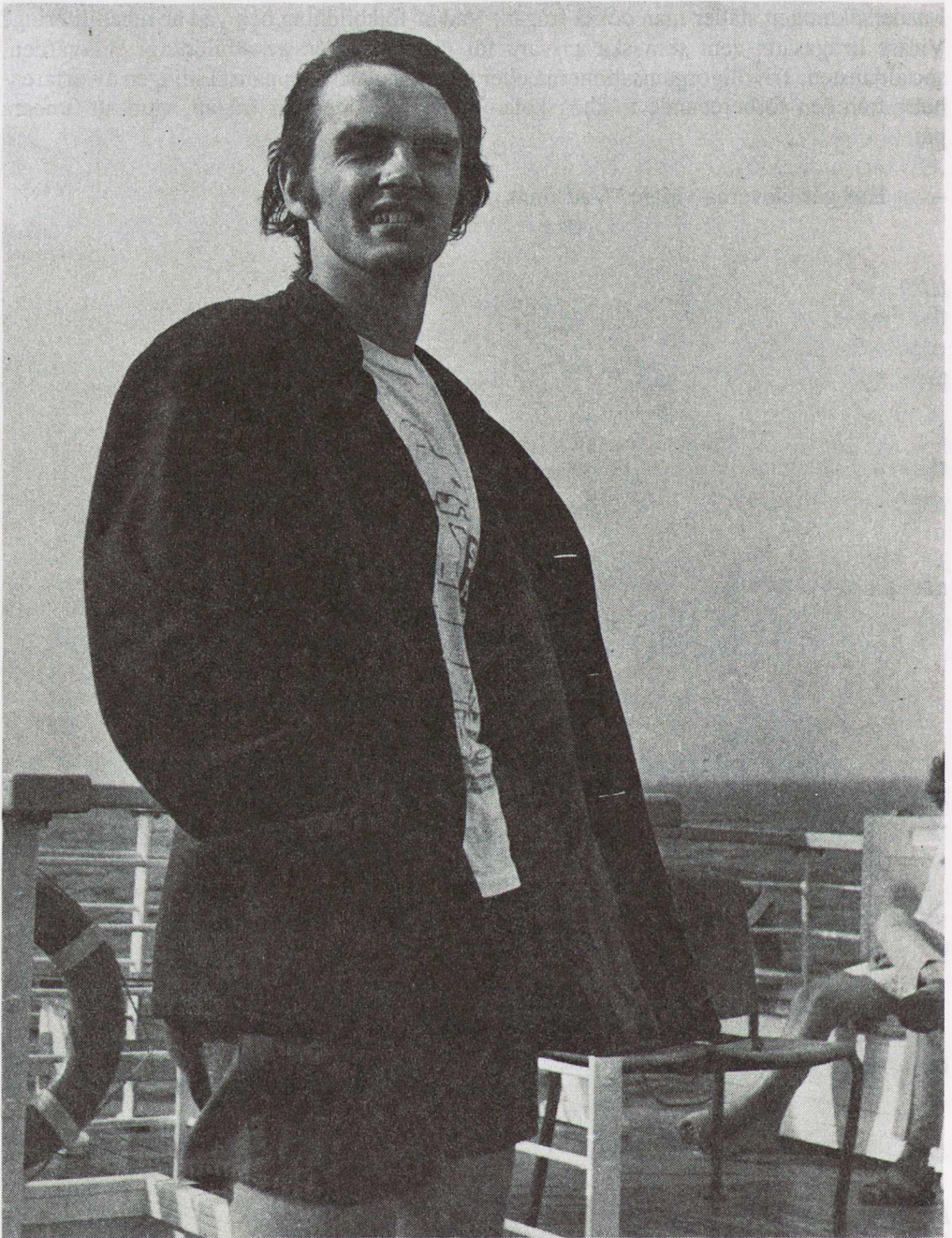
Den är anknuten till folkhögskolorna.

I intervjuer har det också framkommit att lärarna går en ständig balansgång mellan två roller: "kunskapsläraren" och "den sociala läraren". Dilemmat kan också uttryckas i termer av två skoltyper, nämligen "kunskapskola" och "social skola".

I undersökningen ställer man också frågan: Vad är folkbildning och vad är rehabilitering? Vidare ifrågasätts vem som ska ansvara för den här typen av utbildning: sjukvården, socialtjänsten, frivilligorganisationerna eller någon annan. Sammanställningen av erfarenheter från den förberedande folkhögskolan mynnar ut i den här frågan, värd att fundera på:

- Hur går eleverna vidare? Vad finns det för fortsättning?





# DEL II



# 1. UTVECKLINGSINRIKTADE SEKTORSKLINIKER

I del I presenteras nedanstående två sektorskliniker utförligt. I denna katalogdel återfinns endast uppgifter om kontaktperson, adress och telefonnummer för de båda sektorerna.

## \* ENSKEDE-SKARPNÄCKS PSYKIATRISKA SEKTOR I STOCKHOLM

*sektorns verksamhet redovisas utförligt under del I*

kontaktperson: Filipe Costa, klinikchef  
Alain Topor, dokumentationsansvarig  
adressuppgift: Enskede-Skarpnäcks psykiatriska sektor,  
Sköntorpsvägen 29, 121 42 JOHANNESHOV  
telefon: 08-81 06 20

## \* PSYKIATRISKA KLINIKEN I SKELLEFTÅ

*sektorns verksamhet redovisas utförligt under del I*

kontaktperson: Per-Ewerth Lindgren, Carl-Gustaf Olofsson  
adressuppgift: Psykiatriska kliniken,  
Lasarettet i Skellefteå, 931 86 Skellefteå  
telefon: 0910-710 00

# 2. SPECIALISERAD BEHANDLING

I detta avsnitt återfinns främst olika specialiserade behandlingsverksamheter inom psykiatrin. Ofta är de specialiserade mot någon särskild diagnos eller diagnosgrupp t.ex. suicid, anorexi, borderline, schizofreni eller så är behandlingsinsatserna specialiserade mot antingen neuros eller psykos. Även speciella behandlingsmetoder som t.ex. musikterapi, olika typer av rörelseterapi och sjukgymnastik m.m återfinns i detta avsnitt. Därtill finns ett par exempel på specialiserad behandling för flyktingar /invandrare. Från det geropsykiatriska området är exemplen så pass många att de får utgöra ett eget kapitel (kap. 3). Likaså återfinns verksamheter specialiserade mot psykiatrisk rehabilitering i ett eget kapitel (kap. 11).

\* **SUICIDAVDELNINGEN I LUND** - en forskningsavdelning med målsättning att kartlägga suicidalt beteende för att finna adekvata metoder och modeller för att kunna arbeta mer preventivt.

Avdelning 31 har officiellt 11 sängplatser med utrymme för 2 överbeläggningar samt 4 dagplatser. Avdelningens läkare och kuratorer ombesörjer därtill konsultationer i fall då patienter gjort självmordsförsök och inkommit till somatisk avdelning, särskilt då medicinintensiven och medicinintaget. De flesta som läggs in på avd 31 kommer från dessa avdelningar.

Målsättningen med forskningsarbetet på avdelningen är att genom undersökning av patienter som gjort suicidförsök:

1. Identifiera dem som är i riskzonen för framtida suicid eller suicidalt beteende.
2. Finna adekvata metoder för omhändertagande och behandling av denna svåra patientgrupp.
3. Finna en modell för epidemiologisk kontroll så att suicidproblemet kan föras tillbaka till respektive geografiska sektor.

Som ett led i avdelningens strävan att finna bedömnings- och behandlingsmetoder erbjuds patienterna att skatta sig själva dagligen på ett par bestämda punkter med en 7-gradig skala. Patienternas skattningar skall sedan användas i behandlingsarbetet och i rondarbetet motsvarande "temperaturkurvor" i somatiken. En rond i veckan medverkar en barnpsykiater som har till uppgift att diskutera familjens situation, vilket kan resultera i ett eller flera familjesamtal. För var patient på avdelningen upprättas dessutom en omvårdnadsplan. Patienter i eftervård erbjuds s.k. kontraktsvård under ett års tid. Utvärdering av kontraktsvården sker var tredje månad av patienten själv och av behandlaren.

Suicidforskningsenheten hade 1989 dels en Landstingsbudget med en omsättning på ca 6 miljoner kronor, dels en Universitetsbudget på c:a 765 000 kronor. Huvudman är Malmöhus läns landsting. I nuvarande form påbörjades arbetet 1986.

kontaktperson: Lil Träskman-Bendz  
 adressuppgift: Suicidforskningsenheten, avd. 31, Lunds universitet,  
 Institutionen för psykiatri, Lasarettet, 221 85 LUND  
 telefon: vx 046-17 10 00

\* **RUTINER VID SJÄLMORDSPROBLEMATIK INOM BROMMA-VÄSTERLED-EKERÖ SEKTORN I STOCKHOLM** - ett utvecklingsarbete sedan sex år inom sektorn för att utveckla bättre rutiner och strukturer för att handlägga självmord och självmordsförsök.

Med anledning av suicid på kliniken diskuterades behovet av handlingsprogram efter inträffat självmord. En arbetsgrupp tillsattes för att göra förslag till ett sådant. Två rutiner utarbetades för genomgång av bakgrund och händelseförlopp efter inträffat självmord på sektorn. Dessa finns utformade dels för slutenvårdsavdelningarna och dels för öppenvårdsmottagningen. Syftet var för det första att det ska finnas en fast struktur för hur man handlägger suicid inom sektorn och för det andra att utnyttja genomgången av inträffade suicid för att personalen ska kunna skaffa sig större kunskap vad gäller suicid och därmed ökad professionalitet.

Det förslag som utformats för öppenvårdsmottagningen går i grova drag ut på att berörd personal samt chefen för mottagningen skall samlas till en genomgång i nära anslutning till inträffade suicid. Genomgången skall dels innefatta en redogörelse av patientens "sjukhistoria" och kontaktnät, dels en diskussion av händelser med eventuell betydelse för det inträffade, samt en analys och sammanfattning med betoning på det som varit klagörande i genomgången. Slutligen bör man dessutom gå igenom vad som skall vidtagas med anledning av händelsen samt skissera på slutanteckning. Berörd personal bör efter genomgången dessutom beredas möjlighet till bearbetning av det inträffade tillsammans med någon eller några på mottagningen.

Det pågår dessutom ett arbete med att mera systematiskt på de olika enheterna genomföra s.k. suicidala analyser för patienter som bedöms ha allvarlig självmordsrisk. För den suicidala analysen sammanfattas vårdarbetare som har eller skall ha behandlingskontakt med patienten. Man går systematiskt igenom faktorer som ökar respektive minskar risken för självmord.

En annan rutin som införts är s.k. transferering. Patienten får i samband med att han/hon byter vårdmiljö med sig en vårdarbetare som han/hon lärt känna och känner förtroende för. Det går med andra ord ut på att öka kontinuiteten i vårdkedjan för patienter med överhängande självmordsrisk.

I gruppen för suicidfrågor pågår också en utredning över mera allmänna faktorer i organisationen på sektorn som kan tänkas öka eller minska risken för att suicid inträffar. Detta innefattar diagnostiska bedömningar, medicinering, rutiner för förflyttning av patienten mellan olika enheter e.t.c. Nya läkare på sektorn och medicinska kandidater undervisas återkommande i självmordsproblematik. Detta ingår också i internutbildningen på öppenvårdsmottagningen.

kontaktperson: Per Ahlstedt, bitr. överläkare  
adressuppgift: Bromma-Västerled-Ekerö sektorn,  
Beckomberga sjukhus, 161 04 BROMMA  
telefon: vx 08-87 00 40

#### **\* KRISMOTTAGNINGEN VID HUDDINGE SJUKHUS**

Krismottagningen är organisatoriskt knuten till psykiatriska klinik II vid Huddinge sjukhus, men verksamheten riktar sig huvudsakligen till de somatiska klinikerna vid sjukhuset och till primärvården i Huddinge kommun. Kristeamet består av läkare, sjuksköterska, psykolog, kurator, sjukgymnast och sekreterare. Den kliniska delen av verksamheten består dels av samtalskontakt, i form av krisintervention och/eller kristerapi med akut krisdrabbade, och dels stöd till sjukvårdspersonal genom konsultationsservice, handledning och utbildning. I avsikt att förbättra omhändertagandet av suicidala patienter och samtidigt förebygga psykisk ohälsa hos personalen har krismottagningen utvecklat ett särskilt utbildnings- och stödprogram för personalen inom den psykiatriska vården. Utöver den kliniska verksamheten pågår olika forsknings- och utvecklingsprojekt inom områdena kris, suicid och katastrof.

kontaktperson: Abbe Schulman, bitr. överläkare  
adressuppgift: Krismottagningen, R 61,  
Huddinge sjukhus, 141 86 HUDDINGE  
telefon: 08-746 52 61 (sekr. Marianne Carlsson)

**\* ANOREXIENHETEN VID AKADEMISKA SJUKHUSET I UPPSALA**

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Sven Holmgren, psykolog  
 adressuppgift: Anorexienheten, Psykiatriska kliniken,  
 Akademiska sjukhuset, 751 85 UPPSALA  
 telefon: vx 018-66 30 00

**\* NEUROSTEAM OCH PSYKOSTEAM VID ÖPPENVÅRDSMOTTAGNING I LANDSKRONA** - ett neurosteam med inriktning mot olika psykoterapeutiska behandlingar efter tidsbetällning och ett psykosteam med inriktning främst mot omvårdnad och psykosocial rehabilitering.

Team Nord inom Landskrona sjukvårdsområde har sedan hösten 1989 delat sig i två ungefär lika stora delteam, vilka än idag bär arbetsnamnen neuros- resp. psykosteam. Syftet var att ge en ökad specialisering beträffande personalens arbetsmodell/arbetsroll och beträffande den behandling olika patientkategorier kunde tillgodogöra sig eller efterfrågade.

Inriktningen av de två delteamen kan närmast beskrivas som att **neurosteamets** kompetens och behandlingsinriktning styrs mot olika psykoterapeutiska behandlingar; samtalsterapi, bildterapi, kroppsterapi. **Psykosteamet** har en förstärkt inriktning mot omvårdnadsteori, psykofarmakabehandling och psykosocialrehabilitering. Merparten av sjukvårdspersonalen inkl. dagsjukvården ingår i psykosteamet.

Olika arbetsmodeller utkristalliserades relativt snart. Den ena modellen bejakar fasta terapeutiska ramar och strikt kontraktbunden behandling, den andra ger möjlighet till större flexibilitet, nivåanpassning och inriktning mot övriga aktuella vårdgivare (primärvård, hemtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling, osv.). Möjlighet till hembesök, social träning och att kunna vara flera behandlare inom teamet runt "krävande" patienter tillvaratas också.

Överflyttningar av patienter mellan teamen har varit begränsade. Nyttillkomna patienter hamnar vanligtvis i rätt vårdteam från början. Problem förekommer när det gäller borderlinepatienter och gruppen övriga patienter. Huvudregeln är dock att patientens vårdbehov ska uppmärksammas, definieras och åtgärdas snarare än patientens diagnosnummer.

kontaktperson: Olle Linderståhl, avd. förest.  
 adressuppgift: Psykiatriska kliniken, team Nord,  
 Box 514, 261 24 LANDSKRONA  
 telefon: 0418-746 00

**\* PSYKOSTEAMET VID BROMMA-VÄSTERLED-EKERÖ SEKTORN I STOCKHOLM** - ett utrednings- och behandlingsteam för unga psykotiska patienter.

Unga nyinsjuknade psykotiska patienter i behov av allsidig utredning, intensiva behandlingsinsatser och eventuellt återkommande slutenvårdsbehov (direkta insatser) samt övriga psykotiska patienter som är i behov av utvecklingsinsatser är teamets

målgrupp. Psykosteamets nuvarande verksamhet har planerats utifrån en önskan inom sektorn att särskilt värna om de unga, nyinsjuknade psykotiska patienternas behandling och rehabilitering.

Viktiga inslag i teamets metod är bl.a.

- Tidig intervention: Psykosteamet får via remiss kännedom om alla unga, nyinsjuknade psykotiska patienter såväl inom slutenvården som öppenvård. Om en ung första gångsinsjuknad psykotisk patient kommer till slutenvårdsavdelning kontaktas psykosteamet muntligt samma dag eller snarast möjligt.

- Kontinuitet: En administrativ handläggare utses för var patient. Dennes uppgift är att se till att nödvändiga kontakter tas och att det material samlas in som behövs för en allsidig bedömning och ett väl underbyggt åtgärdsförslag. Insamlat material återförs och diskuteras kontinuerligt vid regelbundna teamkonferenser. Handläggaren ansvarar för att uppgjord planering fullföljs.

- Flexibilitet och kreativitet: Med teamets succesivt växande kännedom om de unga, nyinsjuknade patienternas behov utveckla nya rutiner och verksamheter som kan främja en positiv utveckling för dessa patienter, t.ex. "Tjejgruppen".

- Familje- och anhörigarbete: Utveckla rutiner för ett adekvat familjearbete såväl i det enskilda ärendet som i form av projektarbeten.

Övriga viktiga komponenter i teamets metod är bred diagnostik utifrån tillgängliga resurser, framförhållning vid individuell behandlingsplanering, kunskapsuppbyggnad inom teamet via kritisk granskning, intern utvärdering och utbildning m.m. Personalkompetenser inom teamet är arbetsterapeut, socionom och psykologer.

kontaktperson: Ulla Pettersson, klinikchef

adressuppgift: Bromma-Västerled-Ekerö psykiatriska sektor,  
Beckomberga sjukhus, 161 04 BROMMA

telefon: vx 08-87 00 40

#### **\* PSYKOSVÅRD INOM DANDERYD-VAXHOLM-ÖSTERÅKER PSYKIATRISKA KLINIK PÅ DANDERYDS SJUKHUS I STOCKHOLM**

Inom kliniken har man genomfört en subspecialisering i form av ett team som leds av en specialist i psykiatri och som svarar för den öppna psykosvården inom sektorn. Insikten som låg till grund för teamets uppkomst var bl.a. att även om patienten kan "klara sig" utanför det traditionella mentalsjukhuset behövs en rad samordnade insatser från psykiatrin.

- För det första menar man att det behövs en kontinuerlig vårdkedja där det finns en praktisk integration mellan öppen och slutenvård.

- För det andra behövs det ett upparbetat samarbete med anhöriga och understöd till anhörigföreningar etc.

- För det tredje är det viktigt med psykofarmakologisk kunskap som hela tiden måste vidareutvecklas och förfinas i riktning mot minsta effektiva underhållsdos.



- För det fjärde behövs en gemensam grundsyn och utbildning för att den terapeutiska alliansen mellan patienten och olika kontaktpersoner ska vara så god som möjligt.

I februari 1990 startades en speciell utbildning där praktiska organisatoriska frågeställningar belystes av docent Ulf Malm, psykoterapeutiska - kognitiva terapimodeller - av professor Carlo Perris. Företrädare för anhöriga var Margarethe Weckman. Dessutom har alla medarbetare fått basinformation om strategier för psykofarmakologisk behandling.

kontaktperson: Börje Wistedt, docent, klinikchef,  
 adressuppgift: Danderyd/Vaxholm/Österåker psykiatriska klinik,  
 Danderyds sjukhus, 182 88 DANDERYD  
 telefon: vx 08-655 50 00

#### **\* PSYKOTERAPEUTISKT KRISCENTER I NACKA**

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Margareta Falk, överläkare eller Sonja Levander, utvecklings chef  
 adressuppgift: Nacka Kriscenter, Edinsv. 22 A, 131 47 NACKA  
 telefon: 08-718 66 00

**\* SCHIZOFRENIPROJEKTET VID PSYKIATRISKA KLINIKEN PÅ VÄRNAMO SJUKHUS** - ett projekt inriktat på förbättrat anhörigstöd, familjearbete, fördjupad kunskap i psykosrehabilitering inom kliniken samt kunskapsspridande till andra myndigheter och allmänheten. Projektet startade hösten 1987 och huvudman är Jönköpings läns landsting.

kontaktperson: Per Borell, psykolog, David Rydin, kurator  
 adressuppgift: Psykiatriska kliniken, Värnamo sjukhus,  
 331 85 VÄRNAMO  
 telefon: 0370-670 00

#### **\* LANDSTINGETS PSYKIATRISKA FLYKTINGCENTER I KARLSTAD**

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Kjerstin Almqvist, psykolog  
 adressuppgift: Landstinget Psykiatriska Flyktingcenter,  
 Pihlgrens g. 2, 652 26 KARLSTAD  
 telefon: 054-10 50 80  
 rapport: utvärdering av Sirkka Söderlind, 1988

**\* PROJEKTET "FLYKTINGARS PSYKISKA HÄLSA" I JÖNKÖPING** - en studie av flyktingfamiljen.

Vid Råslätts psykiatriska mottagning i Jönköping pågick mellan 1988 - 1990 ett

projekt för att vidareutveckla personalen i psykiatriskt behandlingsarbete bland patienter med annan kulturbakgrund än den svenska och för att stimulera till förnyelse i arbetssätt och metoder. Projektet som hette "Psykiatri i utveckling med invandrapatienten i centrum" är nu avslutat, en sammanställning kommer att föreligga under våren 1991. Projektet "Flyktingars psykiska hälsa" som startade 1989 är en direkt konsekvens av tidigare nämnda projekt, men det är inte det enda. Under hösten 1989 genomfördes t.ex. en problembeskrivning/inventering vad gäller förekomsten av invandrare i såväl akut-, primär- och psykiatrisk vård inom Jönköpingsläns landsting och de problem vården upplever vid mötet med invandrarernas/flyktingarnas specifika problematik.

Studien av flyktingars psykiska hälsa syftar till att genom halvstrukturerade intervjuer av flyktingfamiljer få ett mer ingående underlag till att planera behandlingsinsatser i flyktingfamiljer. Syftet med intervjuerna är att observera och kartlägga det psykiska hälsotillståndet i hela familjen och vid behov även föreslå behandlingsinsatser. Intervjuerna kan ses som en fördjupad strukturerad anamnesupptagning särskilt inriktad på flyktingskapet. Tanken är att intervjuerna skall förbättra kunskaperna om flyktingars situation hos psykiatriska mottagningens personal men också ge möjligheter till förslag om förhållandevis tidig intervention. Projektet beräknas avslutas våren 1991.

På kliniken påbörjades våren 1991 ett projekt om fördjupad metodutveckling och en ökad kunskapsöverföring gällande "Flyktingars psykiska hälsa". Projektmedel har ställts till förfogande motsvarande en heltidstjänst för 1991.

kontaktperson: Rosa Larsson, arbetsterapeut eller Hans Arvidsson, psykolog  
adressuppgift: Psykiatriska mottagningen, Tornfalksgatan 11, 556 14 JÖNKÖPING  
telefon: 036-10 33 00  
rapport: Psykiatri i utveckling med invandrapatienten i centrum - rapport från ett PUFF-projektet, kommer 1991, och Flyktingars psykiska hälsa, kommer 1991

#### **\* MUSIKTERAPI FÖR LÅNGTIDSVÅRDADE PATIENTER MED PSYKOSDIAGNOS INOM SPÅNGA-KISTA PSYKIATRISKA SEKTOR I STOCKHOLM**

Arbetet är ett utvecklingsprojekt i Rehabteamets regi i samarbete med Seppo Mäntykoski. Spånga-Kista sektorn med sin stora andel invandrare behöver utveckla behandlingsmetoder som är verksamma utan krav på att patienterna har goda kunskaper i svenska.

Musikterapi har under de senaste 40 åren utvecklats och accepterats i USA och delar av Europa. I Sverige utbildas musikterapeuter vid Musikhögskolan i Stockholm. Utbildningen är en påbyggnadsutbildning efter musiklärarexamen eller annan likvärdig högskoleutbildning. Målsättningen med detta musikterapiprojekt är att introducera behandlingsformen och att samla erfarenheter av dess möjligheter att förbättra livskvaliteten för långtidsvårdade patienter. Via Musikhögskolan har Rehabteamet fått kontakt med en av skolans f.d. elever, musikterapeut Sören Oscarsson. För 1989 fick man medel från Västra Stockholms sjukvårdsområde:s anslag för medicinskt utvecklingsarbete. Erhållna medel används till arvodering av musikterapeut och inköp av instrument m.m.

kontaktperson: Sylvia Mellfeldt Milchert, projektledare  
 adressuppgift: Spånga-Kista psykiatriska sektor, Rehabteamet,  
 Beckomberga sjukhus, 161 04 BROMMA  
 telefon: vx 08-87 00 40

**\* PSYKOSOMATISK RÖRELSETERAPI INOM DEN PSYKIATRISKA SJUKGYMNASTIKEN VID FALU LASARETT** - sjukgymnastik i grupp med behandlingsmetoder som utgår från psykoanalytisk grundförståelse.

Psykosomatisk rörelseterapi är en klinisk tillämpning av framför allt två metoder inom psykiatrisk sjukgymnastik, kroppskännedom (K.R.O.K.) och psykomotorisk behandling (P.M.B). Dessutom präglas metoden av dans, rytm och rörelse. Perspektivet är inriktat mot att se till patientens resurser snarare än felsökande eller symtomförbättring. Målet är att patienten skall nå, om inte kognitiv bearbetning av sin psykosomatiska splittring, så en symbolisering av den somatiserade konflikten.

Genom rörelser kan man arbeta för att skapa nya rörelsesammanhang så att kroppen kan upplevas som en meningsfull helhet, en levande kropp. I det sammanhanget erbjuds man möjlighet att genom teckning och målning i en särskild grupp återerövra symboler för bakomliggande konflikt.

Som utgångspunkt för bedömning av patienten görs en "kroppsundersökning". I en anamnes fastställs patientens "kroppshistoria" med bas i dynamisk utvecklingspsykologi. Patienten får dessutom teckna en bild av sin smärta - ångest. Därefter går man igenom undersökningarna med patienten samt erbjuder vederbörande att pröva sjukgymnastikens olika utbud av grupper under 2 veckor för att sedan fokusera på någon eller några grupper. Efter avslutad behandling görs en uppföljning.

Arbetsgruppen vid sjukgymnastiken består av sex personer. En person har ansvaret för kontakten med patienten under behandlingstiden, även om han/hon möter flera olika personer som ledare i de olika grupperna. Följande grupper finns: Rytm o Rörelse, Kroppskännedom, Fysisk träning, Tai-Chi/Avspänning, Vattenavspänning samt sittgrupp enligt Za-Zen. Verksamhetens målgrupp är främst psykosomatiska patienter. Huvudman är Kopparbergs läns landsting.

kontaktperson: Kina Meurle Hallberg, gruppsamordnare för sjukgymnasterna inom kliniken  
 adressuppgift: Psykiatriska sjukgymnastiken, Falu lasarett, 791 82 FALUN  
 material: PSYKOSOMATISK RÖRELSETERAPI (stencil)

**\* PSYKIATRISK SJUKGYMNASTIK VID KISTA PSYKIATRISKA MOTTAGNING I STOCKHOLM** - en aktiv rehabilitering där målsättningen är att patienten upptäcker sina möjligheter att påverka sin kropp och själ.

Psykiatrisk sjukgymnastik är en inriktning inom sjukgymnastik som specialiserar sig på behandling av **psykosomatiska** symtom och besvär. Via olika metoder och övningar försöker man medvetandegöra muskulära spänningar, hållningsvanor, felställningar och deras relation till det psykologiska området.

Kroppen och själen påverkar varandra i en ständig interaktion. Konflikter och bort-

trängda (förbjudna) känslor kan komma till uttryck i kroppsliga reaktioner, såsom spänningar, hjärtklappning, huvudvärk, andnöd o.dyl. Sjukgymnaster jobbar via kroppen för att hjälpa patienten hitta en harmonisk muskelbalans och att uppnå en ökad kännedom om det egna spänningsmönstret. Behandlingsmetoder såsom kropps-kännedomsträning och olika former av avspänning kan vara till hjälp att lindra kroppsliga besvär och öka medvetenhet kring kopplingen kropp-själ.

kontaktperson: Jenni Bullington, leg sjukgymnast  
 adressuppgift: Kista psyki mottagning, Isafjordsgatan 11, 164 40 KISTA  
 telefon: 08-750 88 30

### 3. GERIATRISK PSYKIATRI

Specialiserad geropsykiatrisk behandling, såväl heldygnsvård som dagsjukvård, återfinns i det här kapitlet om geriatrisk psykiatri. Dagcentraler och liknande verksamheter som riktar sig även till äldre återfinns i kapitlet om meningsfullt dagsinnehåll (kap.10).

#### \* ENHETEN FÖR GERIATRISK PSYKIATRI INOM SÖDERMALMS PSYKIATRISKA SEKTOR I STOCKHOLM

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Anna Berggren, överläkare  
 adressuppgift: Psykiatriska kliniken, Södersjukhuset, 118 83 STOCKHOLM  
 telefon: 08-616 10 00

#### \* GEROPSYKIATRISKA KLINIKEN PÅ AKADEMISKA SJUKHUSET I UPPSALA - sektorsövergripande klinik med 50 vårdplatser som tillkom 1988 efter sammanslagning av en psykogeriatrisk och en somatiskgeriatrisk klinik.

Sedan sammanslagningen har man inom kliniken inriktat sig främst på de komplicerade fallen genom att innan patienten tas in kontrollera vad som ligger bakom en remiss, vilket man gör t.ex. genom hembesök, besök på remisskrivande instans, telefonkontakt med anhöriga e.t.c.

Utgångspunkten för klinikens arbete är att alltid se till både patientens och de anhörigas behov. Man har ett nära samarbete med kommunens hemtjänst, ålderdomshem och servicehus bl.a. i form av utbildning och handledning som präglas av ömsesidig respekt för varandras kunskaper.

Inom befintliga ekonomiska ramar har man startat en öppenvårdsmottagning, en utredningsavdelning med sex platser och en dagvårdsverksamhet för sex patienter, Tallbackens dagvårdsavdelning.

kontaktperson: Kerstin Nilsson, tf bitr. överläkare  
 adressuppgift: Geropsykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset,  
 Ulleråkersområdet, 750 17 UPPSALA  
 telefon: 018-17 85 40

**\* PSYKOGERIATRISKA KLINIKEN VID S:T LARS SJUKHUS I LUND** -  
 högspecialiserade psyko-geriatriska insatser i samverkan med socialtjänst och primärvård samt dagsjukvård och psyko-geriatriska öppenvårdsteam för konsultarbete.

Den **psyko-geriatriska kliniken** (PG-kliniken) vänder sig till patienter med demenssjukdomar, till äldre med akuta förvirringstillstånd och i viss mån till äldre med framför allt depression. Det finns 97 slutenvårdsplatser. Dessa är fördelade på två utredningsavdelningar, tre långvårdsavdelningar/omvårdnadsavdelningar och en halv avdelning förberedd för gruppboende utanför sjukhuset.

Kliniken startade sin verksamhet i februari 1984. Sedan dess har det skett en markant ökning av psykiatrisk öppenvård för äldre. Till utredningsavdelningarna finns **psyko-geriatriska öppenvårdsteam** knutna (s.k. PG-team) för konsultarbete. I dagsläget har man ca 400 konsultationer per år (1990). Den öppna verksamheten har inriktats på utredning samt stöd och råd till patienten och dennes anhöriga. I upptagningsområdet görs de flesta av dessa utredningar av distriktsjukvården och på PG-kliniken. Remittering sker genom distriktsjukvård och/eller socialtjänst eller genom s.k. självremiss.

**Dagsjukvården** i Lund, som tillhör PG-kliniken, startade i december 1985 i ett bostadsområde i västra Lund. Dagsjukvården vänder sig till äldre med demenssjukdomar som bor i eget boende i Lunds sjukvårdsdistrikt. Gästerna remitteras till denna öppna vårdform av distriktsläkare eller av PG-teamen. Därefter tar man kontakt för ett hembesök samt inbjuder gästen tillsammans med anhörig till middag på dagsjukvården.

Vid dagsjukvården tar man emot 15 gäster per dag. Antalet inskrivna är tjugofyra. Man arbetar med kontaktmannaskap, vilket innebär att var och en av heltidspersonalen har 3 - 5 "egna" gäster. Heltidspersonalen består av en sjuksköterska, en arbetsterapeut och fem skötare. Det är kontaktpersonen som har den mesta kontakten med anhöriga, hemtjänst och primärvård. Kontakten med de anhöriga ser man som mycket viktig. De anhöriga kan ringa närhelst de önskar.

Som en röd tråd genom verksamheten går en modifierad form av verklighetsorientering, d.v.s. att man försöker ta tillvara de möjligheter som finns i miljön. Praktiskt betyder det att man gemensamt gör alla naturliga vardagssysslor som förekommer, såsom att duka, torka disk, göra inköp m.m. Man har också tillgång till en uteplats med rabatter samt ett trädgårdsland. En trivsamt socialt samvaro menar man är viktig för att gästerna - trots de brister som demenssjukdomen medför - skall känna sig accepterade som de är.

kontaktperson: Lars Gustafsson, klinikchef  
 adressuppgift: Psyko-geriatriska kliniken, St Lars, 222 70 LUND  
 telefon: 046-17 42 50

### \* TRÄDGÅRDSVILLAN VID PSYKOGERIATRISKA KLINKEN I

**JÖNKÖPING** - för rehabilitering av åldersdementa patienter till gruppboende eller annan vårdform.

Verksamheten startades 1985 som ett projekt för att bekräfta den lilla hemlika miljöns gynsamma inflytande på åldersdementas beteende. Efter en utvärdering permanentades verksamheten 1988 inom kliniken i syfte att fungera som ett rehabiliteringsalternativ till boende/vårdmiljöer. Aktuell vårdtid är 75 dagar. Personalen som arbetar på Trädgårdsvillan är skötare.

kontaktperson: Maggie Hallberg, avd. förest. avd. 71

adressuppgift: Psykogeriatriska kliniken,  
Länssjukhuset Ryhov, 551 85 JÖNKÖPING

telefon: 036-10 25 93

\* **VILLA SOLBACKEN I JÖNKÖPING** - ett projekt för äldre människor med kronisk psykiatrisk grundsjukdom och betydande mentala handikapp.

Projektets syfte är att utvärdera den lilla hemlika miljöns inflytande på patientgruppens handikapp. Vid olika vistelser utanför institutionsmiljön har patientgruppen demonstrerat beteendefunktioner som inte kommer till uttryck i institutionsmiljön. Förbättringar i beteendet har också dokumenterats hos patienterna under projektets gång. Förhoppningsvis kan projektet fortsätta under en längre period och då dokumentera behovet av andra alternativa vårdmiljöer (gruppkollektiv, gruppboenden etc) för äldre psykiatriska kroniker med mångårig institutionsvistelse. Huvudman för verksamheten är Landstinget i Jönköpings län, norra hälso- och sjukvårdsdistriktet, psykogeriatriska kliniken. Projektet startade 1990. Solbackens personal består av skötare och förste skötare.

kontaktperson: Solveig Johansson

adressuppgift: Psykogeriatriska kliniken, Avd. 32,  
Länssjukhuset Ryhov, 551 85 JÖNKÖPING

telefon: vx 036-10 10 00

### \* DAGSJUKVÅRD FÖR ÅLDERSDEMENTA VID NORRGÅRDEN I JÖNKÖPING

Att integrera åldersdementa patienter med psykiskt klara patienter var den modell man tidigare arbetade utifrån vid den långvårdsmedicinska kliniken i Norra hälso- och sjukvårdsdistriktet inom Jönköpings läns landsting. Eftersom detta visat sig vara mycket svårt startades 1984 en speciell dagsjukvårdsenhet för åldersdementa, Norrgården. På grund av en omorganisation i distriktet 1986 är all demensvård överförd till primärvården som för denna verksamhet har 94 platser till sitt förfogande. Organisatoriskt sorterar Norrgården idag under geriatriska rehabiliteringskliniken. Jönköpings läns landsting är fortfarande huvudman, men fr.o.m. 1992 kommer Norrgården att överföras till Jönköpings kommun i enlighet med ÄDEL-reformen.

Norrgården är inrymd i en äldre personalvilla med tillhörande trädgård på Norra klinikernas sjukhusområde i Jönköping. Verksamhetens målgrupp är personer med diagnostiserad eller misstänkt senildemens som bor i egen bostad, samt i undantags-

fall dementa personer från servicehus. Såväl anhöriga till patienter som olika kategorier av vårdpersonal kan remittera patienter till Norrgården. En överläkare har det medicinska ansvaret för Norrgården. Läkarens uppgift är bl.a. att bedöma de remitterade patienterna vid ett första besök på långvårdsmedicinska mottagningen. Utifrån denna bedömning ställs patienten antingen på vänstelistan till Norrgården eller remitteras till annan vård. Det finns dock inget formellt remisskrav för att få komma till Norrgården.

Varje patient som kommer till Norrgården får en kontaktman som har huvudansvaret för patienten. Kontaktmannen tar de kontakter utåt som behövs samt håller kontinuerlig kontakt med den anhörige. För att lära känna patienten och den anhörige görs inledningsvis ett hembesök. Miljön på Norrgården är hemlik och rik på stimuli som underlättar orientering. Den är också utformad på ett sätt som ökar igenkännandet och som får patienten att känna trygghet. I trädgården finns potatisland, bärbuskar och äppelträd. Aktiviteterna på avdelningen rör sig mest om vardagliga sysslor eller sådant som patienten tidigare sysslat med och klarat av. Dessa aktiviteter sker individuellt och/eller i grupp. Med hjälp av nyckelord skulle behandlingen kortfattat kunna beskrivas som bemötande, aktivering och fysisk miljö.

Fjorton inskrivna patienter kommer två eller tre dagar i veckan. Vårdtiden vid Norrgården är obegränsad och har därför blivit mycket lång för vissa patienter, d.v.s. omkring två år. Resorna till Norrgården sker med taxibuss och är kostnadsfria. Kostnaden för vården är som vid en sjukvårdande behandling och efter ett visst antal besök inträder högkostnadsskyddet och patienten får frikort. Personalen består av en avdelningsföreståndare (100%), två skötare (100 resp. 50%), och en arbetsterapeut (75%). Dessutom finns tillgång till kurator, psykolog samt regelbunden läkarkontakt. För att stödja de anhöriga finns en anhörigrupp där bl.a. information om sjukdomen ges och de förändrade roller som uppstår när familjeorganisationen bryts ned diskuteras.

Sammanfattningsvis kan sägas att man på Norrgården kommit fram till att även gravt dementa kan bo kvar i sina hem med hjälp av dagsjukvård. Dock behövs dessutom avlastningsmöjlighet i form av korta inläggningsperioder, samt insatser från hemtjänst, för att avlasta de anhöriga.

kontaktperson: Siv Mannius, överläkare

adressuppgift: Länssjukhuset Ryhov, Geriatriska rehabiliteringskliniken,  
Hermansv. 1, 551 85 JÖNKÖPING

telefon: vx 036-10 10 00

rapport: sammanfattning i Glömsk men inte glömd (Socialstyrelsen redovisar 1987:6)

## 4. ANHÖRIGARBETE INOM PSYKIATRIN

I detta avsnitt beskrivs exempel på verksamheter som riktar sig till anhöriga och som bedrivs av landstingens psykiatriska sektorer. Exempel på organiserad anhörigverk-

samhet som bedrivs av frivilliga organisationer finns under avsnitt 13.

**\* ANHÖRIGARBETE INOM SEKTOR FYRA I LUND**

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Margareta Sjöstedt, kurator

adressuppgift: Psyk. öppenvårdsmottagning, Billegården,  
Gröneg. 18-20, 222 24 LUND

telefon: 046-17 49 50

**\* FAMILJARBETE VID LÅNGVARIG PSYKISK SJUKDOM VID PSYKI-  
ATRISKA KLINIK I PÅ HUDDINGE SJUKHUS I STOCKHOLMS LÄN** -  
familjearbete enligt psykopedagogisk modell för patienter och deras anhöriga i 4  
faser; a) omhändertagande av anhöriga vid akut inläggning, b) anhörigutbildning med  
informationscirklar, c) familjesamtal med anhöriga och patient inför utskrivning,  
d) information och stöd till patienten t.ex. återfallsprevention.

kontaktperson: Urban Ösby, tf bitr. överläkare

adressuppgift: Psyk klinik I, Huddinge sjukhus, 141 86 HUDDINGE

telefon: vx 08-746 10 00

**\* ANHÖRIGUTBILDNING I LJUNGBY** - har funnits sedan våren 1989 i form av  
studiecirkel dit deltagarna kommit via annonsering samt genom personliga kontakter.  
Anhöriga har nu bildat en interimstyrelse till en IFS-förening. Huvudman är Lands-  
tinget Kronoberg, västra sjukvårdsdistriktet.

kontaktperson: Inger Eklund, kurator

adressuppgift: Psyk öv-mott, Lasarettet, 341 82 LJUNGBY

telefon: 0372-876 41

**\* ANHÖRIGCIRKEL VID PSYKOGERIATRISKA KLINIKEN PÅ LÄNS-  
SJUKHUSET RYHOV I JÖNKÖPING**

Studiecirkel för anhöriga till åldersdementa patienter som kommit i kontakt med den  
psykogeriatriska kliniken. Anhöriggrupper anordnas eftersom behovet är stort när det  
gäller information, stöd och råd samt handledning till anhöriga. De anhöriga behöver  
få insikt i de åldersdementas beteendestörningar och behov av omvårdnad. Anhörig-  
grupperna kan hindra att de anhöriga känner skuld och får ångestkänslor. De under-  
lättar också för de anhöriga i deras funktion som vårdare. 1988 startade den första  
cirkeln. Cirkelarna leds av kuratorer.

kontaktperson: Elisabeth Liljegren

adressuppgift: Psykogeriatriska kliniken, Hus M8,  
Länssjukhuset Ryhov, 551 85 JÖNKÖPING

telefon: 036-10 32 09 eller 10 32 40



**\* ANHÖRIGCIRKEL INOM BROMMA-VÄSTERLED-EKERÖ SEKTORN I VÄSTRA STOCKHOLM** - under arbetsnamnet "Anhöriga - en resurs med egna behov".

Inom Bromma-Västerled-Ekerö sektorn finns ett team som arbetar med unga, nyinsjuknade patienter med psykotisk sjukdomsbild. En del i teamets utvecklingsarbete har gällt pedagogiska insatser för anhöriga. Inom teamet beslöt man sig för att utveckla anhängarcirkel efter en blygsam intervjuundersökning. Fokus för intervjuerna var den kontakt anhöriga haft med slutenvården. För att bl.a. tillgodose önskemålet om mer information startade man med cirkelverksamhet.

Den första studiecirkeln genomfördes våren 1989 med 14 deltagare. Man träffades en gång i veckan i åtta veckor under kvällstid på teamets mottagning. Först hölls ca 45 minuters föredragning, därefter hade man smågruppssamtal. De åtta tillfällena innefattade information om; 1. sektorns organisation, 2. olika psykotiska tillstånd, 3. upplevelsen att vara psykotisk, 4. olika teorier om psykosers uppkomst samt olika behandlingsmodeller, 5. mediciner - neuroleptika, 6. Lagstiftning (LSPV, sekretess), 7. anhängarorganisationer (IFS, Livgivarna), 8. sammanfattning och utvärdering.

Både skriftlig och muntlig utvärdering har varit mycket positiv. Efter önskemål från cirkeldeltagarna har man haft uppföljningsmöten. Från teamets sida hoppas man att några aktiva så småningom ska utkristalliseras och själva bilda anhängarförening inom Bromma-sektorn. Inom teamet har planer funnits på att hålla en cirkel endast för syskon. Teamets sammanfattande slutsats är att pedagogiska insatser i grupp för anhöriga har ett berättigande som en del i det psykiatriska behandlingsarbetet, men man menar vidare att man självklart bör se cirkelverksamhet som en del i ett större familjeprogram omfattande krisintervention och familjeterapeutisk intervention av olika slag.

kontaktperson: Birgitta Jakobsson

adressuppgift: Psykosteamet, Bromma-Västerled-Ekerö sektorn,  
Beckomberga sjukhus, 161 04 BROMMA

telefon: vx 08-87 00 40

## 5. BEHANDLINGSHEM

I detta kapitel beskrivs exempel på såväl landstingsdrivna som enskilda behandlingshem för psykiskt störda. Exempel ges på behandlingshem med inriktning mot olika patientkategorier och med delvis olika behandlingsmetoder.

**\* BAGGENSUDDENS BEHANDLINGSHEM I NACKA**

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Ruth Larsson, föreståndare  
 adressuppgift: Baggensudden behandlingshem,  
 Vikingavägen 42, 133 36 SALTSJÖBADEN  
 telefon: 08-717 82 27, 08-717 35 56

**\* BEHANDLINGSHEMMET VILLA VÅRGÅRDEN I ESKILSTUNA**

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Margareta Stenberg, avd. förest.  
 adressuppgift: Villa Vårgården, Psykiatriska kliniken,  
 Centrallasarettet, 631 88 ESKILSTUNA  
 telefon: 016-10 32 89

**\* MARIEDALS, ERSBODA OCH TEGS CENTER FÖR KOGNITIV OCH BETEENDEINRIKTAD TERAPI VID PSYKIATRISKA KLINIKEN I UMEÅ**

Den psykiatriska kliniken i Umeå startade 1984 Mariedals center för kognitiv och beteendeariktad terapi främst för patienter med depression och neurotiska symptom. 1987 öppnades Ersboda center där man tar emot psykotiska patienter och 1990 öppnades Tegs center för behandling av samma patientkategori. Samtliga tre enheter drivs av landstinget och ligger inom den psykiatriska klinikkens upptagningsområde.

Teoretiskt bygger kognitiv terapi på att våra tankar bestämmer våra känslor och därmed också vårt beteende. Kan man förändra tankeinnehållet förändras känslorna och därmed också beteendet. Våra tankar styrs av djupt liggande, övergripande tankesystem kallat grundantaganden. Kärnan i kognitiv terapi är att hos patienten kartlägga grundantaganden som styr tankemönstren och förändra dessa. I behandlingen försöker man ge patienten nycklar till kunskapen om hur man kan förändra sina tankar, sina känslor, sitt beteende. Kognitiv terapi präglas således starkt av pedagogiska inslag.

De tre centrerna ligger insprängda i vanliga bostadsområden i Umeå. Mariedals center är inrymt i tre hopslagna radhus där fem ineliggande (måndag-fredag) och fem dagpatienter kan vårdas. Behandlingsperioden är normalt 4-5 veckor men kan utsträckas eller omvandlas till täta kontakter med centret. Personalen består av en överläkare på deltid, en sjuksköterska, skötarpersonal, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och nattpersonal.

kontaktperson: Anders Häggelöf, utbildningsledare  
 adressuppgift: Kognitiva enheten, Regionsjukhuset, 901 85 UMEÅ  
 telefon: vx 090-10 10 00

**\* KORSARÖD BEHANDLINGSCHEM SÖDER OM HÄSSLEHOLM** - ett enskilt behandlingsshem för psykiskt störda missbrukare från hela landet.

Korsaröd startade 1976 och är ett miljöterapeutiskt kollektiv för ungdomar i åldern 20 -35 år som sedan 1980 arbetat med transaktionsanalys (TA). De ungdomar som kommer till Korsaröd har tidiga störningar och oftast missbruksproblem. Många av dem som skrivs in har en diagnos som de erhållit av psykiater inom slutenvårdspsykiatri; schizofreni, paranoid personlighet, persona immatura, manodepressiv, neuros, psykos, till enbart/i kombination med narcomania, alkoholismus.

Behandlingen på Korsaröd utgår ifrån en 3-steps modell där ungdomarna får ta ökat ansvar i varje steg. Behandlingen är långsiktig och tar ofta 3-4 år för dem som fullföljer samtliga 3 steg. I steg 1 bor klienten i behandlingsshemets huvudbyggnad som har personalbemanning nattetid, skriver kontrakt om vilka problem man vill arbeta med, påbörjar gruppterapi. I steg 2 bor klienten kollektivt i villa/radhus med lägre personaltäthet än huvudbyggnaden, ökat personligt ansvar, fortsatt gruppterapi. I steg 3 flyttar klienten till lägenhet i Höör samt praktiserar på någon arbetsplats. Efter utskrivning upprätthålls regelbunden kontakt under 1 1/2 år om klienten så önskar. På Korsaröd finns 36 vårdplatser fördelade på de tre stegen, varav 19 i huvudbyggnaden.

Behandlingen på Korsaröd har fyra bärande delar:

1. Miljöterapi - i tre steg - som syftar till att ge ett positivt och för klienten stimulerande klimat att växa i och våga stanna upp för att på så sätt skapa förutsättningar för förändringsarbete inom psykoterapi.
2. Psykoterapi i tre steg - TA med inslag av gestaltterapi vid regressionsarbeten - med syfte att ge klienten möjlighet att bearbeta sina psykiska problem i form av gruppterapi 2 ggr/vecka.
3. Medicinsk behandling - främst neuroleptika - förekommer i de fall då läkare så föreskriver. Beroendeframkallande mediciner som bensodiazepiner är förbjudna och klienten måste vara avgiftad före intagning.
4. Familjprogram för anhöriga - ett strukturerat program i form av fyra-dagars internat, vars syfte bl.a. är att ge information om Korsaröd och dess behandlingsinnehåll, samt att ge möjligheter att bearbeta egna problem i samband med de svårigheter det innebär att ha en anhörig som genomgår behandling på institution.

Totalt finns 22 heltidstjänster fördelade på 26 anställda. Bland personalen finns olika yrksgrupper representerade t.ex. leg. psykologer, socionomer, leg sjuksköterska, mentalskötare, fritidspedagoger, fritidsledare m.fl. samt två läkare på konsultbasis. För samtliga behandlingsassistenter/terapeuter är grundutbildning och minst en 2-årig terapeututbildning i TA obligatorisk. Handledning ges en heldag/vecka av Institutet för Livsterapi i Malmö. Väntetider till Korsaröd på 1-2 år är inte ovanligt. En del kommuner eller landsting har abonnerade platser.

kontaktperson: Claes Milstam, huvudman och föreståndare  
 adressuppgift: Korsaröds behandlingsshem, Box 207, 240 40 TJÖRNARP  
 telefon: 0451-626 75

**\* LILLA KOLLEKTIVET PÅ ROSÖGA BEHANDLINGSHEM UTANFÖR STRÄNGNÄS** - en behandlingsenhet för psykiskt störda missbrukare som drivs i stiftelseform.

Rosöga är ett behandlingshem för missbrukare som drivs av stiftelsen Daytop Sweden och som erbjuder en komplett behandlingskedja, från avgiftning till utslussning, utifrån Daytops filosofi. Grundläggande utgångspunkter är att varje individ är unik och har en utvecklingspotential, och att en dynamisk process måste komma till stånd för att bättre kunna förstå och tillsammans få till en förändring. Rosöga består dels av en välutrustad sjukavdelning med 18 platser där resurser finns för avgiftning och dels av ett omfattande öppenvårdsprogram. Man tar emot män och kvinnor över 18 år; enskilda personer eller par, HIV-positiva och personer som är föremål för kontraktsvård (LVM, § 34). På Rosöga finns även en mindre enhet, Lilla Kollektivet, med tio behandlingsplatser för elever med blandproblematik, d.v.s. elever vars livsmönster inte enbart präglas av missbruk utan där även psykiska problem har stor påverkan på deras sociala beteende.

Behandlingen på Lilla Kollektivet består bland annat av miljöterapi, olika former av gruppsamtal där eleven aktivt deltar i grupprocessen, kontaktmannaskap, arbetsgrupper som bygger på såväl grupp som eget ansvar. Kärnan i gruppaktiviteterna är de två gruppsamtal som finns schemalagda varje vecka. Dessa skiljer sig från de övriga grupperna såtillvida att eleven här bereds tillfälle att på ett djupare och mera terapi-betonat sätt försöka lösa de intrapsykiska konflikter som finns, såväl intrapersonellt som interpersonellt. Detta sker utifrån modellen för transaktionsanalys (TA), men med stora inslag av den klassiska psykoanalysens grundidéer. Även individualpsykoterapi med utbildad psykoterapeut kan tillhandahållas.

När det gäller arbetsuppgifter är det Lilla Kollektivet som ansvarar för kioskverksamheten på Rosöga och centraltvätten, förutom de vardagliga sysslor som förekommer i ett hem; städning, bakning, diskning. När det gäller den sociala träningen så tränas eleven kontinuerligt att kunna återanpassa sig till den verklighet som finns utanför Rosögas trygga famn; stadsresor och besök på sportanläggningar i Strängnäs eller Eskilstuna. Med tanke på elevernas skiftande utvecklingsnivåer kan utslussningsfasen se olika ut. Antingen kan man beredas möjlighet att gå färdigt behandlingen på Lilla Kollektivet eller också kan man gå via gängse utslussningsförfarande.

De personella resurserna på Lilla Kollektivet består i 4,0 heltidstjänster förlagda till dagtid. Emellertid är en personal i tjänst även när det är helg. Kvällar och nätter är personalen ej i tjänst, men eleverna kan använda sig av sjukavdelningens tjänster vid akuta behov. Personalens utbildning består i mentalskötarutbildning, miljöterapiutbildning (3-terminers) samt den statliga psykoterapi-utbildningen (Steg 1). Samtlig personal har genomgått TA-utbildningen (101-kursen). Kontinuerlig handledning finns som leds av psykiater och TA-terapeut.

kontaktperson: David Danielsson, stf. platschef  
adressuppgift: Daytop Rosöga, 645 91 STRÄNGNÄS  
telefon: vx 0152-702 70

## **\* BEHANDLINGSKOLLEKTIVET LINAN INOM SEKTOR SÖDER I MALMÖ**

Behandlingskollektivet startade vid årsskiftet 1984/85 som projekt. Projektets syfte var att försöka rehabilitera patienter med decennielånga vårdtider på mentalsjukhus bakom sig (Östra sjukhuset i Malmö). Antal patienter var satt till tolv personer. Minimåldern var satt till 40 år. För Linans geografiska placering valdes ett bostadsområde mitt i sektor Söder och på flera kilometers avstånd från den befintliga psykiatriska verksamheten.

Linans ursprungliga personalgrupp bestod av elva personer; en föreståndare, två sjuksköterskor, åtta skötare, varav fyra på natten. Till sitt förfogande fick de två större lägenheter och en mindre; en sju-rummare, en fyra-rummare och en en-rummare. Till Linan kopplades även en läkare, en handledare och en kurator, alla på ca 3 - 5 timmar/veckan vardera. Målsättningen för Linan var patienternas ökade socialisering och autonomi som på sikt eventuellt skulle kunna leda till utflyttning i eget boende.

Som när det gäller alla nya vårdformer har behandlingskollektivet Linan behövt söka sina egna vägar. Personalens tålmodiga arbete med patienterna utifrån de behov som förelåg har så småningom fått alltmer strukturerat pedagogiskt/instruktivt innehåll med patienternas ökade resocialisering som resultat. Individuell vårdplanering tillämpades tidigt. Efter ett par års försöksverksamhet permanentades projektet.

Idag är behandlingskollektivet i sin ursprungliga form ett minne blott. Patienterna bor huvudsakligen i enskilt boende; tre bor i egna en-rummare, tre delar på ett större gruppboende, fyra personer bor i två-grupsboende. Patienterna tränas i vardagliga göromål i små grupper i sina egna bostäder, men samhällets resurser - servicecentra, kursverksamhet, hemtjänst etc - utnyttjas också i hög grad. Linan disponerar också en liten buss som används flitigt för gemensamma inköp och utflykter. Vid händelse av eventuell försämring hos någon av de boende har man inrättat en jourplats för att försöka undvika återinläggning på sjukhus.

Under det senaste året har man även etablerat ett nära samarbete med barnpsykiatriska kliniken (BUP) i Malmö. Detta har bl.a. lett till att två 18-åriga pojkar med nydebuterad schizofreni har kunnat komma direkt till Linan från BUP utan någon inläggning på storsjukhuset. Linan är fortfarande under utveckling. Under handledning av psykoterapeut försöker personalen på Linan kontinuerligt och kritiskt utvärdera sina insatser och verksamhetens resultat.

kontaktperson: Janina Lillo-Gil, sektorschef  
 adressuppgift: Sektor Söder, Allmänpsykiatrin,  
 Malmö allmänna sjukhus, 214 01 MALMÖ  
 telefon: vx 040-33 10 00

## **\* BEHANDLINGSCHEM VID ÖSTRA KLINIKERNA I VÄNERSBORG MED INRIKTNING PÅ PSYKOSPSYKOTERAPI OCH SOCIAL TRÄNING FÖR UNGA PSYKOTISKA PERSONER**

Behandlingshemmet är förlagt till en avdelning på ett gammalt mentalsjukhusområde, men klassas som behandlingshem. Det startade i början av 1988 och har idag 12

vårdplatser. På avdelningen genomförs försök med en alternativ typ av utvärdering av behandlingsresultat som utgår från vad patienten upplever av symtom, kontakter och trivsel. Preliminärt försök har visat mätbara positiva effekter då man använt visuell analogskala.

kontaktperson: Göran Björling, bitr. klinikchef

adressuppgift: Psykiatriska kliniken, norra länsdelen, länssjukvården i Älvsborg,  
Östra klinikerna, 462 86 VÄNERSBORG

telefonuppgift: 0521-760 00

#### **\* MILJÖTERAPEUTISK AVDELNING VID ÖSTRA KLINIKERNA I VÄNERSBORG INRIKTAD PÅ BEHANDLING AV BORDERLINE - PATIENTER**

Avdelningen klassas som behandlingshem och har 12 vårdplatser. Patienterna indelas i två grupper. Den ena gruppen koncentrerar arbetet på sociala svårigheter, dålig ekonomi, arbete m.m. Den andra gruppen är mer fokuserad på relationsproblem och arbetar utifrån en gestaltterapeutisk inriktning. Behandlingshemmets upptagningsområde innefattar hela Älvsborgs län, men man tar även emot patienter på remiss från grannlän.

kontaktperson: Göran Björling, bitr. klinikchef

adressuppgift: Psykiatriska kliniken, norra länsdelen, länssjukvården i Älvsborg,  
Östra klinikerna, 462 86 VÄNERSBORG

telefonuppgift: 0521-760 00

## **6. BARN OCH UNGDOMAR**

De exempel på verksamheter som specifikt riktar sig till barn och ungdomar och deras föräldrar återfinns i detta barn- och ungdomskapitel. I avsnittet redovisas diverse olika verksamheter, från barnpsykiatriska spädbarnsverksamheter till lokalradioprogram för ungdomar i RSMHs regi.

#### **\* SPÄDBARNsverksamheten Gryningen i Karlskoga**

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Erling Nyman

adressuppgift: Gryningen, Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen,  
Karlskoga lasarett, 691 81 KARLSKOGA

telefon: vx 0586-664 64, direkt 0586-664 69

**\* MARIA UNGDOMSKLINIK I STOCKHOLM** - missbruksverksamhet där kommun och landsting arbetar integrerat.

Maria Ungdomsklinik består sedan 1988 av två verksamheter, dels ursprungliga Maria Ungdom som idag kallas Södra enheten och som startade redan 1966, och dels den relativt nyöppnade Norra enheten som betjänar norra delen av Stockholm.

På Maria Ungdom arbetar psykiatri och socialtjänst hand i hand. Arbetet bedrivs integrerat mellan de olika personalkategorierna. All personal har egna behandlingsärenden och ingår i behandlingsteam med gemensam handledning och fortbildning. Målgruppen för verksamheten är ungdomar under 20 år med någon form av missbruk.

Maria Ungdom har öppet dygnet runt, året om. I akuta situationer erbjuder mottagningen undersökning av fysisk och psykisk hälsa och sociala bedömningar.

Marias verksamhet skiljer sig från många liknande verksamheter genom följande särdrag:

- integrerat samarbete mellan öppenvård, akutvård och avgiftningsavdelning, kollektiv, familjehem och behandlingshem,
- det intensiva samarbetet mellan psykiatrins personal och socialarbetare som normalt inte arbetar integrerat,
- den långa vårdplaneringen med Maria Ungdomsklinik som vårdbas i en efterföljande vårdkedja som inkluderar ett brett spektrum av behandlingsalternativ.

Slutsats: Vården blir bättre för alla parter genom integrering. Vinsterna är inte enbart ekonomiska utan även personalpolitiska genom ökad trivsel beroende på högre vårdkvalitet. Bättre vård medför bättre resultat med mer nöjda patienter. Huvudmannskapet för Maria Ungdomsklinik delas av Stockholms läns landsting och socialtjänsten i Stockholms kommun.

kontaktperson: Karin Ryö, Norra enheten och Carin Flemström, Södra enheten

adressuppgift: Ungdomsmottagning Maria Norr,  
Lindhagens g. 100, 112 51 STOCKHOLM  
Ungdomsmottagning Maria Söder,  
Wollmar Yxkullsg. 27 E, 116 50 STOCKHOLM

telefon: vx 08-84 00 20 (söder), 08-13 13 00 (norr)

#### **\* RSMHs REGIONALA- OCH LOKALA UNGDOMSSEKTIONER**

Genom arvsfondsmedel har Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) anställt en ungdomskonsulent för att utveckla lokala och regionala ungdomsverksamheter för ungdomar med psykiska problem. En sådan verksamhet är Stockholms ungdomsgrupp - STUNG.

STUNG är en länsgrupp som består av c:a 60 ungdomar från olika delar av Stockholm med omnejd. Gruppen fungerar som en planerings- och informationsgrupp och är dessutom en social träffpunkt. Olika intressegrupper har utvecklats utifrån de behov som framkommit såsom tidningsgrupp, konstgrupp, lägerplaneringsgrupp, tjejgrupp, lokalgrupp och rättsgrupp.

kontaktperson: Anneli Rönnblom, RSMHs undomskonsulent  
 adressuppgift: RSMHs förbundskansli, box 6050, 172 06 SUNDBYBERG  
 telefon: 08-98 01 50, RSMHs förbundskansli

**\* RSMH-UNG I MALMÖHUS LÄN** - ett projekt som syftar till att utveckla gemensamma ungdomsaktiviteter för hela länet och att starta nya ungdomsgrupper i de lokalföreningar inom RSMH som saknar detta.

RSMHs länsavdelning i Malmöhus län har av Barn- och ungdomsdelegationen inom Civildepartementet erhållit projektpengar ur allmänna arvsfonden för att utveckla verksamhet för unga mentalpatienter i Malmöhus län under tiden 1990-1991. Tonvikten i projektet ligger på hjälp till självhjälp, d.v.s. att aktivera de unga mentalpatienterna att själva starta och genomföra aktiviteter. Medlemmar i RSMH, som själva tidigare varit mentalpatienter, vet att jagutveckling och stärkande av självkänslan är av central betydelse då det gäller att finna en väg ut ur de egna psykiska störningarna och psykiatrins grepp. Mentalvården liksom olika institutionaliserande aktiviteter menar man verkar i rakt motsatt riktning. Inom RSMH finns ingen uppdelning i "vi och de", ingen är över- eller underordnad den andre. Alla har lika värde och de unga mentalpatienterna har här en möjlighet att återerövra den fulla medborgarrätt som psykiatrik berövat dem. Projektet består av två huvuddelar:

1. Kamratstödande verksamhet för utvecklande av sociala kontaktnät; läger, helgutflykter, kvällsträffar.
2. Utåtriktad verksamhet för att bryta fördomar om psykvård bland ungdomar; länsungdomstidning, informationsmaterial till skolor, närradiosändningar.

RSMH-Lund har en fungerande ungdomsgrupp med en lönebidragsanställd ungdomskonsulent sedan två år. Med hjälp av lönebidrag från Projekt unga handikappade på Länsarbetsnämnden kan ytterligare två ungdomar anställas för att utveckla verksamheten i hela länet.

kontaktperson: Maths Jespersson, länsombudsman,  
 Jonas Nyberg, länsungdomskonsulent  
 adressuppgift: RSMH-Malmöhus län, Karhögstorg 2,  
 223 55 LUND  
 telefon: 046-12 61 81

### **\* RADIOPROGRAMMET "GALEN UNGDOM" AV RSMH I LUNDS NÄRRADIO**

RSMH-Lunds ungdomsgrupp sänder sedan 1989 ett halvtimmesprogram i Lunds närradio varje tisdageftermiddag. Programmet kallas "Galen ungdom" efter mönster av den danska patientorganisationen Galebevaegelsen - en form av skånsk-dansk självhumor som svenskar längre norrut i landet ibland har svårt att förstå enligt skåningarna. Personalen på S:t Lars förfasar sig över namnet, men patienterna tycker det är bra. Alla de som gör programmet är eller har varit mentalpatienter själva. Programmet består av en blandning av musik och intervjuer. Emellanåt sänds också tretimmars nattsändningar med telefonväktari, tävlingar och skivönskningar. Programmet har en stor lyssnarskara framför allt på sjukhuset - båda bland personal och patienter. Men programmet når också ut till många utomstående eftersom närradiokanalen är populär och kontinuerligt går ut i många livsme-



delshallar och på bussar. Syftet med "Galen ungdom" är att ge unga mentalpatienter möjlighet att kunna uttrycka sina egna erfarenheter, tankar och åsikter om den psykiatriska vården, men också om livet i övrigt.

kontaktperson: Jimmie Trevett; ungdomskonsulent

adressuppgift: RSMH-Lund, Karhögstorg 2,  
223 55 LUND

telefon: 046-12 61 81

material: bandinspelningar av programmen

**\* UNGDOMAR INOM VUXENPSYKIATRIN PÅ PSYKIATRISKA KLINIKEN I PITEÅ** - projekt inom ramen för reguljär verksamhet för att förbättra omhändertagandet och öka specialiseringen mot ungdomar i gränsområdet mellan vuxenpsyk och barnpsyk.

Projektets frågeställning gäller vad psykiatrin kan göra för att förbättra och utveckla bemötandet av ungdomar med psykiska problem inom vuxenpsykiatrin.

Projektets första del var att genom en behovs- och resursinventering skapa underlag för ett förslag till utvecklingsprojekt med avseende på bemötande av ungdomar med psykiatriska problem inom vuxenpsykiatrin. Denna första del är färdig.

kontaktperson: Birgitta Johansson, tf överläkare

adressuppgift: Psyk kliniken, Box 715, 941 28 PITEÅ

telefon: 0911-950 00

**\* PROJEKTET "AUTISM" I JÖNKÖPING** - ett projektet vars syfte är att öka kunskapen och medvetenheten hos dem som arbetar med autistiska barn samt att öka beredskapen när det gäller att kunna lösa problem som uppstår kring de autistiska barnen. Projektet startade årsskiftet 1990/91 och huvudman är Landstinget i Jönköpings län, Norra hälso- och sjukvårdsdistriktets barn- och ungdomspsykiatriska klinik (BUP), i samverkan med sociala nämndens barnhabilitering. Projektets målgrupp är autistiska barn och deras föräldrar, samt övriga vårdgivare, myndigheter och skolor. Inom projektet utför man utredning/inventering av barn med autism och utarbetar stödprojekt avseende familjer och andra vårdgivare. Personalkategorier involverade i projektet är psykolog, kurator, läkare, förskolekonsulent och föräldraföreningsrepresentat (adjungerad).

kontaktperson: Anders Brynge, BUP, Jan Arvidsson, barnhabiliteringen

adressuppgift: Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken,  
Länssjukhuset Ryhov, 551 85 JÖNKÖPING

telefon: vx 036-10 10 00

**\* FÖRSÖKSVERKSAMHET MED FAMILJETERAPI PÅ BARNAVDDELNING I JÖNKÖPING** - med syftet att pröva om familjeterapi ger minskat vårdbehov för patienterna.

Målgruppen är barn som har psykosomatiska problem och som ligger på barnklinik samt föräldrarna till dessa barn. Familjeterapeutiska samtal sker med familjer som väljs ut av barnläkare. Verksamheten startade 1990 och huvudman är Landstinget i Jönköpings län, barn och ungdomspsykiatriska kliniken samt barn- och ungdomsmedicinska kliniken.

Involverade personalgrupper är kuratorer och läkare.

adressuppgift: Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken,  
Länssjukhuset Ryhov, 551 85 JÖNKÖPING  
telefon: vx 036-10 10 00

**\* SAMVERKAN MELLAN BEHANDLINGSHEM OCH SKOLDAGHEM I JÖNKÖPING** - ett utvecklingsprojektet som går ut på att skola och behandlingshem arbetar i undervisningssituationerna för att de barn som vårdas på behandlingshem efter slutförd behandling ska kunna tillgodogöra sig undervisningen i skolan.

Målgruppen utgörs av de barn som finns på behandlingshemmet Prinsgården i Bankeryd samt några andra barn i Jönköpings kommun. Huvudman är Landstinget i Jönköpings län, norra hälso- och sjukvårdsdistriktets barn- och ungdomspsykiatriska klinik, i samarbete med skolförvaltningen i Jönköpings kommun. Utvecklingsprojektet startade 1989. Involverad personal är dels behandlingspersonal vid Prinsgården och dels lärare och fritidsledare.

kontaktperson: Per-Olov Uddmar, avd. förest., Prinsgården  
adressuppgift: Avdelning 64, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken,  
Länssjukhuset Ryhov, 551 85 JÖNKÖPING  
telefon: vx 036-10 10 00

**\* SAMORDNADE SPÄDBARNsverksamheten INOM DE BARNPSYKIATRISKA MOTTAGNINGARNA I KARLSHAMN OCH TRELLEBORG**

Spädbarnsverksamheten i såväl Karlshamn som Trelleborg har i sin nuvarande form en lång förhistoria. Efter 15 års erfarenhet på universitetskliniken i Lund och insikten om att man inom BUP ofta kommer in 10-15 år försent i både barnens och familjernas liv började den nystartade BUP-mottagningen i Oskarshamn ha regelbundna konferenser med MVC, BVC, BB och socialförvaltning. Detta var 1975. 1977 startades en barnpsykiatrisk klinik i Karlshamn, BUP-Familjeverksamheten, och 1983 kom man där igång med en spädbarnsverksamhet.

BUP i Karlshamn, består av en mottagning med 10 terapeuter och 3 sekreterare samt ett behandlingshem på dagtid, Rullegården, med 9 behandlingspersonal. I Spädbarnsverksamheten ingår vissa av BUP:s personal, som dock endast förlägger en del av sin arbetstid på spädbarnsfamiljer. Målgruppen är blivande och nyblivna föräldrar, som av olika orsaker hamnar i kris i samband med graviditet, förlossning och spärbarnstid, samt deras barn. Gemensamt för alla är att problemen ger sådana effekter på relationen mellan föräldrar och barn att familjens och spädbarnens trygghet och utveckling hotas. Familjerna remitteras till Spädbarnsverksamheten huvudsakligen från barn- och mödrahälsovård, barnläkare, BB, vuxenpsykiatri och socialtjänst. Teoretiskt vilar arbetet på en systemteoretisk grund, liksom inom BUP-Familjeverksamheten i övrigt. Man arbetar således med utgångspunkt från att varje familj har ett nätverk av relationer, där kunskap om båda föräldrarnas ursprungsfamiljer har betydelse för förståelsen av de aktuella problemen. Personalens uppgift är att arbeta med de relationer som är av betydelse för familjens sätt att fungera, när någon i familjen signalerar svårigheter. I det fördjupade terapeutiska arbetet bygger tänkandet i hög grad på den psykodynamiska teoribildningen.

Behandlingen inom Spädbarnsverskamheten läggs upp specifikt för varje enskild familj och någon gruppverksamhet förekommer inte. Antingen arbetar man poliklinisk genom regelbundna hembesök eller med samtal på mottagningen. I andra fall erbjuds familjen behandling på Rullegården. Behandlingstiden är mycket varierande i såväl intensitet som tidsåtgång. Den genomsnittliga behandlingstiden på Rullegården är c:a 3 månader. I vissa fall kommer familjen 5 dgr/vecka under flera månader, ibland rör det sig om 2-3 dgr/vecka under längre eller kortare tid. Oftast sker en uppföljning av ärendena under lång tid efter avslutad behandling.

Hösten 1984 flyttade tre av medarbetarna från Karlshamn till mottagningen i Trelleborg och det blev då naturligt att redan från början vid konferenser med barnläkare och socialförvaltning förmedla att man inom BUP-mottagningen var redo att ta emot spädbarnsfamiljer med problem av olika slag. Fr.o.m. årsskiftet 1985 började fem teammedlemmar från den omorganiserade mottagningen i Trelleborg med regelbundna konferenser tillsammans med psykolog från barnhälsovården och BB-Gyn-kuratoren på lasarettet för att planera och genomföra en spädbarnsverksamhet. Fr.o.m. hösten 1985 fanns ett etablerat samarbete med de av socialtjänstens hemvårdare som arbetade i barnfamiljer i form av utbildning och handledning som kom att pågå 1 1/2 år framåt.

Under våren 1987 kunde den sedan länge planerade dagverksamheten för spädbarnsfamiljer dra igång. Sjukvårdsdistriktet ställde en trerumslägenhet till verksamhetens förfogande. Två nya tjänster inrättades, som tillsattes med sjuksköterskor, efter bedömning att det var lämpligt ur samarbetsynpunkt eftersom det framför allt är sjuksköterskor inom MVC, BVC och BB. Knutet till spädbarnsverksamheten finns även läkare, psykolog och kurator från mottagningen med en insats på 2-8 timmar/vecka. På BUP-Familjemottagningen arbetar f.ö. 11 terapeuter och 2 sekreterare f.n.

Organisatoriskt är behandlingsinsatserna i den samverkande spädbarnsverksamheten planerad som en kedja av insatser av olika intensitet. *Nivå I* utgör den rådgivning och det stöd som sker på MVC, BVC och BB. Från spädbarnsverksamheten bidrar man med föreläsningar, regelbundna konferenser och handledning. *Nivå II* utgör det arbete som barnhälsovårdspsykolog och BB-Gyn-kurator utför med familjer som behålls på den nivån. *Nivå III* är BUPs dagverksamhet och vanliga BUP-mottagningens samtalskontakter. Hit kommer spädbarnsfamiljer genom remiss.

**Till dagverksamheten** kommer familjer som upplever behov av tätare och mer praktisk kontakt. Till lägenheten kommer en familj i taget. Efter en intensivkontakt ett par veckor övergår man vanligtvis till en glesare kontakt; 1 gång/vecka till 1 gång/månad. De längsta kontakterna med spädbarnsfamiljer har varat 4-5 år. Det rör sig då om mödrar och fäder som själva haft en mycket svår uppväxt. På dagverksamheten arbetar man med praktiska problem och med störda relationer, främst mellan barn och föräldrar men även mellan föräldrarna.

Som teoretiska lärofäder återfinns Margret Mahler, Melaine Klein, Selma Freiberg, D W Winnicot samt E Homburger-Eriksson och man använder sig av s.k. holdingterapi enligt barnpsykiatern Martha Welshs metod. Samtliga som arbetar inom verksamheten är väl utbildade i familjeterapi. Som gemensam grund utgår man från att barnets lagbundna psykosociala utveckling flätas in i föräldrarnas pågående personliga utveckling som i sin tur beror av deras barndom. Ofta spårar man samlevnadsmonster upp till 3-4 generationer tillbaka. Man upplever en läkande effekt av att föräldrarna ser sina generationsmonster.

Inom dagverksamheten förekommer i princip enbart frivilliga behandlingskontakter. Dock kan socialförvaltningarna låta vissa utsatta familjer välja mellan dagverksamheten eller dygnet-runt-vård på spädbarnshemmet Klövergården i Lund, som tillsammans med den barnpsykiatriska familjeavdelningen på S:t Lars utgör *nivå IV*. Ett behandlingshem för missbrukande föräldrar med späda barn är en önskad femte nivå.

Vad gäller samverkan f.n. hålls regelbundna anmälnings- och behandlingskonferenser en gång/vecka dit inremitterande är välkomna. Varannan vecka träffar man barnhälsovårdssykeologen, BB-Gyn-kuratorn samt en socialsekreterare kring gemensamma ärenden och för planering av fortsatt information och utbildning.

I mars 1991 hade samordnade spädbarnsverksamheten i Trelleborg officiellt varit i gång i fyra år. Under den tiden har man haft kontakt med cirka 80 familjer, varav 46 familjer i dagverksamheten. Varje år har man i genomsnitt tagit emot 20-30 familjer med barn under ett år. Erfarenheterna från spädbarnsverksamheten har även berikat BUP-mottagningen i arbetet med t.ex. tonårsfamiljer. Vid BUP-mottagningen i Trelleborg anser man att det inom varje barnpsykiatrisk mottagning ska finnas kompetens och intresse för att arbeta med späda barn och familjer. En dagverksamhet anser man utan tvekan vara en viktig del inom barnpsykiatrin eftersom man där har behov av att utveckla andra behandlingsformer än sedvanliga samtalskontakter.

kontaktperson: Marie-Louise Teurneau-Grelz, kurator  
adressuppgift: Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen,  
Östervångsv. 231 55 TRELLEBORG  
telefon: 0410-558 50

kontaktperson: Inger Källner, kurator  
adressuppgift: BUP-Familjeverksamheten, N.  
Fogdelyckeg. 33 C, 374 38 KARLSHAMN  
telefon: 0454-145 10

## 7. PRIMÄRVÅRDENS INSATSER

Exempel på insatser som erbjuds psykiskt störda inom primärvårdens ram, d.v.s. på vårdcentral, eller insatser som erbjuds av personal knutna till vårdcentral återges i detta kapitel. Det finns även exempel på verksamheter där primärvården står som arbetsgivare för vissa av de anställda, men där dessa är permanent stationerade i andra lokaler än vårdcentralen (se t.ex. Ringen-gruppen inom Jämtlands läns landsting som beskrivs i del I i rapporten). Exempel på verksamheter där primärvården står som huvudman eller där primärvården samverkar med andra huvudmän kan även återfinnas under andra kapitel, främst kapitel 8, 9 och 10.

## \* KOMMUNBASERAD SOCIALPSYKIATRI I JÄMTLANDS LÄN

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

### SOCIALPSYKIATRISKA BASRESURSER:

kontaktperson: Sven Jonasson, Kommunförbundet i Jämtlands län, 063-14 43 30  
Bo Stencrantz, Landstingets kansli, 063-14 75 56  
adressuppgift: Kommunförbundet i Jämtlands län, Box 350, 831 25 ÖSTERSUND  
Jämtlands läns landsting, Box 602, 832 01 FRÖSÖN

### KOMPASSEN:

kontaktperson: Jan Olov Fernlund, Östersunds kommun, 063-14 38 16  
Ylva Hansson, Östersunds kommun, 063-14 36 30  
adressuppgift: Östersunds kommun, Rådhuset, 831 82 ÖSTERSUND

## \* PSYKOSOCIALA TEAM INOM PRIMÄRVÅRDEN I SKARABORGS LÄN

I Skaraborgs län har psykiatrin utformats delvis annorlunda än på många andra håll i Sverige p.g.a. en ovanligt stark satsning på decentraliserad sjukvård för all sjukvård inom landstinget, den s.k. Skaraborgsmodellen. Enligt planen "Psykisk hälsa i Skaraborg" (Skaraborgs läns landsting, 1986) ankommer det bl.a. på primärvården att ta ansvar för delar av det förändringsarbete som krävs för att genomföra planen. I den starka satsningen på primärvård har bl.a. psykiatriska resurser överförts från länsjukvården. Av landstingets 17 primärvårdsområden har flertalet idag inrättat psykosociala arbetsgrupper eller team. Utformningen av teamen skiljer sig något åt beroende på lokala behov. I Habo och Mullsjö består teamen av kliniskt arbetande vuxenpsykolog, psykiatrisk sjuksköterska alternativt förste skötare, 1-2 kuratorer, barn- och mödravårdspsykolog samt psykosomatiskt inriktad sjukgymnast, vilka är inlemmade i vårdcentralens organisation med gängse personal och mottagningar. Ett resultat av satsningen på psykosocial kompetens inom primärvården är att inläggningarna på psykiatrisk klinik har minskat sedan arbetsgrupperna infördes i mitten av 1980-talet.

kontaktperson: Lillemor Essvik, psykolog  
adressuppgift: Primärvården, Box 204, 566 00 HABO  
telefon: vx 036-410 00  
material: Psykisk hälsa i Skaraborg (1986), artikel i Läkartidningen (nr35/1990): Vad gör psykologer i primärvården?

\* **SÄRESTADS FAMILJEVÅRDSHEM I SKARABORG** - en alternativ vårdform där primärvårdens psyko-sociala team (se ovan) ansvarar för behandling/rehabilitering och familjehemmet ansvarar för bastygghet i form av social trygghet och stimulans. Familjevårdshemmet har plats för sex personer och används som långtidsboende, växelboende samt dagverksamhet.

kontaktperson: Ove Gustavsson, primärvården Grästorp, 0514-113 20  
Conny Lidberg, primärvården Lidköping, 0510-850 70

**\* SAMVERKAN PSYKIATRI - PRIMÄRVÅRD KRING SJUKGYMNASTIK I REGI AV PARAMEDICINSKA BASENHETEN VID BECKOMBERGA SJUKHUS I STOCKHOLM** - ett projekt inom ramen för ordinarie budget där primärvårdens distriktssjukgymnaster efter bedömning delegerar behandling av patienter med psykosomatiska besvär till psykiatriskt arbetande sjukgymnaster på Beckomberga sjukhus.

Syftet med projektet har varit att undersöka de praktiska möjligheterna att erbjuda vissa av primärvårdens patienter behandling hos psykiatriskt arbetande sjukgymnaster. Kriterierna har varit att dessa patienters kroppsliga besvär bedöms vara relaterade till psykiska faktorer, stressreaktioner etc, som yttrar sig i muskulära spänningstillstånd, diffusa smärttillstånd utan patologi, spänningshuvudvärk eller liknande. Utgångspunkten har varit att möjligheterna till behandling på Beckomberga skulle vara bättre avseende lokaler, behandlingstid, behandlingsmetoder och sjukgymnasternas kunskaper. Antal patienter begränsades till högst tio och patientarbetet startade i september 1989. Utvärdering av projektet bestämdes till januari 1990. Till projektet vidareremitterades fem patienter från primärvården till Beckomberga sjukhus.

Valet av primärvårdsområde avgjordes delvis av den geografiska närheten. Eftersom den erbjudna behandlingen förutsätter lång behandlingsperiod med relativt många behandlingar blir närhet till behandlaren extra viktig. Dessutom är hög motivation hos patienten en förutsättning. Anledningen till att sjukgymnasterna på Beckomberga tagit initiativ till projektet sammanhänger med Beckombergas succesiva avveckling och att de psykiatriska sektorerna saknar möjlighet att ta emot sjukgymnaster för arbete i öppenvårdsteam. Från de psykiatriska sjukgymnasternas sida hoppas man på samarbete med sjukgymnaster även i andra närliggande primärvårdsområden. Farhågorna att en negativ koppling till namnet Beckomberga skulle avskräcka patienter från besök tycker man sig inom projektet kunna avfärda. Från projektet menar man att samverkan gällande denna patientkategori är genomförbar med ganska enkla medel. För att få bättre underlag för utvärdering förlängdes projektet till januari 1991 och ytterligare 10 - 15 patienter togs in i projektet. Slutrapport planeras till våren 1991.

kontaktperson: Jörgen Helgeson, sjukgymnastikavdelningen  
 adressuppgift: Paramedicinska basenheten, Västra Stockholms sjukvårdsområde,  
 Beckomberga sjukhus, 161 04 BROMMA  
 telefon: vx 08-87 00 40

**\* TROSSÖPROJEKTET I KARLSKRONA** - ett samarbete primärvård, psykiatri och psykiateriatrik m.fl.

Inom centrala Karlskrona bor mellan 2500 och 3000 personer som är över 65 år. För den gruppen planeras en uppsökande screening för att kartlägga handikapp, kroppsliga krämpor, minnessvaghet och behov av sysselsättning. Insamling av data görs av primärvården och psykiatrin. I projektet medverkar också psykiateriatriken och senare kommer även socialtjänsten att medverka. Från Centrallasarettet medverkar röntgen, fys.lab. och kem.lab. Datainspektionen har medgivit att 67-åringar och 77-åringar får ingå initialt.

Vid handikapp eller kroppslig sjukdom bedömer primärvårdens läkare om åtgärder är behövliga. Vid minnessvaghet görs utförligare skattningar, blodkemiska undersök-

ningar, CT-skalle och cerebral flödesmätningar. Detta sker i samarbete mellan psykiatrin och psykogeriatrinen. De som har behov av sysselsättning erbjuds att komma till psykiatriska kliniken för en information om minnessvaghet, familjekris vid minnesförsvagning, det normala åldrandet samt vikten av hjärngymnastik för att motverka minnesförsvagning. Därefter erbjuds de att i lag om två ta hand om en färdigutredd minnesförsvagad pensionär samt föreslås regelbunden handledning hos personal på psyk. kliniken.

I juni 1990 hade ca 40 personer genomgått den initiala screeningen. Utredning av handikapp, och kroppsliga sjukdomar samt av minnessvaghet hade vid samma tidpunkt påbörjats. Enligt planering ska projektet genomföras med befintlig personal som en del i förebyggande arbetet. Deltagande personal har upplevt kontakten med icke-sjukvårdssökande pensionärer som givande. Pensionärerna har varit tacksamma för att någon frågat efter dem. De kanske lite laddade frågorna kring minnessvaghet har också tacksamt accepterats av pensionärerna, som belägg för att någon bryr sig om deras situation. Utan att man äskat om det erbjöd landstinget tillfällig förstärkning i form av en socioterapeut, vilket underlättat förverkligandet av projektet högst avsevärt.

kontaktperson: Sven Vallbo, ÖL,  
Ann-Christin Svensson, förest.  
adressuppgift: Karlskrona Väst psykiatriska mottagning,  
Ronnebygatan 40 2tr, 371 33 KARSLKRONA  
telefon: 0455-885 20

## 8. CASE-MANAGEMENT, KONSULTATION OCH PERSONALUTBILDNING

I det här kapitlet tas verksamheter upp där samverkan mellan psykiatri och andra samhällsinsatser är en grundläggande utgångspunkt. I flertalet av de beskrivna verksamheterna ingår socialtjänsten som samverkanspart. I flera exempel ingår även primärvården, arbetsvården, m.fl.

Kapitlet innehåller bl.a. exempel på s.k. case-mangement och liknande verksamheter. Här finns även exempel på konsultation och personalutbildning som sker i samverkan mellan psykiatrin och främst socialtjänsten, alternativt primärvården. Här finns också ett exempel där patientorganisationen RSMH tagit fram ett utbildningspaket till personal inom hemtjänsten.

Intern utbildning inom resp. organisation har inte tagits med alls i denna publikation. När det gäller utbildning för patienter återfinns dessa exempel huvudsakligen inom kapitel sex. Utbildning för patienter i anslutning till träfflokaler finns under rubriken meningsfullt dagsinnehåll (kap. 10).

### \* RÖRLIGA VÅRDTEAMET (RVT) I UMEÅ

*verksamheten beskrivs utförligt i i del I*

kontaktperson: Thori Larsson, Margareta Lundell  
 adressuppgift: Rörliga vårdteamet, Psykiatriska kliniken,  
 Regionsjukhuset, 901 85 UMEÅ  
 telefon: 090-10 26 71

### \* FÖRSÖKSVERKSAMHET MED CASE-MANAGEMENT INOM KUNGSHOLMENS PSYKIATRISKA SEKTOR I SAMARBETE MED SOCIALTJÄNSTEN I STOCKHOLM

Kungsholms sektorns patienter som behöver sjukhusvård p.g.a. en långvarig psykos läggs in på avd. 62 på S:t Görans sjukhus. För att få till stånd effektivare rehabilitering har avd. 62 omorganiserats samtidigt som en psykosenhet har etablerats inom sektorn där både öppen- och slutenvården (d.v.s. avd. 62) ingår. Kontinuiteten stärks både genom utökat kontaktmannaskap, där kontaktmännen från slutenvården "slussar ut" patienterna till öppenvården och genom integrationen av öppen- och slutenvården i planeringshänseende (Projekt 62 del I).

Amerikanska erfarenheter har visat att kontinuitet behövs även utanför psykiatrin vid rehabilitering av långvarigt psykiskt sjuka. Case-management (CM), som har växt fram som en lösning för detta, kan beskrivas som ett professionellt nätverk kring patienten, i samarbete med familjen, för att hjälpa patienten att hitta rätt i det komplicerade samhället. Kungsholms sektorns CM-projektet har som övergripande syfte att genom kunskap om patientens förutsättningar och samhällets medel (socialtjänst, arbetsvård, försäkringskassa m.m.) stödja, utveckla och rehabilitera patienten till en högre livskvalitet (Projekt 62 del II). Under en treårsperiod med start 1990-09-01 ska projektet utveckla och utvärdera en svensk case-management funktion som fungerar över gränserna mellan socialtjänsten och psykiatrin. Genomförandet sker i form av ett samarbete mellan socialtjänstens distrikt 3 i Stockholm och psykosenheten inom Kungsholmssektorn. Projektet, som har planerats i samråd med Psykiatriutredningen, består av tre faser.

**I en utvecklingsfas** etableras två case-management team (stödteam). Ett stödteam består av fyra personer; socialsekreterare (20 tim/vecka), kurator (10 tim/vecka), kontaktperson (sjuksköterska eller skötare) (40 tim/vecka) och läkare eller psykolog (10 tim/vecka). Riktlinjer för deras arbete utformades och stödteamen fick under sex månader utveckla ett fungerande arbetssätt. Patienternas nuläge samt stödteamens förväntningar mättes. Teammedlemmarna ges obligatorisk utbildning i bl.a. case-management i Sverige, syn på schizofreni, rehabiliteringsprogram, tidiga varnings-tecken, social färdighetsträning, psykiatri alt. socialtjänst m.m.

**I en genomförande fas** (fr.o.m. 01.03.91.) får varje stödteam arbeta med tio patienter under två års tid. Projektets målgrupp är de patienter som nu riskerar att få långa vårdtider med hospitaliseringsskador som följd genom att de inte klarar sig i öppen vård utan extra stödresurser. De ska ha diagnosticerats som långvarigt (mer än 6 månader) psykotiska. Urvalet av patienter mellan försöksgrupperna (de två teamens s:a 20 patienter) och en kontrollgrupp skedde slumpmässigt (varannan) utifrån de patienter som skrevs in på avd. 62. Kontrollgruppen utan stödteam har tillgång till



exakt samma behandlingsutbud som stödteamens patienter. Stödteamets uppgift är att planera de åtgärder som behövs för att patienterna ska få bästa möjliga service och vård som de aktuella resurserna i samhället kan erbjuda. Vidare ska stödteamet ta ansvar för att åtgärderna genomförs. Stödteamet träffas rutinmässigt en gång i månaden, men kan vid behov ha tätare möten. Mötena utgår från psykiatrins individuella vårdplaner som byggs ut efter behov. Patienten inbjuds till alla möten som har med honom/henne att göra. I genomsnitt får varje teampatient totalt 6,5 timmar i veckan av teamets tid, varav cirka 0,5 timmar används för case-management möten. Ansvaret för stödteamet vilar på socialtjänsten och socialsekreteraren blir sammankallande.

**I en utvärderingsfas** ska utfallet prövas genom mätning av: individuell inläggnings-tid, LSPV intagningar, symtomnivå, medicin konsumtion, jagstyrka, livskvalitet, sociala nätverk, social funktionsnivå och de anhörigas börda samt stödteamens erfarenheter. Projektets huvudhypotes är att case-management genom att effektivisera rehabiliteringsprocessen bidrar till en positiv utveckling för schizofrena patienter jämfört med utvecklingen för samma patientkategori utan case-management. En sekundär hypotes är att, om en positivare utveckling för patienterna kan skönjas, så kommer den personal som ingår i stödteamen att uppleva arbetet som stimulerande och tillfredställande, vilket i sin tur bidrar till minskad personalomsättning och sjukfrånvaro. Sammanlagt beräknas projektet kosta runt 2,3 miljoner för 3 år, exkl. lokalkostnader samt personalkostnader under genomförandefasen. Projektet har beviljats medel för första året från arbetslivsfonden.

kontaktperson: Anna Åberg Wistedt, projektledare, Tim Cressel, utvärderare  
 adressuppgift: Kungsholmens psykiatriska sektor, Serafens sjukhem,  
 Bolinders plan 1, 112 24 STOCKHOLM  
 telefon: vx 08-654 06 00

**\* SAMVERKANSPROJEKT FÖR PSYKISKT HANDIKAPPADE I LUND** - ett s.k. LOSA-projekt som socialförvaltningen driver tillsammans med Landstinget sedan 1986.

Två socialsekreterare är knutna till projektet. De arbetar med samverkansfrågor mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst. I deras tjänster ingår att utreda behoven av särskilda resurser för psykiskt handikappade samt för de missbrukare som har en psykiatrisk problematik. I tjänsterna ingår dessutom att genom individuella kontakter med psykiskt handikappade erbjuda den enskilde adekvat vård och stöd.

kontaktperson: Lena Adolfsson, Gunilla Nilsson, socialsekreterare  
 adressuppgift: Socialförvaltningen, Box 5, 221 00 LUND  
 telefon: 046-35 55 14

**\* SAMS-VERKSAMHETEN INOM KLINIK 1 I LJUNGBY** - en samverkansgrupp för länssjukvårdspsykiatrin och socialtjänsten som tillkommit genom samarbetsavtal mellan landstinget och Markaryds kommun.

För att leva upp till den nya öppnare psykiatrins intentioner där fler människor med psykiska besvär ska vårdas hemma behövs psykiatriutbildad personal ute på fältet tillsammans med primärvård och socialtjänst. Inom Markaryds kommun skall

SAMS-gruppen fylla den funktionen. Verksamheten påbörjades i oktober 1988 och omfattade då två sjuksköterskor. Fullt utvecklat ska SAMS-gruppen bestå av en avdelningsföreståndare, tre sjuksköterskor samt sex skötare fördelade på de tre områdena Ljungby, Markaryd och Älmhult. Personalen är anställd av det psykiatriska sjukvårdsdistriktet (PSD) och tillhör psykiatriska klinik 1 i Ljungby.

När arbetet startade gick SAMS-personalen ut och intervjuade sina blivande samarbetspartners för att skaffa personkännedom och insikt i deras arbetsfält. Samtidigt började man även arbeta aktivt på fältet med gemensamma hembesök. Man gjorde även en inventering av depotpatienter och en nätverkssammansättning av dessas kontakter med vårdgivare och statliga instanser. Detta projekt följs upp varje år då samtliga depotpatienter kallas för bedömning och provtagning.

SAMS-gruppens huvudarbetsuppgifter idag är preventivt psykiatriskt omvårdnadsarbete i form av:

- utbildningsinsatser till socialtjänsten och primärvården,
- handledning och konsultationsinsatser,
- klarlägga psykiatriska omvårdnadsbehov,
- utveckla samarbetsformer för psykiatri, primärvård och socialtjänst.

SAMS-personalen förlägger också en del av sitt arbete till kommunernas gruppboende för psykiskt handikappade och tillhörande aktivitetscentraler. Dessutom ansvarar man för att de patienter som lider av långvariga psykoser har en kontaktman bland skötarna inom SAMS-gruppen. Den primära kontaktmannen ombesörjer att patienten har en individuell omvårdnadsplanering och att denna hålls aktuell. Kontaktmannen bör också arbeta för att förebygga återinsjuknande och handla snabbt om patienten mår dåligt genom att vara lyhörd för signaler från patienten själv eller dennes omgivning. Syftet är att höja omvårdnads kvaliteten för dessa människor.

I enlighet med SAMS-avtalet planerar och genomför SAMS-gruppen även utbildningsdagar för socialtjänstens och primärvårdens personal. På SAMS-gruppens ansvar ligger bl.a. att hålla i de s.k. dag 2- och dag 3- utbildningarna, där dag 2 riktar sig till såväl hemtjänst- som primärvårdspersonal medan dag 3 riktar sig endast till hemtjänsten. Dag 2 är utformad så att varje enhet inom klinik 1 kortfattat presenterar sin verksamhet. Dag 3 bygger på att hemtjänstpersonalen får arbeta med autentiska patientfall utvalda av SAMS-gruppen. Under dag 3 arbetar man i mindre grupper där lösningar kring varje enskilt fall diskuteras. Även för primärvårdspersonalens del finns en dag 3 planerad som skall behandla psykofarmakas verkningar och biverkningar i enlighet med primärvårdspersonalens egna önskemål.

Förutom dag 2- och dag 3-utbildning ägnar SAMS-gruppen en hel del tid åt att ge utbildning och handledning på fältet och arbetar då i huvudsak enligt den s.k. metaplanmodellen. Oftast handlar det om att ge handledning kring problem som uppstått i relationen mellan patient och vårdgivare, främst då med primärvård eller hemtjänst, men handledning ges även till servicehus, vårdhem och dagcentraler e.t.c. Från SAMS-gruppen jobbar man då oftast med patientbemötande och patientförståelse. Man kan t.ex. informera om patientens sjukdom e.t.c. De flest av dessa ärenden är icke psykiatripatienter och det handlar då om förebyggande psykiatriskt arbete.

Slutligen bedriver SAMS-gruppen en hel del utåtriktad verksamhet. Bl.a. har man varit inne på vårdhögskolor och presenterat SAMS-verksamheten. Man arbetar även med dokumentation av såväl SAMS-verksamheten som av övriga klinikens arbete

med hjälp av videofilmatisering, diaspel och skriftlig information.

kontaktperson: Pia Svensson, samordn. SAMS i Ljungby  
 adressuppgift: SAMS-verksamheten, Psykiatriska klinik 1,  
 Lasarettet, 341 82 LJUNGBY  
 telefon: 0372-87627

**\* RSMHs UTBILDNINGSPAKET "UTVÄGAR" FÖR HEMTJÄNSTEN** - utbildningsinsatser för hemtjänstens vårdbiträden i öppen vård framtaget av patientorganisationen RSMH.

Anledningen till att man från RSMH vänder sig just till hemtjänstens personal är bl.a. för att man tror att hemtjänsten är bättre än psykiatin på att hitta lösningar på de problem som uppstår när människor blir sittande ensamma i sina lägenheter. Studiematerialet består dels av boken "Utvägar" och dels av en film "Sara - mellan två världar". Tanken är att utbildningen ska ske i studiecirkelform och att personer med självfarenhet av psykiatrisk vård ska kunna medverka som "vägledare". Utbildning behövs därför ske i två steg. Först utbildas en kader av personer med självfarenhet till vägledare och de blir i sin tur de som möter vårdbiträdena under studiecirkelns gång. Under hösten 1990 höll RSMH två informatörskurser, endagsseminarier, för personer med självfarenhet. Under våren 1991 har man bl.a. vid RSMH i Västerås tagit emot vårdskole-elever och en grupp vårdbiträden som arbetar speciellt med missbrukare och psykiskt störda och som under våren ska använda studiematerialet.

kontaktperson: Kjell Broström, RSMH:s förbundskansli  
 adressuppgift: RSMHs förbundskansli, Box 6050, 172 06 SUNDBYBERG  
 telefon: 08-980150

**\* PSYKIATRIUTBILDNING FÖR SOCIALTJÄNST I SAMVERKAN (PUSS) - ETT TVÅ-ÅRIGT UTBILDNINGSPROJEKT I FYRA KOMMUNER I ÖSTERGÖTLAND**

Våren 1988 tecknades ett psykiatriavtal där Östergötlands läns landsting och berörda kommuner bl.a. kom överens om en utbildningssatsning för socialtjänstpersonal inom kommunerna i östra hälso- och sjukvårdsdistriktet; Norrköping, Finspång, Söderköping och Valdemarsvik. Inom Norrköpings kommun anställdes två projektsekreterare som hade i uppgift att planera och genomföra utbildningsinsatserna. Landstinget tillsköt pengar i enlighet med avtalet. Sammanlagt för de fyra kommunerna rörde det sig om ca 900 000 kronor för det första verksamhetsåret. Från primärvårdens sida fanns intresse för att låta distriktssköterskorna delta i utbildningen och man köpte därför in sig på utbildningsplatser, vilket tillförde 120 000 kronor till projektet under första verksamhetsåret.

Utbildningsprojektets innehåll var fokuserat på psykiatris omstrukturering mot öppnare vårdformer. Berörda målgrupper för utbildningen inom socialtjänsten var:

1) samtliga vårdbiträden, 2) samtliga hemtjänstföreståndare, 3) samtliga sektionschefer, inspektörer och likn., 4) samtliga föreståndare inom barnomsorgen, 5) ett urval av socialsekreterare, personal vid behandlingshem etc.

Utbildningens mål var:

- att skapa en gemensam grundsyn på vård och omvårdnad av personer med psykiska störningar som ökar förutsättningarna för en effektivare samverkan,
- att berörd personal får nödvändiga baskunskaper för vård och omvårdnad av människor med psykiska problem,
- att öka kunskapen om såväl hälso- och sjukvårdens som socialtjänstens organisation samt uppgifter och skyldigheter i relation till människors behov,
- att få ökad insikt i de känslor och relationer man möter i kontakten med personer med psykiska problem.

Utbildningsinnehåll och tidsomfattning såg olika ut för de skilda personalkategorierna. Hemtjänstföreståndare och distriktssköterskor fick 3 studiedagar medan t.ex. vårdbiträden fick 0,75 studiedag och sektionschefer m.fl. fick 0,5 studiedag. Hösten 1988 påbörjades utbildningen för de högst prioriterade målgrupperna; vårdbiträden samt föreståndare inom äldreomsorgen. Projektet avslutades under 1990.

kontaktperson: Peter Wahlberg, enhetschef

adressuppgift: ÄOH-enheten, Socialförvaltningen,  
Norrköpings kommun, 601 81 NORRKÖPING

telefon: 011-15 77 58

#### **\* FÖRBÄTTRAD SAMVERKAN VIA ÖPPENVÅRDSTEAM I LYCKSELE, WILHELMINA OCH STORUMAN**

I Lycksele finns ett dubblerat öppenvårdsteam vid den psykiatriska mottagningen. I Wilhelmina och Storuman finns enkla team. Varje team består av en psykolog, en sjuksköterska, en mentalskötare, en kurator och en sekreterare. Vid teamen i Storuman och Wilhelmina finns en överläkare minst en dag i veckan. Vid det dubblerade teamet i Lycksele finns en överläkare som även serverar Storuman. I en stabsfunktion finns arbetsterapeut, sjukgymnast och psykolog att tillgå för alla tre teamen i varierande utsträckning. Det dubblerade teamet i Lycksele får tjäna som exempel på hur samarbetet är upplagt.

Det mest omfattande samarbetet f.n. sker med den sociala hemtjänsten. Regelbundna träffar äger rum en eller flera gånger i månaden för handledning och utbildning. De psykiatriska mottagningarna bedriver utbildning av hemtjänstpersonal i flera kommuner. Utbildningen bedrivs i studiecirkelform. Stödgrupper för psykiskt långtidssjuka har etablerats i samarbete med hemtjänsten i flera kommuner. I Lycksele sköts gruppen helt av hemtjänstens personal med endast handledning från Psykiatriska mottagningen. En relativt öppen patientgrupp drivs kvällstid i Lycksele i samarbete med hemtjänst, RSMH och personal från boendekollektivet Diligensen. En grupp med kroniskt depressiva kvinnor drivs av personal från Psykiatriska mottagningen i Lycksele. Denna verksamhet bedrivs från årsskiftet 1990/91 i samarbete med kommunen och planeras att på sikt drivas helt i kommunal regi. I flera kommuner finns dagcentraler som har initierats via stöd från psykiatrin.

Vad gäller samarbete med primärvården så hålls regelbundna träffar med distriktsköterskorna i alla kommuner. Vid dessa möten diskuteras behandlingen av olika individuella patienter. Personal från psykiatrin handleder samt kan vid behov mer eller mindre aktivt gå in i behandlingen. Även distriktsläkarna har inbjudits att

delta, men detta sker i mindre omfattning. Överläkarens samarbete med primärvård-  
 en sker främst genom telefonkonsultationer från distriktsläkare och distriktsköter-  
 ska samt vid mer eller mindre akuta psykiatriska bedömningar. Överläkarens mål-  
 sättning är hög tillgänglighet för konsultation och vid behov övertagande av behand-  
 lingsansvar.

Vad gäller övrigt samarbete så finns det en representant från Lycksele psyk-team i  
 flyktinggruppen, som samarbetar bl.a. med flyktingsamordnaren. Representanter  
 finns även i lokala reha-grupper. Det förekommer också regelbundna träffar mellan  
 representanter för psykiatriska mottagningarna och representanter för kommuner för  
 diskussion om de övergripande riktlinjerna beträffande omvårdnad och stöd till lång-  
 tidssjuka.

kontaktperson: Agneta Johansson, föreståndare psyk. mott. i Lycksele  
 adressuppgift: Psykiatriska mottagningen, Lasarettet,  
 Hedlundavägen, 921 00 LYCKSELE  
 telefon: 0950-392 70

#### **\* DEMENSTEAMSVERKSAMHET VID PSYKOGERIATRISKA KLINIKEN PÅ LÄNSSJUKHUSET RYHOV I JÖNKÖPING**

Huvudsyftet med demensteam är att få en välfungerande poliklinisk verksamhet.  
 Teamens målgrupp är främst personal inom hemtjänst och primärvård. Demenstea-  
 mens uppgift är att öka vårdgrannarnas kunskaper om åldersdemens och om de  
 åldersdementas behov samt att informera om vilka tjänster den psykiatriska  
 kliniken kan erbjuda. Man ger även konsultation kring vårdtagare med dement be-  
 teende, handledning i personalgrupper samt stöd till anhöriga. Huvudman för verk-  
 samheten är Landstinget i Jönköpings län, norra hälso- och sjukvårdsdistriktet, psy-  
 kogeriatriska kliniken. Verksamheten startade 1989.

kontaktperson: Elisabeth Liljegren, psykiatriska kliniken mottagning  
 adressuppgift: Psykiatriska kliniken, Hus M8,  
 Länsjukhuset Ryhov, 551 85 JÖNKÖPING  
 telefon: 036-10 32 09 eller 10 32 40

#### **\* HANDLEDNING TILL HEMTJÄNSTPERSONAL AV SÖDRA PSYKIAT- RISKA SEKTORSKLINIKEN I JÖNKÖPING**

Syftet är att göra hemtjänstpersonalen mer säker i arbetet med psykiskt sjuka. Mål-  
 gruppen är de bland hemtjänstpersonalen som arbetar med psykiskt sjuka. Från  
 psykiatrin ger man handledning till hemtjänstpersonal kring omhändertagande av  
 psykiskt sjuka som bor i hemmet. Handledningen sker i form av studiecirkel och ges  
 av sjuksköterskor från psykiatrin. Huvudman för verksamheten är Landstinget i  
 Jönköpings län, norra hälso- och sjukvårdsdistriktet. Verksamheten startade 1990.

kontaktperson: Bengt-Åke Renblad  
 adressuppgift: Södra psykiatriska sektorskliniken, Tornfalksgatan 11, JÖNKÖPING  
 telefon: 036-10 33 00

### \* UTVECKLING AV SAMARBETE MED SOCIALTJÄNST OCH PRIMÄRVÅRD INOM PSYKIATRISKA SEKTORN I HUSKVARNA

Genom att erbjuda handledning och utbildning via öppenvårdsmottagning och dagvårdsenhet till vårdbiträden inom hemtjänst, hemtjänstassistenter och primärvårdens distriktssköterskor vill man från psykiatrisektorn stötta vårdgrannarnas personal så att de bättre kan ta hand om psykiatriska patienter. Huvudman för verksamheten är Landstinget i Jönköpings län, norra hälso- och sjukvårdsdistriktet. Verksamheten startade 1986. Personalkategorier från psykiatrin som ger handledning är skötare, arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer, sjuksköterskor.

kontaktperson: Allan Comstedt  
adressuppgift: Östra psykiatriska sektorskliniken,  
Rosenborgsgatan 26 A, 561 31 HUSKVARNA  
telefon: 036-10 33 50

### \* PROJEKT "TILLGÄNGLIGHET" I JÖNKÖPING

Genom förbättrad personalberedskap, information och handledningsinsatser vill man från sektorn göra psykiatriska mottagningens verksamhet mer tillgänglig för patienter och andra vårdgivare. Målgruppen är främst akut sökande patienter samt personal inom primärvård och socialtjänst. Särskilda insatser inom projektet syftar till förbättrade insatser för flyktingar och för handledning, rådgivning, utbildning riktade mot socialtjänsten, främst hemtjänsten och primärvården. Avsikten med projektet är också att kartlägga ett framtida behov av insatser på ovanstående områden och föreslå hur dessa ska kunna integreras i den övriga verksamheten. Huvudman för verksamheten är Landstinget i Jönköpings län, norra hälso- och sjukvårdsdistriktet, södra psykiatriska sektorskliniken. Projektet startade 1989. Huvudsakliga personalkategorier som arbetar med projektet inom psykiatrin är sjuksköterskor, skötare, psykolog och arbetsterapeuter.

kontaktperson: Hans Arvidsson  
adressuppgift: Södra psykiatriska sektorskliniken, Tornfalksgatan 11, JÖNKÖPING  
telefon: 036-10 33 00

\* **METODUTVECKLING INOM MISSBRUKSVÅRDEN I JÖNKÖPING** - ett projekt som samarbetar med narkomanvårdsgruppen i Jönköpings kommun, medverkar i konsultationer och handledningsfrågor framför allt beträffande narkomani, HIV/AIDS, "lågdosberoende" och gruppen "svårt störda missbrukare". Vidare följer man utveckling och forskning inom missbruksvården samt tar initiativ till fortbildning och information.

Huvudman för verksamheten är Landstinget i Jönköpings län, Norra hälso- och sjukvårdsdistriktet, toxikomanikliniken. Projektet startade 1989. Projektanställningen har nu upphört och blivit en tillsvidare tjänst som ingår i klinikens ordinarie verksamhet. Inom projektet ingick även ett kartläggningsprojekt av svårt störda missbrukare i länet som f.n. befinner sig i slutfasen.

kontaktperson: Rose-Marie Magnusson  
 adressuppgift: Toxikomanikliniken, Länssjukhuset Ryhov, 551 85 JÖNKÖPING  
 telefon: 036-10 30 58

## 9. BOENDE OCH BOENDESTÖD

I det här kapitlet redovisas projekt eller permanenta verksamheter som rör olika alternativa boendeformer eller boendestöd riktade till gruppen psykiskt störda personer.

Redovisningen omfattar verksamheter med olika grader av tillsyn och stöd från institutionsboendemed dygnet runt tillsyn till olika kollektiva boendeformer med halv tillsyn, serviceboende med lite tillsyn och eget boende med visst stöd från kommunens hemtjänst.

Vissa gränsdragningsproblemi redovisningen här finns främst mot verksamheter som gäller meningsfullt dagsinnehåll, psykosociala insatser, träfflokaler, kontaktgrupper och social rehabilitering samt behandlingskollektiv med boendeträning som övervägande behandlingsinslag. Boendet och boendestödet är dock det primära för de verksamheter som redovisas i det här kapitlet.

### \* STÖDGRUPPSPROJEKTET I HALLUNDA/NORSBORG I STOCKHOLM

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Christina Larshammer  
 adressuppgift: Stödsgruppen, Friggsv. 4, 145 69 NORSBORG  
 telefon: 0753-622 60

### \* HEMTJÄNSTPROJEKTET VÄNKRETSEN I GOTTSUNDA I UPPSALA

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Inger Björkeblad  
 adressuppgift: Vänkretsen, Bandstolsv. 4, 756 48 UPPSALA  
 telefon: 018-18 88 68

\* **BOENDEPROJEKTET FÄLADSÄPPLET OCH VIKING I LUND** - grupp-  
 vård, boendekollektiv och dagverksamhet i samma organisation inspirerad av Sopi-  
 musvori i Tammerfors i Finland.

Fäladsäppet består av tre femrums-lägenheter, en baslägenhet för olika dagverksamheter samt en utslussningslägenhet. Åtta skötare arbetar dagtid mellan 8.00-16.00.

Det finns möjlighet för sammanlagt 15 personer att bo på Fäladsäpplet. De flesta som bor i lägenheterna har diagnosen schizofreni.

I baslägenheten anordnas olika aktiviteter, främst studiecirklar. De som bor i lägenheterna skall också se sitt boende där som ett arbete. På vardagarna mellan 8.00-16.00 ska de vara med på de aktiviteter som anordnas. På övrig tid är aktiviteterna frivilliga. Baslägenheten har även en träffpunktsfunktion och är öppen för alla som någon gång har varit i kontakt med psykiatrin. Man kan också gå dit och äta middag för 20 kr. Två tidigare patienter, som nu bor i egen lägenhet, har tagit på sig ansvaret att se till att mat kommer på bordet.

Man har ingen begränsning för hur länge en person får bo i kollektivet. Om det känns bra får de stanna hur länge de vill. Men vill någon gå vidare, mot eget boende och mindre tillsyn, så är det fullt möjligt. De som bor i kollektivet måste klara av kvällarna och nätterna själva.

Behandlingsenheten Viking består av en lägenhet för träningsboende med plats för 3-4 psykiskt handikappade personer och en lägenhet med kontor, arbetsterapi och annan dagverksamhet. Ytterligare två lägenheter är på gång att tas i bruk för förstärkt kollektivt boende. Viking erbjuder ett s.k. helförstärkt boende med tillsyn dygnet runt. Huvudman för verksamheten är Malmöhus läns landsting, psykiatriska sektor 4.

kontaktperson: Allan Duncansson  
adressuppgift: Magistratsv. 47 C, 222 43 LUND  
telefon: 046-17 49 95

**\* BOENDEKOLLEKTIVET DILIGENSEN I LYCKSELE** - ett kollektivt träningsboende som landstinget i Västerbotten bedriver med vissa tim-insatser från kommunens hemtjänst.

Verksamhetens målsättning är att i reell boendemiljö rehabilitera psykiskt långtids-sjuka till ett så normalt liv som möjligt i ett så normalt boende som möjligt; 1. till egna lägenheter, 2. till kollektivt boende med kommunalt ansvar och stödinsatser från psykiatrin. Målgruppen är psykiskt långtidssjuka patienter med vårdtider på 20 år eller mer. Max 4 patienter åt gången ges tillfälle att bo i två ihopbyggda kommunalt ägda lägenheter, som bemannas med 3,58 skötartjänster samt en föreståndare tillika sjuksköterska. Därutöver finns på konsultativ basis arbetsterapeut, kurator och sjukgymnast, samt handledning av psykolog var 14:e dag och konsulterande överläkare c:a en gång i månaden. Så långt som möjligt försöker man hjälpa de boende att ta del av det dagliga livets arbete samt stödjer patienten i sociala kontakter och uppmuntrar till aktivitet utanför det egna boendet. Under en två-årsperiod har två patienter kunnat flytta vidare till eget boende med stöd från kommunens hemtjänst.

kontaktperson: Tomas Molander, föreståndare  
adressuppgift: Psykiatrisk mottagning, Lasarettet,  
Hedlundavägen, 921 00 LYCKSELE  
telefon: 0950-392 84



**\* AVDELNING 15 PÅ LÅNGBRO SJUKHUS I SÖDRA STOCKHOLM** - Farsta-Vantörs psykiatriska sektors gruppboende för psykiogeriatriska patienter i hemlikmiljö.

Äldregruppen på avd. 15 har vuxit fram utifrån diskussioner inom ett äldregruppprojekt och på avd. 43, som är en geropsykiatrisk avdelning på Långbro sjukhus, om hur man skulle kunna ordna ett mänskligare och värdigare liv för patienter på avdelningen. De patienter som valdes ut till gruppboendet hade efter många års institutionsvård blivit hospitaliserade och passiva. Efter kort tid i det hemlika gruppboendet där personalen ser patienterna som medmänniskor med rätt till eget liv fick många patienter tillbaka lusten "till livet". Glädje, intressen och relationer till varandra utvecklades. Någon gång under våren 1992 planerar man att flytta ut från avdelningen på det gamla mentalsjukhuset till ett gruppboende i ett nybyggt flerfamiljshus i Hökarängen.

kontaktperson: Christine Román, utvecklingsledare, Lisa Winzell, avd. föreståndare  
 adressuppgift: Farsta-Vantörs psykiatriska sektor,  
 Långbro sjukhus, 125 85 ÄLV SJÖ  
 telefon: vx 08-88 00 80

**\* GRUPPBOENDE I RYD I ÖSTERGÖTLAND**

Centrala Hälso och Sjukvårdsdistriktet i Östergötlands län och socialtjänsten i Linköping har en gemensam planering inom ett antal verksamhetsområden (SAMPLAN). Ett resultat av den planeringen är ett samverkansprojekt i stadsdelen Ryd i Linköping med såväl dagverksamhet som ett gruppboende. Därtill bedrivs en dagverksamhet med gruppaktiviteter inom Vreta klosters kommunaldelsnämnd, Ljungsbro. Dagverksamheterna finns beskrivna inom kapitlet meningsfullt dagsinnehåll.

Samverkansprojektet i Ryd startade i februari 1990. Projekttiden är två år och en gemensam utvärdering ska utföras av kommun och landsting. En extern psykologkonsult är arrangerad för detta arbete. Kommunens socialtjänst är huvudansvarig för verksamheten och utövar den löpande ledningen av projektet. Vid behov av psykiatrisk konsult svarar psykiatriska kliniken i Linköping för detta. Målgruppen för projektet är personer som p.g.a. svår och långvarig psykisk sjukdom behöver insatser från socialtjänst och sjukvård i hög omfattning. Syftet med projektet är att förbättra livskvaliteten genom att erbjuda ett tillfredställande stöd för dem som annars skulle behövt institutionsvård; ökat stöd i boendet, hjälp med träning av ADL-funktioner, sysselsättning och kontakt för att minska social isolering.

Gruppboendet är dimensionerat för fem personer. Personerna bor i enkelrum ett gemensamt boende med gemensamma utrymmen som dagrum och kök. Dessutom finns gästrum och personalutrymmen i lokalerna. Utöver den gemenskap och de aktiviteter man företar sig inom kollektivet erbjuds sysselsättning vid dagverksamheten i Ryd, vid dagcentralen i det närbelägna servicehuset samt i övrig verksamhet som finns i området. Personalen som arbetar i gruppboendet består av en skötare anställd av landstinget och två vårdbiträden anställda av socialtjänsten. Ett nära samarbete finns med hemtjänsten i området. Områdeschefen inom hemtjänsten har det personaladministrativa ansvaret.

kontaktperson: Anna-Britta Hedström, programsamordnare  
 adressuppgift: Socialtjänst Linköping, Box 356, 581 03 LINKÖPING  
 telefon: vx 013-20 60 00

### **\* FÖRSÖKSVERKSAMHET MED SERVICEBOENDE FÖR PSYKISKT HANDIKAPPADE I KINNA**

I ett nytt bostadsområde - Nydalen i Kinna - reserveras 4 lägenheter för psykiskt handikappade. Ytterligare 1 lägenhet används till personalens och hyresgästernas gemensamma verksamhet. Boende i dessa fyra lägenheter erbjuds medicinskt färdigbehandlade psykiatriska långvårdspatienter som hamnat i en bestående handikappsituation men som med personligt stöd och praktisk hjälp i vardagssituationer kan klara ett eget boende. De bör inte behöva regelbunden tillsyn nattetid men har möjlighet att vid oro nattetid ta kontakt med den psykiatriska avdelningen vid Kinnaborgshem.

De boende kommer under utflyttningstiden och därefter i c:a 2 år ha fortsatt kontakt med "sin" kontaktperson på den psykiatriska avdelningen. Psykiatrin kommer under denna period att ha systematisk träning i ADL-funktioner och någon form av social verksamhet för de boende. Skötarpersonal från psykiatrin kommer att handleda hemtjänstens personal, vara tillgänglig konsult för psykiatriska bedömningar och ha uppföljande kontakter med de boende. Psykiatrin svarar även för introduktionsutbildning av hemtjänstens personal. Huvudman för verksamheten är Landstinget i Älvsborg i samarbete med Marks kommun. Verksamheten startade 1989.

kontaktperson: Ingegerd Winqvist, kurator  
 adressuppgift: Avd. 23, Kinnaborgshem, Box 259, 511 23 KINNA  
 telefon: 0320-194 61

**\* HÄSSLEHOLMEN MED DAGBO I BORÅS** - serviceboende med fältskötare och hemtjänstpersonal för stöd i eget boende. Huvudmannaskapet för verksamheten delas av Borås kommun och Landstinget i Älvsborg.

Dagbo består av en kontorslägenhet som personalen har som utgångspunkt, samt 7 lägenheter om 2 rum och kök som i första hand skall bebos av ensamstående psykiskt handikappade personer. Kontorslägenheten och de 7 lägenheterna finns alla i samma huskropp i ett bostadsområde i Borås. De boende skriver egna kontrakt med hyresvärden.

Personalen ser gemensamt till att de boende har en ordnad sysselsättning dagtid. I Hässleholmens närhet finns bl.a. Allaktivitetshuset på Månvarvsgatan, som beskrivs i kapitlet om meningsfullt dagsinnehåll. Syftet är att personalen skall ge stöd och hjälp till att klara det egna boendet. Vårdbiträdena inom hemtjänst som arbetar med den här gruppen har fått speciell utbildning från psykiatrin och får regelbunden handledning därifrån. Vårdbiträdenas arbetsuppgifter är inte av traditionell karaktär utan de skall i första hand se till:

- att stödja den boende så att han/hon klarar så mycket som möjligt själv,
- att den boende kommer i väg till olika aktiviteter,
- att den boende kommer ihåg sina mediciner,
- att sköta sin hygien samt lägenheten själv,

- att stimulera till olika fritidsaktiviteter.

kontaktperson: Jane Kihl, fältskötare  
 adressuppgift: Dagbo, Våglängdsg.79C, 502 46 BORÅS  
 telefon: 033-16 84 06

**\* PERNILLA-KOLLEKTIVET I YSTAD** - gruppboende för sex äldre långvarigt psykiatriskt vårdade personer.

Pernilla är ett kollektivboende (lägenhetssjukhem) för sex äldre psykiskt sjuka kvinnor, som vårdats många år på institution. De sex patienterna hade vid utvärderingstillfället en sammanlagd vårdtid på institution på c:a 300 år. Kollektivet består av två lägenheter (på 5 resp. 3 r.o.k.) bredvid varandra i det nybyggda pernullakvarteret i centrala Ystad.

Personalen består av 5 tjänster - 2 heltid och 4 med 75% tjänstgöring - med tjänstgöring var tredje helg. Arbetsgruppen arbetar som en självstyrande grupp. Ingen nattpersonal behövs, men det finns trygghetslarm kopplat till den psykiatriska avdelningen på lassarettet. Huvudman för verksamheten är Malmöhus läns landsting, Ystads sjukvårdsdistrikt.

kontaktperson: Birgitta Persson, mentalskötare, eller Jan Dock, ÖL, basenhetschef,  
 adressuppgift: Allmänpsykiatriska basenheten, Lasarettet, 271 82 YSTAD  
 telefon: vx 0411-750 00, direkt 0411-757 18  
 rapport: Pernillakollektivet, 88 09 05 - 90 03 05

**\* BOENDEGRUPPEN, AVD 1, PSYK KLINIKEN I LANDSKRONA** - rehabiliterings- och långvårdsavdelningen för äldres boendegrupp.

Åtta äldre bor i tre sammanslagna lägenheter, men är inskrivna på avdelning. Fyra skötare arbetar dagtid, däremot har man ingen nattpersonal. Dock har man upprättat kontrakt med kommunens nattpatrull. Målet med boendegruppen är självständigare liv. Huvudman är Malmöhus läns landsting.

I samband med en patientinventering 1987 valdes 8 långtidsvårdade schizofrenipatienter ut, som nattetid vanligtvis inte gjorde anspråk på nattpersonalen. Dessa 8 patienter placerades i tre sammanslagna lägenheter, med hemlik och trivsam inredning.

När verksamheten startade i april 1988 fanns många farhågor och mycket rädsla för hur det skulle gå att lämna patienterna ensamma på kvällen. Detta löstes med handledning och samtal inom personalgruppen. Idag har man kunnat konstatera att det hela har gått över allas mest optimistiska förväntningar. Man har rönt en stor framgång och kunnat konstatera avsevärda förbättringar bland de patienter som finns i gruppen. Exempel på positiv utveckling hos olika patienter ges.

kontaktperson: Anna-Greta Färlin  
 adressuppgift: Psyk kliniken, avd 1, Box 514, 261 24 LANDSKRONA,  
 telefon: 0418-743 10

**\* GRUPPBOENDE FÖR PSYKISKT HANDIKAPPADE I STRÖMSNÄSBRUK** - i enlighet med SAMS-avtalet mellan landstinget och Markaryds kommun startades hösten 1989 två lägenheter för gruppboende på basis av genomförd inventering.

I april 1989 fick den s.k. SAMS-gruppen (se kap. 9.) i uppdrag av klinikledningen att inventera underlaget för ett gruppboende. Inventeringen gjordes parallellt och i samråd med socialtjänst, hemtjänst, försäkringskassa, företagshälsovård och övriga enheter inom upptagningsområdet för psykiatriska klinik 1. I augusti månad hölls en tre veckor lång introduktion av hemtjänstpersonal som avsågs vara knutna till gruppboendet. Boendet kom att omfatta två lägenheter med vardera plats för två boende. I slutet av 1990 bodde två män i den ena lägenheten samt en man i den andra. Personalstaben utgörs av tre vårdbiträdestjänster på 75% vardera. Därtill ger SAMS-personalen i Markaryd handledning och utbildning. Schemalagd handledningstid för vårdbiträdena är två timmar per vecka samt mer tid vid behov.

kontaktperson: Pia Svensson, samordn. SAMS i Ljungby  
 adressuppgift: SAMS-verksamheten, Psykiatriska klinik 1,  
 Lasarettet, 341 82 LJUNGBY  
 telefon: 0372-87627

#### **\* GRUPPBOENDE FÖR MISSBRUKARE OCH PSYKISKT STÖRDA I LUND**

Sedan januari 1987 pågår i Lunds kommun ett projekt med sex gruppboenden för psykiskt störda med diagnosen schizofreni. Projektet drivs i samverkan mellan kommunen och psykiatri och finansieras av den s.k. 24-kronan. Som stöd för de boende arbetar fyra vårdassistenter. Två är anställda av socialtjänsten och två av psykiatri. Dessutom finns i Lunds kommun två fungerande kollektiv för socialt handikappade/psykiskt sjuka missbrukare. Personalen i dessa boenden är anställda av socialtjänsten.

Gruppboendena är alternativ till eget boende och ska så långt som möjligt likna ett eget hem, inte institution. Personalens roll är 1) att utifrån de olika gruppernas speciella behov vara stödjande och vägledande i arbetet med hemmets skötsel, 2) att verka för goda relationer inom gruppen och med anhöriga, 3) att verka för upprätthållande av kontakter/sysselsättning utanför hemmet.

De personer som flyttat in i gruppboendena har tidigare bott i exempelvis egen lägenhet, i föräldrahemmet, på mentalsjukhem eller på psykiatriska vårdavdelningar. Personalen har med framgång arbetat med att aktivera gamla färdigheter hos de boende samt uppmuntrat till sysselsättning utanför hemmet. Isoleringstendenser och verklighetsflykt har påtagligt minskat. Det tillfälliga behovet av vård dagar i slutet av vård har blivit färre. I vissa fall har stödet i boendet helt ersatt behov av inläggning i krissituationer. Ev. missbruk har blivit mindre destruktivt. Hos ett par personer har missbruket upphört helt.

kontaktperson: Gunilla Nilsson, Lena Adolfsson, socialsekreterare  
 adressuppgift: Socialförvaltningen, Box 5, 221 00 LUND  
 telefon: 046-35 55 14

\* **PERMANENT KOLLEKTIVT BOENDE I TENSTA I STOCKHOLM** - ett samarbetsprojekt mellan Spånga-Kista psyk sektor och Tensta socialdistrikt, startade med gruppverksamhet maj 1987 för tre långtidsvårdade män som successivt förberetts för utflyttning, från januari 1990 definitivt utskrivna med hjälp från hemtjänst några timmar varje vardag samt kontakt med skötarna från psykiatrien 1ggr/v. Två av dem har numera sysselsättning utanför hemmet 4-5 em/vecka. Rehabteamets arbetsterapeut arbetar som konsult åt vårdbiträdena.

kontaktperson: Marianne Blomberg, projektledare  
 adressuppgift: Spånga-Kista psykiatriska sektor, Rehabteamet,  
 Beckomberga sjukhus, 161 04 BROMMA  
 telefon: vx 08-87 00 40

\* **GRUPPVERKSAMHET FÖR KOLLEKTIVBOENDE INOM SPÅNGA-KISTA SEKTORN I STOCKHOLM** - träningsprogram med inriktning på kollektivboende för fyra kvinnor 20 - 31 år. Verksamheten finansieras med medel från psykiatrien tillsammans med socialdistriktet. Huvudman för verksamheten är Spånga-Kista psykiatriska sektor, Stockholms läns landsting.

Patienterna i gruppen förväntas klara eget boende och ha sysselsättning efter genomgången träningsprogram som innebär att:

- 1) delta i en arbetsgrupp som planerar och ansvarar för det egna boendet och vissa andra teman,
- 2) delta i samtalsgrupp där bl.a. mål, metoder och inbördes relationer behandlas,
- 3) bo i kollektivbostaden i c:a 2 år,
- 4) under denna tid få sysselsättningen ordnad,
- 5) flytta till eget försöksboende.

Gruppen träffas 2 ggr/vecka i minst 2 timmar. Varje månad planeras enligt intentionerna ovan och syftet är att finna genomtänkta alternativ till institutionsvård samt utvärdera projektet och därigenom bidra med kunskap om alternativa boende- och behandlingsformer.

kontaktperson: Helena Persson, Laszlo Pattyi, projektledare  
 adressuppgift: Spånga-Kista psykiatriska sektor,  
 Beckomberga sjukhus, 161 04 BROMMA  
 telefon: vx 08-87 00 40

\* **BROMMA-VÄSTERLED-EKERÖ SEKTORNS HUS 13 PÅ BECKOMBERGA SJUKHUS I STOCKHOLM** - trevåningshus i sjukhusparken; bottenvåningen: öppen- och dagvårdspatienter, måltider, omvårdnad, ekonomi, lättare legoarbeten, plan 1: 12 heldygnsplatser, plan 2: 4 personer i gruppboende.

\* **KOLLEKTIV I BLACKEBERG I VÄSTRA STOCKHOLM** - kollektiv som drivs av kommunen knutet till Hus 13.

\* **BARACKEN**, 2x2gruppsboende i tre radhus, samt boendeträning och gruppverksamhet, cirkelledare från Vuxenskolan. Baracken är knuten till Hus 13.

\* GULA VILLAN, arbetsterapeut med sluten grupp. Verksamheten är knuten till Hus 13.

Verksamheten som får ses som ett sammanhållet paket med ett differentierat utbud av olika boendeformer syftar till att främja en utveckling mot ökad autonomi. En aktiv rehabilitering skall utformas med sikte på ett eget boende (eget eller kollektivt) och en aktiv social funktion. Man har en socialpsykiatrisk inriktning av arbetet. Vikten läggs vid att ta till vara det friska, men också att acceptera det sjuka.

Personalen består av 1 föreståndare, 1 sjuksköterska, 2 1:e skötare och 14 skötare. Dessutom har man tillgång till överläkare, avd.läkare, arbetsterapeut, kurator, klinikföreståndare, utbildningsledare, sjukgymnast, sekreterare och handledare.

En framträdande plats i deras arbete är hembesök som görs planerat eller med kort varsel allt efter behov. Socialt nätverksarbete, social träning, psykiatrisk omvårdnad, gruppverksamhet och ett utvecklat kontaktmannaskap ingår som viktiga delar i behandlingsarbetet.

kontaktperson: Birgitta Wode-Helgodt, tf klinikchef  
adressuppgift: HUS 13, Beckomberga sjukhus, 161 04 BROMMA  
telefon: vx 08-87 00 40

\* ISA - stöd i eget boende - I SANDVIKEN - ett samarbete kommun och psykiatri i västra Gästrikland.

ISA startades 1989 som ett försök att utveckla såväl hemtjänstens som psykiatris kompetens att stödja psykiskt långtidssjuka enligt LEON-principen. Projektet stöds av Trygghetsfonden som under 3 år bekostar 2 projektsekreterare. I projektet ingår förutom dessa 2 projektsekreterare 3 vårdbiträden från kommunen, 1 sjuksköterska och 3 skötare från psykiatrin. De delmål man arbetar mot är följande:

- 1) Ökad autonomi för berörda personer,
- 2) Social integrering,
- 3) Ökad kompetens och beredskap hos hemtjänstens personal att stödja psykiskt störda klienter,
- 4) En anpassad yrkesroll för psykiatris personal till omvårdnad i patientens egen miljö,
- 5) Minskad institutionsvård (och därmed en minskad total kostnad för samhället).

Projektet utvärderas genom årliga rapporter till Trygghetsfonden beträffande metod- och personalutveckling. Genom registrering av slutenvårdskonsumtion, social funktion, sysselsättning och kontaktnät hoppas man dessutom kunna "mäta" olika effekter av projektets sätta att arbeta.

kontaktperson: Erik Nyberg  
adressuppgift: Psykiatriska öppenvårdsmottagningen,  
Stationsg. 22, 811 33 SANDVIKEN  
telefon: 026-27 80 56

## **\* BOENDESTÖDSGRUPP I SAMVERKAN MELLAN CENTRALA STADENS PSYKIATRISKA SEKTOR OCH SOCIALDISTRIKT 1 I STOCKHOLM**

Inom Centrala stadens psykiatriska sektor och Socialdistrikt 1, vilka omfattar samma geografiska område, finns en patient/klientgrupp med psykiska störningar och psykiska handikapp som inte kunnat få adekvat hjälp genom det vårdutbud som respektive organisation hittills kunnat erbjuda. Boendestödsgruppen har därför tillskapats för att genom olika stödåtgärder höja denna målgrupps livskvalitet samt minska dess behov av institutionsvård. Målgruppen ska vara i åldern 18 - 50 år och vara i behov av de båda organisationernas kompetens. Boendestödsgruppen utser gemensamt patient-/klientgruppen.

Boendestödsgruppen utgörs av två vårdbiträden i öppen vård, tre skötare och en socialsekreterare. Personalgruppens medlemmar har sin egen administrativa ledning inom respektive organisation. Ledningen för verksamheten sker genom en styrgrupp bestående av en socialinspektör och en kurator från respektive organisation. Boendestödsgruppen har sin möteslokal - en tvårumslägenhet - i ett servicehus och denna möteslokal planeras på sikt också att bli möteslokal för målgruppen.

Verksamheten inleddes 1990-09-03 med en dryg 2 veckors inskolnings- och utbildningsperiod för persongruppen.

Boendestödsgruppen har initialt börjat arbeta med 15 patienter/klienter som i detta sammanhang benämns klienter. Målgruppen är mycket heterogen. Den utgörs av klienter som har stora svårigheter att klara sitt boende - är ofta hotade med vräkning eller saknar fast bostad - och i sin livsföring överhuvudtaget. De flesta har ett tunt privat nätverk och lever mycket isolerade. Boendestödsgruppen arbetar bedrivs i form av hembesök i vid mening och utåtkriktad verksamhet. Hembesöksarbetet har en mycket stor bredd. Det innefattar praktiskt och personligt stöd, omvårdnad, vård och hjälp till aktivering m.m. Arbetet har även pedagogiska inslag. Boendestödsgruppens verksamhetsområde kan sägas vara ett mellanområde som till stora delar täcker både case-manager funktionen och den funktion som benämns "personlig assistent" avseende kroppsligt handikappade. För varje klient finns två kontaktpersoner varav en är vice kontaktperson. Målgruppens klienter behåller sin kontakt med ansvarig läkare i psykiatri och kan även ha fortsatt kontakt med och gå på områdets träfflokal Balder.

Klienterna debiteras inte några avgifter för boendestödsgruppens insatser.

I Boendestödsgruppens verksamhet ingår Sektor Centrala stadens övergångslägenhet och de i lägenheten boende. Några av klienterna bor redan i av Socialtjänsten anvisade försökslägenheter och allt efter målgruppens behov kommer Socialdistriktet reservera försökslägenheter för målgruppens klienter.Handledningsresurser finns.

Personalkostnaderna bestrids av respektive organisation. Socialdistriktet står för hyreskostnaderna för möteslokalen. Psykiatri står för kostnaderna för övergångslägenheten, men de boende där betalar en del av hyreskostnaden. Sektor Centrala staden har avsatt 10 000 kr till utrustning av möteslokalen. Kostnaderna för utbildningsveckor delades lika mellan de båda organisationerna. Klienternas kostnader i samband med sociala aktiviteter delas mellan de bägge organisationerna i den händelse inte socialbidrag kan utgå. De flest av klienterna har förtidspension eller sjukbidrag.

Verksamheten kommer att följas upp och dokumenteras senast 1991-05-31.

kontaktperson: Viveke Licke

adressuppgift: Norrtulls sjukhus, Norrtullsgatan 14, 113 45 STOCKHOLM

telefon: 08-610 01 71

## 10. MENINGSFULLT DAGSINNEHÅLL

Verksamheter som här beskrivs som meningsfullt dagsinnehåll kan ha såväl en kommun som ett landsting som huvudman. Delat huvudmannaskap eller samarbete kring finansiering, personalresurser m.m. är vanligt. I vissa exempel har psykiatrin en dominerande roll, i andra socialtjänsten. I ytterligare några fall leds verksamheten av primärvården eller RSMH. Dessutom samarbetar flera av verksamheterna med RSMH. Även kommunens fritidsförvaltning kan vara en samarbetspartner.

I det här avsnittet finns en dominans av exempel från en typ av dagverksamhet som blivit allt mer vanlig i Sverige på senare år. Många psykiatriska sektorer har idag ofta en eller flera träfflokaler, dagcentraler eller kontaktgrupper - benämningarna varierar. Dagvårdsavdelningar eller dagcentraler har visserligen varit ett inslag i det psykiatriska vårdutbudet sedan länge, och finns än idag, men dessa skiljer sig på ett par väsentliga punkter från den typ av dagverksamheter som beskrivs här. Gemensamt för dem är:

- att de ofta sker i samarbete t.ex. mellan den psykiatriska sektorn och socialdistriktet.
- att de försöker anpassa sig efter sina besökares önskemål och tvingas därmed, på många sätt, bryta med rutiner som varit vanligt förekommande i deras moderorganisationer.
- att de är så öppna - man måste inte ha haft kontakt med t.ex. psykiatrin eller socialtjänsten för att vara välkommen. Remittering till verksamheten förekommer inte och man registreras inte heller som deltagare på något sätt. Man behöver heller inte komma ett visst i förväg uppgjort antal timmar vissa dagar.
- att man inte säger sig utföra något traditionellt psykiatriskt behandlingsarbete. Man gör heller inga utredningar och fattar inga beslut om sociala åtgärder.

Som föregångare till verksamheter av detta slag brukar ofta pionjären EMMA i Hökarängen i Stockholm nämnas som startade sin verksamhet 1984 och som finns utförligt beskriven i del I i rapporten. Mellan de här träfflokalerna kan det finnas vissa variationer vad gäller grundsyn, utbud och liknande men de har framför allt väldigt mycket gemensamt. Flera av dem nämns därför endast med namn och adressuppgift och eventuellt med ett kort tillägg för något specifikt som kan vara bra att veta. Gemensamt för alla verksamheter i kapitlet är att de erbjuder en mötesplats för människor att träffas på under dagtid. De flesta har en egen lokal, ofta försedd med kafé. Utbudet av aktiviteter varierar dock. Vissa har tydliga arbetsrehabiliterande inslag som t.ex. Trivxelhuset i Skellefteå som beskrivs utförligt i del I. Andra be-



driver uppsökande verksamhet och t.o.m. hemsjukvård i något fall, som t.ex. kontaktgrupperna i Kalmar. Ett par exempel på samtalsgrupper som endast träffas någon gång per vecka finns också. Dessa är dock ofta begränsade till någon bestämd målgrupp, t.ex. långtidssjuka med schizofreni.

Vissa avgränsningsproblem finns främst mot verksamheter inriktade mot psykiatrisk rehabilitering, boendestöd och arbetsrehabilitering.

### **\* TRÄFFLOKALEN EMMA I HÖKARÄNGEN I STOCKHOLM**

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Ann Englund  
 adressuppgift: Sirapsv. 2, 123 56 FARSTA  
 telefon: 08-93 69 04, 08-93 59 49

Inom Farsta-Vantör psykiatriska sektor finns även träfflokalen Cirkeln i Farsta där man bl.a. också bedriver anhörigkurser. Kurserna på Cirkeln är av informationskaraktär om nio lektioner vardera.

adressuppgift: Cirkeln, Kristenhamng. 34, 123 44 FARSTA,  
 telefon: 08-94 47 62

**\* SESAM-PROJEKTET I SKARABORGS LÄN** - uppbyggnad av frivillig dagverksamhet i RSMHs regi i länets samtliga kommuner tillsammans med landstinget i Skaraborg med hjälp av projektmedel från allmänna arvsfonden.

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Helena Frykstrand  
 adressuppgift: Sesam-projektet, Hasselösa, Sandtorp, 531 91 LIDKÖPING  
 telefon: 0510-50713, 0511-53387

**\* RÅBY-STALLET I VÄSTERÅS** - från f.d. stall till aktivitetshus med bl.a. restaurang.

Råbyprojektet som startade 1989 utgick ifrån ett f.d. stall i Västerås som renoverades av 5 tidigare patienter från Sundby mentalsjukhus i Strängnäs. Stallet har sedan öppnandet haft ett 70-tal personer i verksamheten. På stallet finns restaurang och café samt butik för begagnade varor m.m. Målet med verksamheten är återanpassning till samhället och yrkeslivet. I april 1991 har upp emot ett 20-tal personer slussats in i samhället med jobb, utbildning eller motsvarande. Stalletverksamheten har under den 3 åriga projektperioden bekostats av allmänna arvsfonden. Fr.o.m. maj månad kommer landstinget stå för finansieringen av Råby-stallets personal, som i april 1991 uppgick till tre personer. I övrigt kommer verksamheten att vara självförsörjande. På sikt hoppas man kunna stå även för personalkostnader. Huvudmän för verksamheten är Basenhet psykiatri väster, Landstinget i Västmanland och Västerås kommuns Kultur och fritidsnämnd.

kontaktperson: Johnny Molton, projektledare  
 adressuppgift: Råby-stallet, Råby-parken, Box 130 51, 720 13 VÄSTERÅS  
 telefon: 021-35 32 88  
 rapport: utvärdering av Råby-projektet kommer till hösten 1991

**\* TRÄFFLOKALEN LEJDAREN I KÄRRTORP I STOCKHOLM** - ett samarbete mellan Enskede/Skärpnäcks psykiatriska sektor och socialdistrikt 7 i Södra Stockholm.

Lejdaren har funnits i Kärrtorps centrum sedan februari 1988. Personalen beskriver sina arbetsuppgifter, sin metod, i termer av "sällskap", "följa med", "hjälpa till med städning och att handla", "hjälpa folk att komma igång", "stärka det friska", "prata ett par timmar med någon". Eller uttryckt på ett annat sätt: gästerna lär känna personalen i vardagliga situationer. På Lejdaren arbetar dessutom inte bara personal från socialtjänst och psykiatri. Där arbetar även människor som själva varit i kontakt med den psykiatriska vården eller socialtjänsten som patienter/klienter. På Lejdaren kan de erbjudas arbetsträning i städverksamheten eller i café. För att locka människor till Lejdaren finns nämligen, som nav för hela verksamheten, ett café. Utifrån caféet har en rad andra verksamheter utvecklats under årens lopp. Gäster och personal lagar mat tillsammans en gång i veckan. Cirkular om Stockholm, rock&pop, matlagning m.m. har hållits och går vidare. Grupper har träffats kring olika ämnen; konst, film, poesi och musik.

Som mest har Lejdaren haft 110 besök på en och samma dag. Vanligtvis har Lejdaren ett 40-tal besök om dagen. Några har bara "ramlat in", andra har länkats till Lejdaren från socialtjänsten eller den psykiatriska vården på olika sätt. Till Lejdaren är dock alla välkomna. Därmed tänker man sig att det ska vara möjligt att börja bryta den diskriminering och segregering som ofta drabbar avvikande människor.

kontaktperson: Marina Fredriksson, Lars Granström, Marisol Calderón-Cissié  
 adressuppgift: Lågskärsvägen 7, 121 55 JOHANNESHÖV  
 telefon: 08-49 83 76

För personer bosatta i trakterna kring Årsta finns även träfflokalen Flotten som Enskede-Skärpnäck psykiatriska sektor driver tillsammans med socialdistrikt 6.

kontaktperson: Yvonne Svensson eller Lars-Erik Bergman  
 adressuppgift: Sköntorpsvägen 94 n.b. 121 65 JOHANNESHÖV  
 telefon: 08-725 46 88

**\* TRÄFFLOKALEN AXET I RINKEBY I STOCKHOLM**

Axet sorterar organisatoriskt under Spånga-Kista psykiatriska sektor och är i första hand till för personer bosatta i Rinkeby eller Bromsten. Personalen är anställda av landstinget och socialförvaltningen, bland dem finns även finsktalande. Här träffas folk från olika länder och gemenskap uppstår oberoende av nationalitet och religion.

adressuppgift: Axbyplan 48, 163 73 SPÅNGA,  
 telefon: 08-760 72 56

För personer bosatta i Husby, Akalla eller Kista finns Brinken som är en motsvarande verksamhet inom samma psykiatriska sektor.

adressuppgift: Trondheimsg. 10, 164 30 KISTA  
telefon: 08-751 90 35

### **\* DAGVERKSAMHET I STADSDELEN RYD I LINKÖPING**

Centrala Hälso och Sjukvårdsdistriktet i Östergötlands län och socialtjänsten i Linköping har en gemensam planering inom ett antal verksamhetsområden (SAMPLAN). Ett resultat av den planeringen är ett samverkansprojekt i stadsdelen Ryd i Linköping med såväl dagverksamhet som ett gruppboende. Samverkansprojektet i Ryd startade i februari 1990. Projekttiden är två år och en gemensam utvärdering ska utföras av kommun och landsting. Kommunen/socialtjänsten är huvudansvarig för verksamheten och utövar den löpande ledningen av projektet. Målgruppen för projektet är personer som p.g.a. svår och långvarig psykisk sjukdom behöver insatser från socialtjänst och sjukvård i hög omfattning. För ytterligare information om projektet se även gruppboendet i Ryd som beskrivs i kapitlet om boende.

Dagverksamheten ska fungera som en kontaktpunkt för att bryta människors isolering. Det ska finnas möjligheter till terapiverksamhet, enklare produktion, sociala aktiviteter samt erbjudande av ADL-träning. Dagverksamheten vänder sig till ett 40-tal personer med varierande psykiska problem. Personal i dagverksamheten är en arbetsterapeut anställd av landstinget och från socialtjänsten är en socialsekreterare knuten till verksamheten. Dessutom finns en värdinna anställd för att i samarbete med besökarna ansvara för caféverksamhet samt viss ADL-träning. Värdinnan är anställd av socialtjänsten på halvtid.

kontaktperson: Anna-Britta Hedström, programsamordnare  
adressuppgift: Socialtjänst Linköping, Box 356, 581 03 LINKÖPING  
telefon: vx 013-20 60 00

### **\* GRUPPAKTIVITET I LJUNGSBRO I ÖSTERGÖTLAND**

Centrala Hälso och Sjukvårdsdistriktet i Östergötlands län och socialtjänsten i Linköping har en gemensam planering inom ett antal verksamhetsområden (SAMPLAN). Gruppverksamheten i Ljungsbro inom Vreta klosters kommunaldelsnämnd är ett resultat av SAMPLAN, se även dagverksamheten i Ryd ovan.

Verksamheten i Ljungsbro syftar till att genom gruppaktivitet ge möjlighet att återuppbygga självkänsla, bryta isolering och därigenom öka det psykiska välbefinnandet. Verksamheten startade i april 1990 och i augusti fungerade två grupper med vardera cirka fem deltagare. Redan på planeringsstadiet bestämdes att antalet deltagare skulle vara få. Deltagarna i den ena gruppen har långvariga psykiska problem.

En arbetsterapeut är anställd av landstinget på halvtid. Egna lokaler finns i nära anslutning till en närlokal med olika aktiviteter som socialtjänsten driver. Arbetsterapeuten får handledning och stöd av socialtjänstens arbetsterapeut i området.

kontaktperson: Erling Wanhainen  
adressuppgift: Socialtjänst Linköping, Box 356, 581 03 LINKÖPING  
telefon: vx 013-630 00

\* **KLUBB REGNBÅGEN I LINKÖPING** - dagverksamhet i klubbform som drivs av socialtjänsten.

Klubb Regnbågen startade sin verksamhet hösten 1984 och bedrevs först som försöksverksamhet. Sedan fyra år tillbaka ingår verksamheten som en del i socialtjänstens övriga arbete. Syftet med Klubb Regnbågen är för medlemmarnas del att stärka självförtroendet så att de vågar misslyckas på sin väg i livet, att de någon gång vågar tro på sitt värde både för sig själva och för andra, träna sig att se sin omgivning och inte bara sig själv, samt få träning i att hjälpa och stötta varandra både på klubben och på fritiden.

Verksamheten vänder sig till ensamma, yngre och medelålders män och kvinnor med psykisk och social problematik. Medlemsskapet i klubben utgår inte från att personen har en viss diagnos. Det är individens behov och motivation i kombination med Klubb Regnbågens möjligheter som är avgörande vid inskrivning och utskrivning. Klubb Regnbågen fungerar som en arbetsplats och som en storfamilj. Pedagogiskt och terapeutiskt medvetet tränas medlemmarna att se och stegra sin förmåga i praktiskt arbete och allmängiltigt socialt beteende. Exempel på arbetsuppgifter är städning och att hålla ordning i lägenheten, storbak och beställningar och leverenser, studiecirkel, trädgårdsarbete på koloni, utflykter, studiebesök, resor och monteringsarbete. Klubb Regnbågen har i huvudsak dagverksamhet fem dagar i veckan men aktiviteter finns också vissa kvällar och helger. Två personer är anställda på Klubb Regnbågen, båda f.n. med arbetsterapiutbildning. Personalen har behandlingsansvar utifrån individuellt uppgjord behandlingsplan som kontinuerligt följs upp.

Under åren har ca 32 personer haft kontakt med Klubb Regnbågen, många långvarigt. Klubb Regnbågens medlemmar mår idag påtagligt bättre än tidigare. De vågar ta beslut och stå för sitt beslut och ta ansvar för sitt eget handlande. Medlemmarna känner sig allt mer "friskförklarade". Aktiviteterna är inte påhittade fär att tiden ska gå utan faller naturligt in i vardagen. Medlemmarna bryr sig allt mer om varandra. De hjälper varandra och ger varandra råd. Många har naturligt börjat umgås med varandra utanför klubben.

kontaktperson: Anna-Britta Hedström, programsamordnare  
 adressuppgift: Socialtjänst Linköping, Box 356, 581 03 LINKÖPING  
 telefon: vx 013-20 60 00

\* **TRÄFFPUNKTEN I EDSBYN** - en dagcentral som satsat på sysselsättning och arbetsgemenskap (se "Sysselsättning och arbetsgemenskap för psykiskt handikappade knutna till Träffpunkten i Edsbyn" inom kapitlet om arbetsrehabilitering).

kontaktperson: Stig-Roland Olsson, kommunen  
 Björn Iversen, landstinget  
 adressuppgift: Korta gatan 1, 828 00 EDSBYN  
 telefon: 0271-236 96, 224 26

\* **CAFÉ TRÄFFEN I JÖNKÖPING** - en alternativ dagverksamhet.

Syfte är att med hjälp av personalinsatser och ideellt arbete skapa kontakter mellan människor från olika kulturer i bl.a. en caféverksamhet i stadsdelen Råslätt i Jönköping. Träffens målgrupp är ensamma och kontaktsökande människor. Huvudman för verksamheten är Landstinget i Jönköpings län, norra hälso- och sjukvårdsdistriktet, södra psykiatriska

sektorskliniken. Träffen startade i november 1990. Personalkategorierna är skötare och arbetsterapeuter från landstinget.

kontaktperson: Rosa Larsson

adressuppgift: Öppenvårdsmottagningen, Södra psykiatriska sektorskliniken,  
Tornfalksg. 11, 552 69 JÖNKÖPING

telefon: 036-10 33 00

**\* KONTAKTGRUPPERNA I KALMAR LÄN** - psykiatrisk dagsjukvårdsresurs för primärvården med 11 öppna träfflokaler utspridda till olika kommuner inom länet.

Kontaktgrupperna är en primärvårdsresurs för rehabilitering av psykiskt handikappade. Målet är att genom aktiverande och rehabiliterande insatser ge dessa patienter möjlighet att fungera någorlunda normalt och att inte behöva uppsöka den psykiatriska akutsjukvården. Primärvården är huvudman för Kontaktgrupperna sedan 1984. Första gruppen startade 1980. 1983 fanns sex kontaktgrupper.

Målgrupp för verksamheten är människor med psykiatriska och psykiska sjukdomar och/eller handikapp av något slag, dock ej missbrukare eller människor som är inskrivna i omsorgsstyrelsen. Deltagarna kommer vanligtvis från psykiatri, socialtjänst och hemsjukvård. Sammanlagt omfattas 522 personer i länet av kontaktgruppernas verksamhet. Personalen består av en föreståndare och två assistenter vid varje kontaktgrupp. Verksamheten håller öppet efter deltagarnas behov.

Kontaktgruppernas uppgift är att i öppenvård stödja människor med kortvariga eller mer långvariga psykiska sjukdomar. Vid svårare akuta sjukdomsskov förekommer konsultationer med den psykiatriska vården.

Målet är att minst en kontaktgrupp ska finnas i varje primärvårdsområde med uppgift att rehabilitera och socialt träna psykiskt långtidssjuka genom följande verksamheter:

1. Ett dagsprogram med gemensamt ansvar för hushåll, fastighet, trädgård och legoarbeta. Dagprogrammet kan även innehålla resor, studier och motion.
2. Ett arbetsprogram med syfte att ge intresserade en möjlighet att komma ut på arbetsmarknaden efter kontakt med företaget och arbetsförmedling. Att starta olika former av kooperativ kan vara ett sätt att komplettera med.
3. Ett socialt program som innehåller olika fritidsaktiviteter.

Kontaktgrupperna besöker också patienter i hemmen samt håller kontakt med andra vårdenheter och föreningar. Samarbete är ett nyckelord. Grupperna utför behandling men lämnar inte ut någon medicin. Behandlingen består av stödsamtal, individuell vårdplanering och gruppaktiviteter. En förutsättning för kontaktgrupperna att bedriva aktiv psykiatrisk behandling är att personalen har en adekvat psykiatrisk utbildning, vilket personalen har. Personalen får också en fortlöpande fortbildning i psykologi, psykiatri och socialmedicin. Dessutom har personalen psykologisk handledning.

kontaktperson: Lennart Starkner, föreståndare

adressuppgift: Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Kalmar läns landsting,  
Box 601, 391 26 KALMAR

telefon: 0480-859 07

rapport: utvärdering av kontaktgruppsverksamheten i Kalmar län (1987)

**\* KATARINAGRUPPEN I KATRINEHOLM**

"Katarinagruppen" är en sedan länge etablerad kontaktgruppsverksamhet i Katrineholm. Verksamheten drivs av kommunen med hjälp av två vårdbiträden från hemtjänsten. Psykiatrien bidrar med handledning och finansiering. Verksamheten riktar sig framför allt till patienter med långvariga sjukdomstillstånd och syftar till aktivering och gemenskap. Huvudman för verksamheten är Katrineholms kommun. Delfinansiär är Sörmlands läns landsting.

kontaktperson: Kerstin Nordén, arbetsgr. ang. samverkan mellan psykiatri-socialtjänst-primärvård  
adressuppgift: Socialförvaltningen, Katrineholms kommun,  
Box 901, 641 29 KATRINEHOLM  
telefon: 0150-570 00

**\* TRÄFFPUNKT SÖDER I FLEN**

Verksamheten bedrivs i kommunal regi med två årsarbetare. Det psykiatriska öppenvårds-  
teamet bistår med handledning av personalen. Verksamhetens målgrupp är psykiskt handi-  
kappade i åldrarna 18 - 65. Öppetiderna är i dagsläget begränsat till vissa dagar i veckan.

kontaktperson: Kerstin Nordén, arbetsgr. ang. samverkan mellan psykiatri-socialtjänst-  
primärvård  
adressuppgift: Socialförvaltningen, Katrineholms kommun,  
Box 901, 641 29 KATRINEHOLM  
telefon: 0150-570 00

**\* AKTIVITETS- OCH GEMENSKAPSHUS I BORÅS**

Månvarvsgatan 11 är ett alldeles vanligt hus utan institutionsprägel, en blågrå funkisvilla  
med knotiga äppelträd runt hörnet, stor källare med pingis, biljard, snickarverkstad och  
ateljé samt diverse sällskaps- och arbetsrum. Bland kursutbudet finns t.ex. engelska,  
matlagning, skönhet & hälsa, sykurs m.m. Syftet med verksamheten är att ge besökaren  
en meningsfull tillvaro, gemenskap och förhoppningsvis större trygghet samtidigt som  
besökaren ska kunna utveckla sin förmåga till ansvar för sig själv och andra. På sikt  
hoppas man på att husets besökare skall ta över ansvaret för verksamheten. Målgrupp för  
verksamheten är psykiskt handikappade utan missbruksproblem inom Borås kommun som  
bor i eget boende och har behov av aktiviteter, stöd och gemenskap. Personalen består av  
en projektledare från psykiatrien och två vårdbiträden från hemtjänst, som spenderar halva  
sin arbetstid i "huset" och den andra halvan hos vårdtagarna.

Ett avtal finns upprättat mellan kommun och landsting där Älvsborgs läns landsting har  
huvudansvar första två åren, därefter övergår detta till kommunen alternativt till stiftelse  
eller kamratförening bildad av husets besökare.

kontaktperson: Birgitta Williams, projektledare  
adressuppgift: Månvarvsg. 11, 502 47 BORÅS  
telefon: 033-13 43 19

\* **SAMVERKANSPROJEKTET TREKLINGEN** - ett projekt mellan primärvård, psykiatri och socialtjänst i Valdemarsvik och Söderköping som påbörjades hösten 1988.

Treklängen har sin verksamhet förlagd till två kommuner. Målsättningen med Treklängen är att erbjuda gemenskap och meningsfull daglig sysselsättning till människor mellan 18 - 65 år med psykiska/sociala svårigheter. Aktiviteterna består bl.a. av matlagning, bakning, studiecirklar, spel utflykter m.m. Treklängen skall även kunna erbjuda råd och stöd till personal inom socialtjänst och primärvård. Personalkompetensen består av psykolog, skötare, sköterska, vårdbiträden. Treklängen håller öppet två dagar i veckan på vardera ort.

Erfarenheterna med Treklängen är att personer som tidigare behövt kraftfulla insatser ifrån psykiatri, primärvård och socialtjänst kan med den dagliga kontakten erhålla ett värdigare och normalare liv. Närhet till den dagliga verksamheten och huvudmännens kompetens har minskat de tyngre insatserna till förmån för Treklängens kontinuitet, råd och stöd.

adressuppgift: Herrgården, Lasarettet, 614 00 SÖDERKÖPING,  
 telefon: 0121-120 00  
 adressuppgift: Storgatan 12 b, 615 00 VALDEMARSVIK,  
 telefon: 0123-100 24  
 rapport: utvärdering, hösten 1990

\* **DAGVERKSAMHETEN ANKARET I KARLSKRONA** - ett aktivitets- och mötescentrum för social träning i grupp inspirerat av Sopimusvoristiftelsen i Tammerfors i Finland.

Till Ankaret kommer en heterogen grupp människor med egen erfarenhet av psykiatrin som minsta gemensamma nämnare. Ett 40-tal personer har man kontakt med som kommer mellan 3 - 15 timmar/veckan. Personalen består av en arbetsterapeut, en sociaterapeut och två mentalskötare. Huvudman för verksamheten är Karlskrona Östs psykiatriska sektor, Blekinge läns landsting. Verksamheten startade i april 1985.

kontaktperson: Erna Lindqvist, Erling Lilja, Anita Hallstedt, Rolf Håkansson  
 adressuppgift: Ankaret, Karlskrona Östs psykiatriska sektor,  
 Blekinge läns landsting, 371 81 KARLSKRONA  
 telefon: 0455-152 87

\* **"DAGCENTRALEN" - PSYKIATRISK DAGSJUKVÅRD I MOTALA**

Projekt är ett resultat av ett samarbetsavtal mellan Hälso- och sjukvårdsdistriktet i Östergötland och Motala kommun. Efter en behovsinventering i Motala kommun startades en dagcentral i mars 1990. Vid inventeringen bedömdes hur stort behovet var av gemensam stödverksamhet för psykiatrins patienter inom kommunen. Resultatet av en enkät visar att målgruppen består av 90 personer med huvudsakligen tung psykisk problematik, varav största delen saknar en meningsfull daglig sysselsättning och har bristfälligt socialt nätverk.

Hittills har 25-30 patienter med tung problematik slussats över, människor som nu fått en social träffpunkt. Avsikten är att så småningom kunna träna dessa människor att komma

ut i arbete m.m. men de möter ibland den problematik som uppstår då det är brist på samverkan mellan olika instanser. Värdefullt är därför att projektledaren ingår i en arbets- och ledningsgrupp med representanter från såväl socialtjänst som psykiatri och primärvård.

kontaktperson: Eva Fogander, projektledare  
 adressuppgift: Kyrkog.3, 591 35 MOTALA  
 telefon: 0141-77028

#### \* DAGVERKSAMHET I NORRKÖPING

Som en följd av omstruktureringen av psykiatrin har kommunen och landstingets psykiatriska sektor inlett ett omfattande samarbete. Sedan ett par år finns en dagverksamhet som bedrivs i kommunens regi men finansieras till ca 30% av landstingets psykiatri. Där erbjuds daglig verksamhet samt stöd i boendet för psykiskt/psykosocialt handikappade. Ytterligare två dagverksamheter planeras för start under de närmaste åren enligt samma finansieringsmodell. Dessa skall kompletteras med stödboende om 3x6 platser med särskilda konsultresurser, som skall vara stöd till hemtjänstorganisationen.

kontaktperson: Peter Wahlberg, enhetschef,  
 adressuppgift: Socialförvaltningen, Norrköpings kommun, 601 81 NORRKÖPING  
 telefon: 011-15 77 58

#### \* DAGCENTRAL FÖR PSYKISKT LÅNGTIDSSJUKA I OCKELBO - en social träffpunkt med tydlig satsning på friluftsliv som startade 1979.

Dagcentralen drivs i kommunens regi men är ett resultat att ett nära samarbete mellan socialförvaltningen och psykiatrins öppenvårdsverksamhet i Bollnäs. Med Ockelbo som modell skapades dagcentraler under åren 1984-86 i Hofors, Sandviken och Gävle. Sedan dess har ytterligare ett par dagcentraler tillkommit i Gävleborgs län. Psykiatrin har en skötare anställd vid varje central. Från att ha varit i första hand sociala träffpunkter organiseras numera studiecirklar, fysisk träning, matlagning samt gemensamma måltider och städning.

kontaktperson: Karin Larsson och Helga Holmstrand  
 adressuppgift: Ockelbogruppen, Torggatan 9 A, 816 00 OCKELBO  
 telefon: 0297-409 60

#### \* KLUBBEN "KLUBBEN" I UMEÅ - en träffpunkt för social samvaro med café, studiecirklar, kulturella aktiviteter, legoarbete och arbetsträning.

Målgruppen är personer med psykiska, fysiska och sociala handikapp som är långtids-sjukskrivna eller har sjukbidrag resp. förtidspension. Sedan årsskiftet har arbetsförmedlingen och kommunen i verksamheten placerat ungdomar i behov av arbetsförberedande och social träning. Syftet är att ge stöd i en drogfri miljö, att stärka självförtroendet och att utöka det sociala nätverket, samt skapa meningsfull sysselsättning och bedriva direkt arbetsrehabiliterande verksamhet.

Klubben startade som projekt hösten 1983 och är resultat av ett samarbetsavtal mellan



Umeå kommun och Västerbottens läns landsting. Huvudmannaskapet delas än idag av kommun och landsting. Kommunen står för driften, d.v.s. lokalhyra m.m., medan landstinget står för personalstöd. Klubben har vuxit fram utan verksamhetsbidrag och drivs enligt självförsörjningsprincipen. De löpande utgifter man har finansieras med hjälp av bl.a. medlemsavgifter (40kr/år), överskott från kaféverksamhet och försäljning. Därtill har Klubben sökt och fått föreningsbidrag från kommunen samt bidrag från enskilda bidragsgivare. I dagsläget har Klubben fyra anställda, en föreståndare (1,0), en skötare (0,8), samt två assistenter (0,5 resp. 0,75) på lönebidrag. Därtill tar man elever och praktikanter.

Klubben drivs som en förening och har öppna styrelsemöten varannan månad. I styrelsen finns förutom klubbmedlemmar även representanter från kommun, landsting och RSMH. 1990 hade föreningen 90 betalande medlemmar, men det finns inget krav på medlemskap för att besöka Klubben och delta i dess verksamhet. Cirka 40 personer är regelbundna gäster och Klubben har mellan 20 - 40 besökare per dag. Uppskattningsvis tar Klubben emot ca 4 000 besök per år. Till Klubben kommer många studiebesök. Vårdskolor och vårdpersonal av skilda kategorier hör till de vanligaste. Klubben har utifrån besökarnas behov utvecklat ett brett kontaktnät; socialtjänst, hobbyverksamhet, öppenvårdsverksamhet riktad till missbrukare, psykiatri, studieförbund, grund- och komvux, kyrkan och div. frivilligorganisationer m.fl.

Klubbens verksamhet har utökats och bedrivs nu i två skilda lokaler som kompletterar varandra, Sveagatan och Ringstrandska villan. Det har inneburit att fr.o.m. hösten 1990 kan Klubben erbjuda legoarbeta som sysselsättning och reell arbetsträning. Målsättningen med denna verksamhet är att för målgrupperna:

- skapa lämplig sysselsättning,
- bedriva en arbetsförberedande rehabilitering mot målet arbete genom reell arbetsträning,
- genom samverkan med psykiatrin, LO-projektet "Arbete åt alla", AF, AMI, FK arbeta vidare ut mot arbetsmarknaden.

För att införskaffa legoarbeten via företag har Klubben samarbete med LO-distriktets projekt "Arbete åt alla". Dessutom finns ytterligare samarbete med AF, AMI och FK genom att kommunen placerar personer med sociala handikapp i verksamheten för arbetsbedömning. På Sveagatan har Klubben året-runt-verksamhet med öppethållande under kontorstid. Sön- och helgdagar ansvarar medlemmar för öppethållandet. Ringstrandska villan har öppet fyra timmar varje vardag. I båda lokalerna drivs kaféverksamhet. Möjlighet finns att själv eller tillsammans med andra laga mat eller baka. Tillsammans sköter man städning och tvätt. Det organiseras resor och fester. Exempel på övriga aktiviteter: bio, teater, konserter, videokvällar, restaurangbesök, arbetsplatsbesök, korplag i bowling, bad-och cykelutflykter. Genom att samarbete förekommer använder även RSMH och anhörigföreningen (IFS) Klubbens lokaler för sina träffar.

kontaktperson: Gunilla Viktorsson-Lundin, föreståndare och ordförande i föreningen  
 adressuppgift: Klubben "KLUBBEN", Sveagatan 7, 902 48 UMEÅ  
 telefon: 090-16 21 47

\* **FÖRSÖKSPROJEKT MED AKTIVITETS-KULTURCENTRA I GÖTEBORG** - ett samarbete mellan Studieverksamheten vid Lillhagens sjukhus och Folkuniversitetet-Kursverksamheten vid Göteborgs universitet för människor med psykiska handikapp i ett försök att motverka ensamhet, isolering och passivitet.

Studieverksamheten vid psyk. klin. Söder i Göteborg har med hänvisning till psykiatrins förändring tagit initiativ till projektet i samarbete med studieförbundet Folkuniversitetet, socialtjänsten samt dåvarande fritidsförvaltningen. Verksamheten innehåller främst studiecirkel i skilda ämnen: teckning-målning, kost och näringslära, engelska, film m.m. Även resor och kulturarrangemang planeras och genomförs. Idag bedrivs verksamheten på ett kulturhus som man hyrt in sig i.

Planer finns nu på att utveckla verksamheten - i mån av finansiella resurser - i kooperativ inriktning. Det finns olika tankar och idéer kring kooperativets inriktning. Det skall dock innehålla både praktiskt arbete och teoretiska studier i cirkelform. Basen skall vara de personer som idag deltar i studiecirkelverksamheten. Syftet är att erbjuda en meningsfull sysselsättning i alternativ form. Detta kooperativ skall samarbeta med två andra existerande kooperativ för människor med psykiska handikapp. Projektet startade hösten 1989 och pågår till sommaren 1991. Den löpande verksamheten finansieras av sökta medel från allmänna arvsfonden (socialdepartementet). Verksamheten kommer fr.o.m. hösten 1991 att permanentas och bekostas av psykiatri i distrikt Söder i Göteborg.

kontaktperson: Anders Lindskog  
 adressuppgift: Studieverksamheten vid Lillhagens sjukhus,  
 Box 3005, 422 03 HISINGS BACKA  
 telefon: 031-55 72 14

kontaktperson: Birgitta Lundgren  
 adressuppgift: Folkuniversitetet-Kursverksamheten vid Göteborgs universitet,  
 Box 3059, 400 10 GÖTEBORG  
 telefon: 031-10 65 09

\* **STÖDGRUPPERNA I UMEÅ SJUKVÅRSDISTRIKT** - samarbete mellan psykiatrin och glesbygdskommunerna kring Umeå för personer med långvariga psykiska störningar. Huvudman för verksamheten idag är Västerbottens läns landsting.

Grupperna organiseras i samarbete med respektive kommun, som även står för halva personalinsatsen. Psykiatrin står för den andra halvan. Träffarna brukar hållas en gång per vecka. Avsikten är att ge de psykiskt långtidssjuka som är intresserade en chans att träffas och bygga upp ett kontaktnät. Gruppsamvaron är tämligen kravlös, man fikar och pratar. På sikt kan dessa grupper helt övergå i kommunal regi, med fortsatt handledning från psykiatrin.

kontaktperson: Bengt Häggqvist, bitr ÖL  
 adressuppgift: Psykiatriska kliniken, Regionsjukhuset, 901 85 UMEÅ  
 telefon: 090-10 22 50

\* **ÅLIDSHEMS-PROJEKTET I UMEÅ** - med stödgrupperna i kommunerna kring Umeå som förebild (se ovan).

I takt med att Umedalens sjukhus avvecklats sedan slutet av 70-talet har ett fortlöpande arbete utförts för att utveckla alternativa vård- och stödformer för psykiskt störda. Personer med långvarigt psykiskt handikapp bor ofta isolerat och har få om några kontakter i samhället. I samband med nedläggningen lösgjordes personalresurser.

På basen av erfarenheterna från arbetet ute i kranskommunerna (se Stödgrupperna i Umeå ovan) planeras en stödgruppsverksamhet riktad mot Ålidshem. Grupperna i kranskommunerna har organiserats i samarbete med resp kommun som även står för halva personalinsatsen. På sikt kan grupperna helt övergå i kommunal regi, vilket redan skett i Nordmalings kommun. Avsikten med grupperna är att skapa kontaktnät.

Ålidshem är ett tättbebyggt hyreshusområde i Umeå med 12000 invånare. Psykiatrin känner till ca 140 långtidssjuka patienter. Den dagcentral som finns där drivs av ett litet rehabteam inom den psykiatriska sektorn. Rehabteamet har redan ett gott samarbete med försäkringskassan och arbetsvården i frågor som rör möjlig yrkesrehabilitering.

Ålidshems vårdcentral har dessutom arbetat fram ett eget handlingsprogram. Alla tar del i arbetet som integrerats i vårdcentralens vanliga verksamhet. Genom internutbildning och studiebesök har personalen fått ökad kulturkompetens. På vårdcentralen finns konsultmedverkan från psykiatriska kliniken. Vårdcentralen samarbetar även med kommunens flyktingsamordnare, socialkontor m. fl. Personalen tycker att allt detta påverkat deras sätt att ta emot patienter överhuvudtaget. Man har blivit mer medveten om behovet av klar och redig information.

kontaktperson: Bengt Häggqvist, bitr ÖL  
adressuppgift: Psykiatriska kliniken, Regionsjukhuset, 901 85 UMEÅ  
telefon: 090-10 22 50

\* **STÖDGRUPP FÖR PSYKISKT LÅNGTIDSSJUKA I PITEÅ** - samarbete mellan Piteå kommuns äldre-och handikappomsorg och landstingets psykiatriska öppenvårdsteam i Öjebyn med Träffpunkten som bas.

Ett samarbete mellan socialtjänsten och den öppna psykiatriska vården pågår inom ett område med många långtidssjuka i Öjebyn, där det finns en stor koncentration av psykiskt handikappade. Under de senaste fem åren har man ett gott samarbete med hemtjänstverksamheten. Den närliggande målsättningen är att ha en grupp vårdbiträden som arbetar tillsammans, var och en med ansvar för ett visst antal vårdtagare och att så många som möjligt av vårdtagarna kommer till Träffpunkten. Därför är det viktigt att vårdbiträdet även syns där så att de lär känna varandra för ökad trygghet och kontinuitet.

kontaktperson: Yvonne Eriksson, öppenvårdsförest.  
adressuppgift: Psyk kliniken, Box 715, 941 28 PITEÅ,  
telefon: 0911-950 00

\* **BLACKEBERGS AKTIVITETSCENTER I STOCKHOLM** - drivs av den paramedicinska basenheten vid Beckomberga sjukhus. Personal från socioterapi samt arbetsterapi är knutna till verksamheten. Man samarbetar bl. a. med Studieförbundet Vuxenskolan och Västerorts vuxengymnasium.

kontaktperson: Allan Sjöstedt, basenhetschef,  
 adressuppgift: Blackebergs aktivitetscenter, Box 304, 161 26 BROMMA,  
 telefon: vx 08-87 00 40

\* **VÅRSTA AKTIVITETSGÅRD I HÄRNÖSAND** - en mötesplats öppen för alla med caféverksamhet, legoarbeten, studiecirklar, folkhögskolekurs, utflykter och resor.

Målgrupp för verksamheten är främst personer med psykosociala problem. Mellan 14 - 20 besökare kommer varje dag (1989). Personalen består av två föreståndare, en kurator (0,5 tjänst), fyra lönebidragsanställda (3,25 tjänst). Vad gäller utbildning kan nämnas att livsåskådning ingår som ett särskilt ämne. Vårsta håller öppet alla årets dagar samt vissa kvällar. Verksamheten drivs av en stiftelse med delat huvudmannaskap mellan Härnösands sjukvårdsförvaltning, Härnösands kommun och Vårsta Diakonigård. Samarbete förekommer med Domkyrkoförsamlingen och RSMH.

kontaktperson: Inger Nylander, förest. eller Hasse Bergman, fritidspedagog  
 adressuppgift: Södra vägen 23, 871 40 HÄRNÖSAND  
 telefon: 0611-198 26, 0611-244 44

\* **RÅDSTUGAN I LULEÅ** - ekonomisk förening med café, butik, verkstad, tryckeri och legoarbeten planerad av socialförvaltningen i Luleå kommun.

Utlussningen från de psykiatriska storsjukhusen samt den sektoriserade psykiatrin har betytt ökat ansvarstagande i de enskilda kommunerna. I styrelsen för Rådstugan - ekonomisk förening med resultatmålsättning bör lämpligen ingå representanter från försäkringskassan, länsarbetsnämnden, kommunens socialtjänst, landstinget och RSMH. Personalen ska bestå av två stödpersoner anställda av socialförvaltningen samt aktivitetspersonal med OSA-tjänster. Rådstugan ska vara en arbetsplats och en dagverksamhet i gemensamma lokaler. Målgruppen ska vara:

- människor som slussats ut från mentalsjukhus efter längre eller kortare vårdtider,
- människor med kvarstående psykiska eller psykosociala handikapp efter avslutad psykiatrisk rehabilitering,
- människor med behov av stöd eller träning för att kunna ta tillvara samhällets service- och gemensamhetsutbud,
- människor som är "för duktiga" för att känna det meningsfullt att gå på någon av dagverksamheterna, men samtidigt för dåligt rustade för att klara ett arbete på den öppna arbetsmarknaden.

kontaktperson: Carin Lindberg, socialförvaltningen, Luleå  
 adressuppgift: Socialförvaltningen, Luleå kommunförvaltning,  
 Fack, 951 85 LULEÅ  
 telefon: vx 0920-930 00  
 adressuppgift: Rådstugan, Rådstug. 2, 951 34 LULEÅ  
 telefon: 0920-959 03

## 11. PSYKIATRISK REHABILITERING

I detta avsnitt redovisas verksamheter inriktade på psykiatrisk rehabilitering som bedrivs i landstingens regi. Begreppsmässigt kan det vara svårt att skilja på vad som är psykiatrisk rehabilitering och vad som är specialiserad behandling. Principen för indelningen här har varit att rehabiliterande verksamheter med behandlingsinslag av medicinsk eller psykologisk karaktär, s.k. medicinsk rehabilitering, som drivs i landstingsregi återfinns i detta avsnitt. Verksamheter som syftar till social rehabilitering och där kommunen ingår som huvudman eller finansiär finns redovisade under kapitel 10. När det gäller arbetsrehabilitering eller mer yrkesinriktad rehabilitering i landstingets regi så beskrivs exempel på sådana verksamheter under kapitel 12.

### \* PSYKIATRISKA REHABILITERINGSKLINIKEN (PRE) I JÖNKÖPING

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Lennart Lundin, Monica Hammarén  
 adressuppgift: PRE, Länssjukhuset Ryhov, 551 85 JÖNKÖPING  
 telefon: vx 036-10 10 00

### \* SÖDERMALMS PSYKIATRISKA REHABILITERINGS ENHET (SÖREN) I STOCKHOLM

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Janusz Kedzior, Karin Wiklund  
 adressuppgift: SÖREN, Bondeg.40 4tr, 116 33 STOCKHOLM  
 telefon: 08-7020414

### \* REHABTERASSEN VID PSYKIATRISKA KLINIK CENTRUM I GÖTEBORG

Rehabterassen är en rehabavdelning till vilken det finns knutet en rehablägenhet. Under den tid patienten befinner sig i själva rehabprogrammet har han/hon tillgång till en egen säng, vilken dock endast skall utnyttjas vid behov. Patienterna, som alla har tillgång till egen bostad, kommer vanligtvis från Lillhagens slutenvård. Rehabterassens verksamhet har flera inslag. I själva rehabprogrammet mellan 7.30 - 16.00 ingår de som tar del i s.k. aktiv rehabiliteringsgrupp. Det finns tre sådana grupper med 5 patienter i varje. Alltifrån 10 - 25 timmar per vecka utspritt på fyra dagar finns dessa patienter på Rehabterassen. Antal timmar per vecka är individuellt anpassat. Rehabprogrammet innefattar bl.a. arbetsgruppsmöten där rehabiliteringsgrupperna t.ex. planerar veckans rehabuppgift, som innebär sociala övningar av olika slag, ofta ute på sta'n. Rehabterassens schema innebär 8 timmar regelbundna aktiviteter/behandling per dag. Verksamheten har 12 anställda.

Personalen arbetar i team om tre personer; en teamledare och två kontaktmän. Varje

team eller grupp har särskilt ansvar för fem patienter. Utifrån individuella behov förekommer såväl individualterapi som familjeterapi. Ofta kan det vara teamledaren som går in som terapeut, vid familjeterapi tillsammans med familjeterapeut.

Utöver rehabprogrammet drivs ett s.k. socialt kafé på kvällstid mellan 17.00 - 21.15 som ett 20-tal gäster/f.d. rehabpatienter brukar besöka. På helgerna finns en social klubb som består av tidigare rehabpatienter. Även på helgerna kommer ett 20-tal personer. Sammanlagt finns omkring 60 personer i verksamheten.

kontaktperson: Raji Hammad, föreståndare

adressuppgift: Rehabterassen, Masthuggsterassen 4, 413 18 GÖTEBORG

telefon: 041-14 51 12 (exp), 041-24 25 17 (kuratorsrummet)

**\* KLINIKEN FÖR INTENSIV REHABILITERING I BOLLNÄS** - en sektors-övergripande rehabiliteringsklinik för hela Gävleborgs län med psykodynamisk grundsyn som skapades 1984.

Kliniken för intensiv rehabilitering hade vid starten som målsättning att erbjuda patienter som är eller periodvis är psykotiska, d.v.s. tidigt störda patienter, psykoterapeutisk behandling i öppen och slutenvård. Psykoterapeutisk behandling kräver för dessa patienter långa tidsperspektiv och samma patient kan i olika faser behöva olika behandlingserbjudanden; från slutenvård till poliklinisk behandling. Under långa terapier i öppenvård inträffar tillfälliga kriser som ofta leder till att patienten behöver kortare och längre perioder av slutenvård. En avdelning med psykoterapeutisk behandlingsuppläggning och psykodynamiskt skolad personal som tar hänsyn till patientens och terapeutens långsiktiga målsättning och förstår krisens värde i den terapeutiska processen ser man som ett nödvändigt komplement till öppenvårdsbehandling. Skäl till att sektorspsykiatri remitterar en patient till kliniken kan antingen vara att tidigare behandlingsförsök misslyckats eller att patienter och anhöriga initialt efterfrågar psykoterapi.

Patienter kommer till kliniken på remiss och skrivs ut genom återremiss. Patienter vårdade i öppen vård måste p.g.a. Rehabklinikens bristande slutenvårdsresurser ofta återtas till sektorsenheten när slutenvård blir aktuell. Syftet med kliniken är att den skall utgöra ett komplement till den sektoriserade slutenvården men också till PBU och den psykiatriska öppenvården.

Inom kliniken finns två slutenvårdsavdelningar (avd. 21 och 22), varav den ena är en kris- och sviktenhet. Därtill finns behandlingshem, boendekollektiv och övergångslägenheter med olika grad av behandlingsintensitet och omhändertagande; Strömslund, Lillälvsgråden, Tallgården, ÖDV/Nygården/Lillgården. I anslutning till dessa enheter finns dagvårdsmöjligheter och ett varierat utbud av dagverksamhet/arbetsträning för de boende/vårdade, exempelvis finns vid Tallgården en cykelklubb som utför cykelreparationer. Eftersom klinikens verksamheter inte ligger samlade rent geografiskt startades en personaltidning, Ventilen, för att få informationen inom kliniken att fungera på ett bra sätt.

Vid årsskiftet 1990/91 inordnades kliniken för intensiv rehabilitering i kliniken för sektor Södra Hälsingland. Inom sektor södra Hälsingland omorganisation sket med betoning på tre vårdkedjor; akutvård, geropsykiatrisk vård och rehabiliteringsvård, där f.d. Rehabklinikerna utgör Rehabvårdkedjan.

kontaktperson: Annasara Svantesson, kurator, Birgitta Post, bitr. klinikchef  
adressuppgift: Psyk klin, Bollnäs sjukhus, Box 504, 821 01 BOLLNÄS  
telefon: 0278-280 00

**\* BEHANDLINGSCENTRET ÄNGSBACKA I LYCKSELE** - för långtidsbehandling och rehabilitering av psykotiska människor främst i åldern 18 - 40 år.

Behandlingscentret som drivs av Västerbottens läns landsting har som målsättning att inom det psykiatriska arbetsfältet åstadkomma en förbättring och motverka en ytterligare försämring av psykiatriska patienters psykiska, sociala och praktiska funktionsnivå. Syftet är att öka patientens autonomi och skapa förutsättningar för att patienten ska kunna leva ett så fritt och självständigt liv som möjligt i samhället med minsta möjliga hjälpinsatser från socialtjänst, psykiatri samt primärvård. Varje individ måste utifrån sina egna förutsättningar ges möjlighet till personlig mognad och meningsfullt liv.

Behandlingscentret är ett rehab-center med slutenvårdskaraktär. Det schemalagda behandlingsarbetet koncentreras till dagtid. Under nattetid finns personal tillgänglig för stöd. I huvudbyggnaden, som är en villa med 6 rum, kök, matsal och vardagsrum, finns tre platser för boende. Ytterligare två patientplatser finns i enrumslägenheter i ett separat gårdshus på tomten.

Innan intagning ska patienten vara väldiagnostiserad, vilket bl.a. inkluderar DMT-test och hjärnskadetest. Varje patient får en individuell vårdplan som upprättas i samråd med patienten. Vårdplanen kompletteras och revideras fortlöpande. Dessa individuella veckoplaner bygger på miljöterapeutiska principer. Strukturen blir sålunda ett medel i behandlingen. Varje patient erbjuds, förutom bildterapi och kroppskännedom (även rörelsebehandling), en individuell insiktsbetonad psykoterapi. Vårdtiden varierar uppskattningsvis mellan 1-3 år.

Personalen på behandlingscentret består av sjuksköterskor (3,5) och skötare (3,5) samt överläkare/FV-läkare. Konsultativt finns knutet arbetsterapeut, psykolog och sjukgymnast med varierenande insatser varje vecka till enheten. Yrkersspecifika kuratorsinsatser inhämtas från resp. öppenvårsteam som patienter remitterats ifrån.

Verksamheten utvärderas under en 5-årsperiod i ett projekt utgående från institutionen för tillämpad psykologi vid Umeå universitet.

kontaktperson: Margareta Lindberg, föreståndare  
adressuppgift: Movägen 2, 921 35 LYCKSELE  
telefon: 0950-394 70

**\* PSYKIATRISKA DAGVÅRDEN JÄGMÄSTARVILLAN I LYCKSELE** - en behandlingsenhet i öppenvård placerad i en fristående villa.

Jägmästarvillan vänder sig till personer med främst borderline och neuros diagnos. En förutsättning för behandling är patientens förmåga att klara eget boende för kvällar och helger. Aktuellt missbruk utesluter behandling.

Jägmästarvillan har som målsättning att genom ett miljöterapeutiskt arbetssätt rehabi-

litera psykiatriska patienter till ett meningsfullt liv med avseende på arbete, bostad, fritid och relationer till omgivningen.

Delmål för verksamheten är bl.a.:

- att utveckla arbetssätt inom ramen för de psykodynamiska utbildningsinsatser som genomförts vid enheten,
- att rehabilitera vissa mera kroniska patienter under kortare tid och med en mer begränsad psykosocial inriktning,
- att utbyta kontakter med familjer och anhöriga samt skapa sociala nätverk och integrera detta med behandlingen.

Villan omfattar 9 r.o.k. Därtill finns tre lägenheter knutna till villan; en 4:a, en 3:a och en 1:a för patientboende. Efter intagning ingår patienten i en bedömningsgrupp under 6 veckor där diagnostisering och en kartläggning av patientens behov görs, bl.a. medicinsk- och psykosocial bedömning samt ADL-bedömning. Därefter övergår patienten till en behandlingsgrupp. Bl.a. finns samtalsgrupp, bildgrupp och musikgrupp. Vid kortare behandlingstid, s.k. avlastingsfunktion upp till sex veckor, är målsättningen att åter rehabilitera patienten till sin tidigare miljö och funktionsnivå. I behandlingsgrupperna behandlas patienter under olika lång tid utifrån den tidigare beskrivna målsättningen.

Personal knutna till verksamheten är en överläkare, en avdelningsföreståndare tillika sjuksköterska, en arbetsterapeut, en kurator och 4,0 skötartjänster. I konsultfunktion finns arbetsterapeut, sjukgymnast och psykolog. Verksamheten utvärderas under en 5-årsperiod via ett projekt knutet till institutionen för tillämpad psykologi vid Umeå universitet.

kontaktperson: Marita Degerman-Hörnelid  
 adressuppgift: Jägmästargatan 4, 921 32 LYCKSELE  
 telefon: 0950-392 84

### **\* GLÄNTANS DAGCENTER INOM BROMMA-VÄSTERLED-EKERÖ SEKTORN I STOCKHOLM**

Gläntans målgrupp är:

- yngre långtidssjuka psykotiska patienter som klarar eller förväntas komma att klara eget boende men har behov av daglig struktur och där det kan finnas en utvecklingspotential,
- kroniskt sjuka psykotiska patienter som klarar eget boende och daglig struktur men behöver regelbunden uppföljning av hälsotillstånd (inkl. medicinering), tillfälliga stödåtgärder samt viss social kontakt,
- i undantagsfall kan patienter som ej har psykosdiagnos mottagas och skall då ha specifika behov av just denna verksamhet och får icke inverka negativt på miljön för psykosgruppen.

Verksamheten är planerad utifrån en övergripande målsättning att aktivt och metodiskt stärka de psykotiska patienternas sköra och sviktande jagfunktioner samt motverka regression och hospitalisering. Stor vikt läggs vid bedömning av patientens optimala funktionsnivå med syfte att utifrån denna hjälpa patienten till realitetsföran-



kring och anpassning till en så självständig vardagstillvaro som möjligt. I denna process bör begreppet "livskvalitet" ha stor dignitet.

Metoden utgår från ett väl utvecklat kontaktmannaskap. Ett enhetligt terapeutiskt förhållningssätt som kan erbjuda "holding" och "containing" samt en strukturerande edukativ och jagstärkande interaktion och miljö. Personalen på Gläntan består av avdelningsföreståndare, förste skötare och två mentalskötare.

kontaktperson: Ulla Pettersson, klinikchef  
 adressuppgift: Gläntans dagcenter, Bromma-Västerled-Ekerö sektorn,  
 Beckomberga sjukhus, 161 04 BROMMA  
 telefon: vx 08-87 00 40

**\* DAGCENTRUM BLEKINGSBORG VID SEKTOR SÖDER I MALMÖ** - psykosteam och dagcenter med kaféverksamhet i en och samma byggnad.

Efter den sista omstruktureringen av Allmänpsykiatri i Malmö hösten 1987 gjordes en behovsinventering inom sektor Söder. En dagcenterverksamhet som skulle fylla det stora behovet av funktionshöjning och rehabilitering av patienter med psykosdiagnos i öppen vård lyste tydligast med sin frånvaro. Projektering av det nya dagcentret har pågått i drygt 2 år men har nu framskridit så långt att man hoppas på ett öppnande i mitten av 1991.

Den tilltänkta och renoverade byggnaden är geografiskt belägen avskild från befintlig psykiatrisk verksamhet. Verksamheten där kommer att bestå av två delar - ett psykosteam och en dagcenterverksamhet. Till psykosteamet kommer den öppna vården av patienter med psykosdiagnos i sektorn att koncentreras. Teamet kommer att bestå av en mångsidigt sammansatt personalgrupp. Icke-verbala terapier och anhörigrupper hör till de aktiviteter som planeras.

Dagcentret kommer att ha sex anställda; 2 sköterskor, 2 arbetsterapeuter, 2 skötare. Målgruppen kommer till stor del att vara densamma som för psykosteamet. Beträffande de konkreta aktiviteterna kommer man framför allt i början att fokusera på ADL-träning och hushållsgöromål. Även social träning med olika besök på samhällets institutioner och myndigheter kommer att vara viktiga inslag. Kaféverksamheten kommer att skötas av gästerna gruppvis på ett rullande schema.

Någon medicinering kommer inte att förekomma på dagcentret. Den ska istället erbjudas inom psykosteamet eller på "den gamla" öppenvårdsmottagningen på sjukhuset. På dagcentrat är det "friskvård" som ska stå i fokus. Målet för denna verksamhet generellt är att genom funktionshöjning, meningsfulla aktiviteter och ökad socialisering samt utvidgning av det sociala nätverket uppnå förbättring av livskvaliteten för en grupp människor som idag står långt ned på den sociala trappan. Man hoppas därmed också kunna förhindra upprepade återfall med återintagningar som följd.

kontaktperson: Janina Lillo-Gil, sektorschef  
 adressuppgift: Sektor söder, Allmänpsykiatri,  
 Malmö allmänna sjukhus, 214 01 MALMÖ  
 telefon: vx 040-33 10 00

\* **DAGSJUKVÅRDEN STRAND I KARLSTAD** - möjlighet till träning av färdigheter för att få en fungerande livssituation.

Dagsjukvården som startade sin verksamhet i september 1986 hör till den psykiatriska kliniken på centralsjukhuset och jobbar i nära samarbete med den öppna rehabiliteringsenheten (ÖRE). Verksamheten bedrivs i en "vanlig" villa belägen på Strand i Karlstad. Personalen som består av en arbetsterapeut och tre skötare arbetar alla veckans vardagar på dagtid. Vid planerad kvällverksamhet finns möjlighet att förskjuta arbetstiden. Fr.o.m. februari 1991 använder personalen en dag/vecka för administrativt arbete, journalskrivning, utbildning m.m.

Verksamheten vänder sig till människor utan missbruksproblem som har eller har haft kontakt med den psykiatriska vården och som behöver träna vissa saknade färdigheter för att få en fungerande livssituation. Målsättningen är att klara daglig livsföring och att återfå eller förbättra förmågan att klara en daglig aktivitet, att påbörja eller återuppta studier eller arbete. En annan målsättning är också att patienterna ska kunna slussas ut tidigare från den slutna vården och att man i vissa fall ska kunna förhindra eller förkorta återintagningen på psykiatrisk vårdavdelning. Den övergripande gemensamma nämnaren för verksamheten är att bryta ofrivillig ensamhet och isolering.

Patienterna kan komma till dagsjukvården antingen från psykteamen, de psykiatriska vårdavdelningarna eller ÖRE. Den enda patientgrupp man inte tar emot är missbrukare. När det är klart att en person ska komma till Strand gör han/hon för det mesta ett eller flera studiebesök först tillsammans med sin kontaktperson. Därefter gör man tillsammans upp en individuell behandlingsplan anpassad efter individuella behov och problem. I planen kan t.ex. någon av följande punkter ingå; - fobiträning, - socialträning, - utslussning mot arbete, studier, föreningar m.m., - personlig vård, - hushållsträning, - kreativa aktiviteter, - motion.

Behandlingens längd anpassas efter vars och ens behov, från 4 heldagar/vecka till några timmar/vecka. För var patient sker kontinuerlig utvärdering cirka 1 gång/månad. Patienterna betalar som för öppenvårdsbesök för sjukvårdande behandling. Matkostnader betalas till självkostnadspris. Detsamma gäller för utgifter i samband med utflykter.

kontaktperson: Monica Gydemo, Maj-Lis Dahl,  
Ellinor Johansson, Lillemor Börjesson  
adressuppgift: Växnäsgatan 42 b, 653 41 KARLSTAD,  
telefon: 054-15 42 39

\* **GRUPPVERKSAMHET FÖR LÅNGTIDSVÅRDADE PATIENTER INOM SLUTENVÅRDEN VID SPÅNGA-KISTA PSYKIATRISKA SEKTOR I STOCKHOLM** - ett samarbete mellan avd. 47 och Rehabteamet inom sektorn.

Planeringen för gruppverksamheten påbörjades våren 1988. Hösten 1988 startade gruppen med "öppet hus". Framtidsvisioner om/när ekonomiska medel blir tillgängliga: att gruppverksamheten skall utvecklas till ett permanent gruppboende av hemlik karaktär utanför Beckomberga sjukhus.

Långtidsvårdade patienter inom slutenvården utgör rehabteamets huvudsakliga målgrupp. Teamet ska arbeta dels övergripande organisatoriskt, dels med praktiskt patientarbete för att utveckla kanaler och modeller för utslussning/rehabilitering. Att förbättra livskvaliteten för långtidsvårdade patienter är en angelägen uppgift. Till rehab 2-gruppen inom rehabteamet prioriteras patienter med främst psykos diagnoser utan regelbunden sysselsättning utanför avdelningen. Deras vårdtider varierar mellan 10 och 50 år. Flertalet patienter präglas av rastlöshet och motorisk oro. Tidvis kan de vara högljudda och ställa krav på symtomtolerans i omgivningen.

Hösten 1988 samlades gruppen regelbundet kring kaffe, musik etc. Våren 1989 bedömdes tiden mogen att börja laga mat tillsammans. Hösten 1989 gjordes det första gemensamma stadsbesöket. Inför våren 1990 planeras en utvidgning av verksamheten med regelbundet återkommande aktiviteter. Den framtida visionen av ett bra boende ska inte ha inriktningen av ett behandlingshem. Trots detta är teoretiska och praktiska modeller att luta sig mot av betydelse. Viktiga synpunkter beträffande miljöbetingelser och bemötande kan hämtas från Sverker Berlin, psykolog och psyko-terapeut med erfarenheter från Sätters sjukhus. Den amerikanske psykologen Mark Spivak kan också tjäna som inspirationskälla, liksom gruppdynamiska SIVUS-metoden som har sitt ursprung i Indonesien och används bland handikappade. De positiva erfarenheterna av värme och medmänsklighet vid rehabilitering som samlats vid Sopismusvuori i Tammerfors i Finland under professor Anttinens ledning kan också tjäna som vägledning.

kontaktperson: Sylvia Mellfeldt-Milchert, projektledare  
Lars-Erik Sundgren, skötare  
adressuppgift: Spånga-Kista psykiatriska sektor,  
Beckomberga sjukhus, 161 04 BROMMA  
telefon: vx 08-87 00 40

## 12. ARBETSREHABILITERING

I detta kapitel beskrivs verksamheter som syftar till att öka psykiskt stördas möjligheter att finna, få och behålla ett förvärvsarbete.

Gränsdragningsproblem finns vad gäller redovisningen av verksamheter som främst gäller meningsfullt dagsinnehåll men som också innefattar arbetsförberedande steg. Likaså finns svårigheter vad gäller gränsdragningen till den medicinska rehabilitering som sker inom psykiatrin. Verksamheter inom psykiatrin som bedöms ha en huvudsaklig karaktär av yrkesinriktad rehabilitering tas dock upp i detta kapitel.

**\* ARBETSKOOPERATIVET KOPPEN VID ALLAKTIVITETSHUSET GYLLENKROKEN I GÖTEBORG** - ett kafékooperativ som startade ur en kooperativ utbildningslinje våren 1990.

*verksamheten beskrivs utförligt i del I under rubriken Förberedande folkhögskola samt allaktivitetshuset Gyllenkroken i Göteborg*

kontaktperson: Carl Toshach  
adress: Folkuniversitetet, Vasagatan 21, Box 3059, 400 10 GÖTEBORG  
telefon: 031-17 79 70

**\* ARBETSKOOPERATIVET VÄGSKÄLET I JÖNKÖPING** - ett arbetskooperativ som utvecklats ur en kooperativ linje inom socioterapi vid Ryhovs sjukhus.

Psykiatriska kliniken vid Ryhovs sjukhus i Jönköping har bedrivit folkhögskoleutbildning för psykiskt handikappade sedan år 1971 (se kapitel 14.). Arbetet bedrevs tidigare i samarbete med Jära folkhögskola men sedan år 1984 med Sörängens folkhögskola i Nässjö. Den huvudsakliga personalkategorin från landstinget är socioterapeuter.

Efter att det konstaterats att många patienter återkom till utbildningarna p.g.a. att de inte kunnat få annan sysselsättning startades år 1986 en kooperativ verksamhet i samverkan med bl.a. Jönköpings kommun. Verksamhetens målgrupp är personer med kvarstående psykiska handikapp efter en lång vårdtid. Personerna i målgruppen har en ekonomisk trygghet genom att de har sjukpension, förtidspension eller sjukbidrag. Några av de som efter avslutad utbildning inte kunnat få annan sysselsättning har startat arbetskooperativ. Syftet med kooperativ är att ge de medverkande en varaktig och meningsfull sysselsättning. De verksamheter som bedrivs är bl.a. tryckeri- och legoarbeten. F.n. har kooperativet t.ex. tryckeriuppdrag för HSB. Arbetskooperativet Vägskalet drivs 1990-1992 som ett projekt i samarbete med socialtjänsten. 1991 har man 16 medlemmar varav 10 arbetar regelbundet.

kontaktperson: Anders Berthling  
adressuppgift: Vägskalet, Hermansvägen 32, 552 44 Jönköping  
telefon: 036-10 16 68

**\* ARBETSKOOPERATIVET BOKMALEN I JÖNKÖPING** - ett antikvariat med samma ursprung, målgrupp och syfte som kooperativet Vägskalet i beskrivningen ovan. De personer som ingår i kooperativet får handledning av socioterapeuter vid Ryhovs sjukhus. Bokmalen startade 1989 och har idag fem medlemmar varav tre arbetar regelbundet.

kontaktperson: Per-Olov Carlsson  
adressuppgift: Västra Storgatan 18 E, 552 56 JÖNKÖPING  
telefon: 036-10 16 64

\* **KOOPERATIVET BRILLIANTEN I KARLSTAD** - med utgångspunkt i en folkhögskolekurs startades en kooperativ verksamhet för patienter från den psykiatiska vården i Karlstad.

Målgruppen är framför allt långtidssjuka inom psykiatrin. Projektet startades gemensamt av psykiatrin, folkhögskolan, Stiftelsen Värmlandskooperativen och studieförbunden. Kommunen har på senare tid tagit över ansvaret för lokalerna till Brillianten. Psykiatrin bekostar två handledare på heltid. Diskussioner med kommunen förs med avsikt att kommunen på sikt tar helhetsansvar i samverkan med psykiatrin för utveckling av verksamheten.

Brillianten sysslar med dels legoarbeten, dels renovering, försäljning och uthyrning av cyklar samt utför olika tjänster åt kommun och landsting. Brillianten sysselsätter f.n. omkring 20 personer.

kontaktperson: Carl-Einar Göransson, projektledare  
 adressuppgift: Drottninggatan 43, 652 26 KARLSTAD  
 telefon: 054-11 57 87

\* **ARBETSKOOPERATIVET FENIX I STRÄNGNÄS** - som ett led i planeringen av avvecklingen av Sundby sjukhus initierade psykiatrin planeringen av ett arbetskooperativ i samarbete med Strängnäs kommun för personer med psykiska störningar.

Verksamheten startades år 1986 och landstinget svarar för personalkostnaderna för två arbetsledare. För den lokal där kooperativet finns delar kooperativet och kommunen på kostnaderna. Verksamheten inriktas framförallt på legoarbeten. Målgruppen skulle kunna sägas vara personer i behov av sysselsättning som inte har en tillräcklig arbetsförmåga för att få del av arbetsmarknadsverkets yrkesrehabilitering. Idag ingår 10-15 personer, varav hälften arbetar halvtid. ÄDEL-reformen kan innebära att organisationens huvudmannaskap förändras från årsskiftet 1991/1992.

kontaktperson: Axel Lagberg  
 adressuppgift: Nygatan 24, 645 31 STRÄNGNÄS  
 telefon: 0152-118 00  
 rapport: Dokumentation och utvärdering efter två års försöksverksamhet, (okt. 1986 - sept. 1988)

\* **KOOPERATIV UTVECKLING I ENSKEDE-SKARPNÄCK PSYKIATRISKA SEKTOR I STOCKHOLM** - Städkooperativet Hörnrent, Tryckerikooperativet Asyltryck, Trä- och metallverkstaden Ek Art, Café Eken, Videokooperativet m.fl. (se allmän beskrivning av Enskede-Skarpnäcks psykiatriska sektor i del I).

kontaktperson: Olle Sparring eller Maria Hannäs, projektledare  
 adressuppgift: Enskede-Skarpnäcks psykiatriska sektor,  
 Sköntorpsv. 29, 121 42 JOHANNESHÖV  
 telefon: 08-81 06 20  
 rapport: Arbetskooperativ - en krydda i den nya psykiatrin,  
 (Susanne Rubin, 1991)

**\* ARBETSGRUPPEN FÖR KOOPERATIVET (AKG) INOM SÖDERMALMS PSYKIATRISKA REHABILITERINGSVERKSAMHET (SÖREN) I STOCKHOLM** - samarbetar med försäkringskassan, länsarbetsnämnden och socialtjänsten. (se allmän beskrivning av Sören i del I)

kontaktperson: Karin Wiklund

adressuppgift: Södermalms psykiatriska rehabiliteringsverksamhet, "SÖREN",  
Bondegatan 40, 116 33 STOCKHOLM

telefon: 08-702 04 14

**\* TRIVSELHUSET I SKELLEFTEÅ** - träffpunkt med café, studiecirkel och legoarbeten som startats på initiativ från socialdistriktet.

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Tage Lundberg

adressuppgift: Trivselhuset, Sociala avd./Socialkontoret,  
Skellefteå kommun, 931 85 SKELLEFTEÅ

telefon: 0910-585 05

**\* 4V-PROJEKTET - FÖR VEM GÖR VILKA VAD I VÄSTERÅS** - ett samverkansprojekt mellan psykiatrin, länsarbetsnämnden, AMI, Samhall, arbetsförmedlingen, försäkringskassan, kommunen, arbetsmarknadens parter och RSMH med syfte att utveckla den arbetsinriktade rehabiliteringen för psykiskt långtidssjuka med delaktighet som gemensam grundsyn.

Projektet ingår i en större studie i Västmanland rörande uppföljning av psykiskt långtidssjukas livssituation i öppna vårdformer. Projektarbetet har påbörjats år 1990 och beräknas avslutas år 1993. Arbetet har organiserats i fyra grupper: lednings-, samarbets-, utvecklings- och utvärderingsgrupp.

kontaktperson: Birgitta Gombrii

adressuppgift: Psykiatriska kliniken, Centrallassarettet, 721 89 VÄSTERÅS

telefon: 021-17 58 87

**\* SKATTEGÅRDSVERKSTADEN I STOCKHOLM** - förberedande arbetsrehabilitering med bokbinderi, förpackning, textil, snickeri.

Målgruppen är arbetslösa personer mellan 20 - 60 år som inte bedöms kunna ta steget direkt ut i arbetslivet. Psykosocial problematik är vanligt förekommande bland eleverna. På verkstaden finns 30 elevplatser (74 inskrivna 1989). Personalstyrkan består av såväl arbetsinstruktörer som kuratorer. Elevernas arbetstid är vardagar mellan 8.30 - 16.00 (ons 14.00). Verksamheten drivs i samarbete mellan Stockholms läns landsting och Stockholms kommun. 1975 startade verkstaden som projekt och permanentades 1980.

kontaktperson: Allan Sjöstedt, basenhetschef,  
 telefon: vx 08-87 00 40  
 adressuppgift: Skattegårds sv. 55, 162 26 VÄLLINGBY,  
 telefon: 08-739 01 95

**\* ARBETSREHAB FÖR NORRA DELEN AV STOCKHOLMS LÄN** - förberedande arbetsrehabilitering inom psykiatrin.

Målgruppen är de av psykiatrins patienter som är i behov av arbetsförberedande rehabilitering. På ArbetsREHAB finns 64 platser. Personalen utgörs framför allt av arbetsterapeuter. Verksamheten som syftar till att vara ett förberedande steg mellan psykiatrisk och rent yrkesinriktad rehabilitering är en gemensam resurs för de norra delarna av Stockholms län. År 1978 startade viss verksamhet, i sin nuvarande form startade verksamheten 1984. Består av trä-, metall och textilverkstäder.

kontaktperson: Christina Cederblad, föreståndare  
 adressuppgift: ArbetsREHAB, Ranhammars sv. 20, 161 30 BROMMA  
 telefon: vx 08-87 00 40

**\* PIA-PROJEKTET I ÅRHUS I DANMARK** - Psykiatriska patienter i Arbete - ett projekt i Danmarks andra stad Århus inriktat mot att skapa förutsättningar för arbete för psykiskt störda personer som har en längre teoretisk utbildning men som har svårt att få arbete.

Projektet initierades av kommunens social- och hälsoförvaltning och bedrivs med medel från en EG-fond för socialt utvecklingsarbete. Verksamheten bedrivs inom en fristående stiftelse och målsättningen är att det skall vara självbärande efter en projekttid om tre år. Projektet är indelat i tre delar - en förberedande utbildning med inriktning mot reaktivering av tidigare kunskaper, färdigheter m.m., en arbetsförberedande del och slutligen arbete inom eller utanför själva projektet. Nio arbetsområden har skapats och inriktningen är att kvalificerade arbeten skall erbjudas i enlighet med medlemmarnas utbildningsbakgrund. Projektet omfattar omkring 100 personer.

kontaktperson: Birthe Drenck  
 telefon: 86202892 eller 86192977

**\* SUNNERBOPROJEKTET I LJUNGBY**

Utifrån erfarenheterna att psykiskt störda ofta hamnar mellan stolarna i arbetsrehabiliteringen och att brister i kontinuiteten allvarligt försvårar en rehabilitering startades i Ljungby år 1987 ett gemensamt projekt mellan arbetsförmedlingen/AMI, socialtjänsten och psykiatrin. Målgruppen var unga psykiskt störda personer som hade behov av samtida insatser från af/AMI, socialtjänst och psykiatri, vilket kom att bli ca 20 personer. Målsättningen var bl.a. att utveckla arbetsmetoder, samverkansformer och att inplantera erfarenheterna i den reguljära verksamheten. En gemensam arbetsenhet tillskapades mellan de berörda organen där ordinarie personal frigjordes för att särskilt arbeta med psykiskt stördas rehabilitering. Respektive organ svarade för personalkostnaderna och kommunen svarade för lokalkostnaden. En slutrapportering

av projektet har redovisats och utvärderingar ur ett socialt och samhällsekonomiskt perspektiv har genomförts av högskolan i Växjö. Projektet är nu avslutat men flera av medarbetarna i projektet har fortsatt att samarbeta i "Sunnerboprojektsanda".

kontaktperson: Per Svanström,  
 adressuppgift: AMI, Kungsgatan 9, 341 30 LJUNGBY  
 telefon: 0372-811 50

- \* **LO-PROJEKTET "ARBETE ÅT ALLA" I SKELLEFTEÅ** - ett tvåårigt projekt som syftar till att öka psykiskt stördas möjligheter att få en plats på den vanliga arbetsmarknaden.

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Arne Arvidsson  
 adress: Mossgatan 28, 931 40 Skellefteå  
 telefon: 0910-120 69

- \* **LO-PROJEKTET "ARBETE ÅT ALLA" I UMEÅ** - ett systerprojekt till det ovan beskrivna projektet i Skellefteå.

Projektet bedrivs enligt samma principer som det i Skellefteå. Förutom till psykiskt störda riktar man sig dock även till utvecklingsstörda. En heltidsanställd inom LO svarar för samordning av projektet och för samordning inom psykiatri har avdelats en halvtidstjänst. En inventering genomfördes år 1990 som visade att ca 120 personer hade behov av insatser från projektet.

kontaktperson: Ann-Christin Andersson (landstinget), Jan Bergström (LO)  
 adressuppgift: Psykiatriska vården i Umeå, Box 1442, 901 24 Umeå  
 LO, Kungsgatan 89, 902 45 Umeå  
 telefon: Landst. 090-16 00 00, LO 090-15 65 30

- \* **SYSSELSÄTTNING OCH ARBETSGEMENSKAP FÖR PSYKISKT HANDIKAPPADE KNUTNA TILL DAGCENTRALEN TRÄFFPUNKTEN I EDSBYN** - landsting och kommun samarbetar bl.a. med det privata företaget Berungs grossistlager för att psykiskt störda skall ges tillfälle till arbete. Målgruppen för verksamheten är psykiskt handikappade som inte kan få annat arbete.

I september 1984 startade landstinget tillsammans med kommunen en dagcentral i Edsbyn för långvarigt psykiskt handikappade. Kommunen och landstinget bekostar en tjänst vardera. Målsättningen är att stötta före detta patienter i det egna boendet, socialt och med olika fritidsverksamheter. När dessa funktioner började fungera bättre kom efterfrågan på vettiga sysselsättningar in i bilden. Därför startade man med legoarbeten vid dagcentralen under hösten 1987.

Våren 1989 startade man verksamheten vid Berungs grossistlager, ett privat företag. Den består av olika packeterings- och legoarbeten. Landstinget och kommunen hyr en lokal gemensamt. Kommunen står som huvudman. Cirka tio personer är sysselsatta där dagligen. De har förtidspension eller sjukbidrag och är mellan 27 - 65 år.



Syftet är att ge dessa psykiskt handikappade en vettig sysselsättning och arbetsträning.

En vanlig arbetsdag på Berungs börjar kl. 09.00. Transport till arbetsplatsen anordnas för den som behöver. Omklädnings- och fikarum delar man med övriga anställda. Lunch äter några vid ett servicehus, andra tar matlåda från Samhall. Arbetet pågår till kl. 16.00. Lön utbetalas till gruppen gemensamt. För pengarna gör man resor och utflykter tillsammans. Fr.o.m. 1992 övergår verksamheten helt i kommunal regi.

kontaktperson: Stig-Roland Olsson, kommunen  
Björn Iversen, landstinget  
adressuppgift: Träffpunkten, Korta gatan 1, 828 00 EDSBYN  
telefon: 0271-236 96, 224 26

**\* FOUNTAIN HOUSE I STOCKHOLM** - drivs av en stiftelse där RSMH är huvudman.

Inom ramen för verksamheterna vid Fountain House i Stockholm har ett särskilt projekt - Arbetsbyrån - som startats med syfte att skapa bättre möjligheter för medlemmarna på Fountain House att komma ut på arbetsmarknaden eller till utbildning. Verksamheten startades år 1988 och bedrivs i form av söka-jobb-aktiviteter, individuell yrkes- och arbetsvägledning, praktik m.m. Målgrupp för verksamheten är medlemmarna på Fountain House.

kontaktperson: Mats Lövgren  
adressuppgift: Götg. 38, Box 4051, 102 61 STOCKHOLM  
telefon: 08-714 01 60

**\* FENIX, SYSSLESÄTTNINGSPROJEKT I ANSLUTNING TILL LOKAL REHA-GRUPP I EKSJÖ** - mot bakgrund av svårigheterna att få företag att ge lönebidragsanställningar till vissa arbetshandikappade startade lokala rehagrupper i Eksjö ett särskilt projekt 1988.

Den målgrupp Fenix vänder sig till är personer som har svårt att få anställning såväl inom reguljär som skyddad arbetsmarknad. I augusti 1990 hade 30 personer deltagit varav 12 med psykiska störningar. Nyrekrytering sker kontinuerligt. Projektstöd har initialt utgått från socialstyrelsen. Planerna är att verksamheten skall permanentas. Den lokala Reha-gruppen har beslutat att de myndigheter som har intresse och behov av Fenix' resurser ska svara för en femtedel var av nettokostnaderna för verksamheten.

Verksamheten bedrivs i första hand i form av olika typer av legoarbeten, förpackning, montering och annat. Alla arbetar utan lön. De flest har förtidspension eller socialbidrag. Inkomsterna används istället för olika typer av rekreationsverksamheter till de som deltar i arbetet eller också direkt i verksamheten, t.ex. har man införskaffat fler maskiner och annan utrustning. Utbildningar och studiebesök m.m. förekommer också. Flera småländska grannkommuner har varit på studiebesök i Eksjö och sett att Fenix är en verksamhet som behövs hos dem också. Lenhovda blir troligen den första efterföljaren.

kontaktperson: Alf Johansson, arbetsledare i projektet  
 adress: Förrådsgatan 5, 575 35 EKSJÖ  
 telefon: 0381-128 05  
 rapporter: delrapport 1989-08-30, slutrapport 1990-08-31, samt ett kapitel i socialstyrelsens rapport "En dörr har öppnats - om arbete och sysselsättning för dem som aldrig fick tillträde (1990:32)"

\* **IDÉ-PROJEKTET SKARVEN I ARVIDSJAUR KOMMUN** - ett idéprojekt i anslutning till en dagverksamhet för psykiskt långtidssjuka och flerhandikappade inom kommunen.

Idéprojektets syfte är att utveckla möjligheterna för de som går på dagverksamheten att komma ut på arbetsmarknaden. Individuella studieplaner och handledning har påbörjats och projektet ses som ett ytterligare steg i utvecklingen av dagverksamheten. 20 personer har hittills ingått i projektet som startade 1989.

adressuppgift: Arvidsjaur kommun, Box 181, 933 00 ARVIDSJAUR  
 rapport: utvärdering, 1989

\* **PROJEKTET "FORNMINNESVÅRD" I VÄSTERNORRLAND** - ett projekt för att erbjuda arbete i form av skogsröjning i anslutning till fornminnen.

Målgruppen är långtidssjuka psykiskt störda med sjukbidrag eller förtidspension som önskar arbeta. Psykiatri i Sundsvall har tillsammans med skogsvårdsstyrelsen, länssantikvarie, länsarbetsnämnd, arbetsförmedlingen, försäkringskassan, kommunen och RSMH startat detta projekt. Därtill samverkar projektet med Intresseföreningen för Psykiskt sjuka och Stiftelsen Arbete och Vänskap i Sundsvall. Psykiatri förmedlar kontakterna med de psykiskt störda och skogsvårdsstyrelsens svarar för arbetsledning.

Arbetet består i röjning och uppsnygning av tre gravfält inom Sundsvallsområdet. Arbetet sker under handledning av en inom den psykiatriska enheten verksam person. Ekonomisk ersättning till deltagarna finansieras via sökt och beviljat stimulansbidrag från Sundsvalls kommun. Ersättningen är uträknad enligt Socialstyrelsens rekommendationer för psykiskt utvecklingsstördas rätt till habiliteringsersättning.

Två arbetslag om sju personer i vardera utformades, en för- och en eftermiddagsgrupp. Totalt har deltagarantalet varierat från 12 till 18 personer. Uppsatta kriterier för deltagande i projektet har varit: 1) egen motivation att arbeta i projektet, 2) yngre arbetstagare prioriteras före äldre, där äldre avser personer över 50 år, 3) förmåga att självständigt ta sig till mötesplatsen vid Sundsvalls busstation.

I utvärderingen av Fornminnesvård har man valt att i första hand ta fasta på hur arbetsdeltagarnas livskvalitet påverkas av projektet samt att dessutom studera hur projektet fungerar rent praktiskt. 150.000 kr har man fått i projektstöd från allmänna arvsfonden och 18.000 kr i stimulansbidrag från Sysselsättningsenheten, Sundsvalls kommun. Själva projektet varade mellan 1990-05-01 -- 1990-09-30, men har därefter fått förlängt finansiellt stöd för ytterligare en tid. Omslagsbilden till denna rapport är hämtad från projektet Fornminnesvård.

kontaktperson: Kjell Andersson, arbetsledare  
 Gunilla Bergström  
 adressuppgift: Sundsvalls sjukhus, 851 86 SUNDSVALL  
 telefon: 060-18 19 44  
 utvärdering: Vårdhögskolan, Sundsvall, sjuksköterska Owe Hellzén  
 fotodok.: AV-centralen, Sundsvall, chef Kent Viklund

#### **\* PROJEKT "VÄXTHUSET" VID LILLHAGENS SJUKHUS I GÖTEBORG**

Inom ramen för den studieverksamhet som bedrivits sedan ett 30-tal år vid Lillhagens sjukhus startades år 1989 en kooperativ verksamhet i ett växthus på sjukhuset. Vid sidan av odlingar av blommor och grönsaker sker också en allmän samhällsorienterande utbildning inom ramen för kooperativet. Projektets målgrupp är psykiatriska patienter som saknar arbete efter utskrivning. Omkring 15 personer är aktiva i verksamheten. Projektstöd har man fått från allmänna arvsfonden.

kontaktperson: Britt-Marie Andersson, Anders Fredriksson  
 adressuppgift: Studieverksamheten, Lillhagens sjukhus,  
 Box 3005, 422 03 HISINGS-BACKA  
 telefon: 031-55 71 16, 55 76 60, 55 76 05

#### **\* REHABILITERINGS- OCH SYSSELSÄTTNINGSRESURS I ESKILSTUNA**

- ett planerat samarbetsprojekt mellan socialtjänst, psykiatri, arbetsförmedling, försäkringskassa och länsarbetsnämnd för att skapa meningsfull sysselsättning för ett 40-tal personer som haft långvarig kontakt med psykiatri; bl.a. tjänsteproduktion, betoning på medbestämmande, verksamheten utåtriktad mot samhället (planeras starta till årsskiftet 1991/92).

kontaktperson: Mats Werme, klinikföreståndare  
 adressuppgift: Psyk kliniken NSD, Centrallasarettet,  
 631 88 ESKILSTUNA  
 telefon: vx 016-10 30 00

#### **\* REHA-GRUPPER I UMEÅ SJUKVÅRSDISTRIKT - en samarbetsform för psykiatri, försäkringskassan, vårdcentralerna, arbetsvård och socialtjänst.**

Representanter för dessa verksamheter i en kommun eller kommundel möts en gång per månad för att diskutera enskilda patientärenden, men även policyfrågor rörande rehabilitering. Patienterna/klienterna har möjlighet att närvara om de så önskar. Reha-gruppen i grannkommunen Vännäs har gamla anor och har varit stilbildande för de övriga grupperna.

kontaktperson: Bengt Häggqvist, bitr ÖL,  
 adressuppgift: Psykiatriska kliniken, Regionsjukhuset i Umeå, 901 85 UMEÅ  
 telefon: 090-10 22 50

### \* NÄTVERKET - ARBETSREHABILITERING I VÄXSJÖ KOMMUN

Mot bakgrund av en ökning av socialbidragen startade Växjö kommun och arbetsförmedlingen på orten ett samarbetsprojekt år 1986 för att öka möjligheterna till förvärvsarbete för dem som var bidragsberoende att komma ut på arbetsmarknaden. Projektet riktas till samtliga personer med denna typ av problem och inte enbart till psykiskt störda. Bättre samverkan och en gemensam syn och målsättning mellan de olika organen är viktiga mål i projektet. Vid sidan av den ordinarie personalen inom socialtjänsten har ett 10-tal instruktörer anställts. Genom beredskapsarbeten har olika särskilda arbetsplatser skapats och där de inskrivna i Nätverket kan anställas. Den 15 april 1991 startade även ett projekt som riktas sig enbart till psykiskt störda i samverkan med länsgruppen för rehabiliteringsfrågor.

kontaktperson: Nils Folkesson, behandlingsansvarig  
 adressuppgift: NÄTVERKET, Anteliig.3, 352 36 VÄXJÖ  
 telefon: 0470-430 19, 0470-433 51 (Nils Folkesson),  
 0470-433 52 (Sven-Eric Klang)  
 rapport: Nätverket i Växjö kommun, uppsats från Högskolan i Växjö, 1988

### \* SECONDHANDBUTIKEN "I ANDRA HAND" I RSMH-LUNDS REGI

RSMH-Lund övertog våren 1990 en secondhandbutik i förortsstadsdelen Norra Fäladen i Lund. Affären ligger i stadsdelens butikscentrum några meter mittemot ingångarna till ICA och Konsum. Vid torget ligger dessutom kommunaldelskontoret, vårdcentralen och den lokala hemtjänsten. RSMH har bra samarbete med samtliga. Lokalkyran betalas av Lunds socialnämnd och verksamheten övertogs med hjälp av ett projektbidrag från Malmöhus läns landsting. Syftet är dels att erbjuda arbetsträning och dels att använda lokalen för klubbverksamhet efter affärstid. RSMH-Lund har många medlemmar på Norra Fäladen. Dessutom är många gruppboenden placerade här. Även under affärstid utvecklas en social kontaktverksamhet i lokalen genom att många som regelbundet kommer och "tittar på kläder" bjuds in på kaffe och samtal i rummet innanför butiken.

kontaktperson: Ann-Sofie Bhatti, ombudsman  
 Isabella Göransson, butiksföreståndare  
 telefon: 046-13 41 00 (I Andra Hand), 046-12 61 81 (RSMH)  
 adressuppgift: I Andra Hand, Fäladstorget 10, 222 47 Lund, eller, RSMH-Lund,  
 Karhögstorg 2, 223 55 LUND  
 rapport: utvärderingsrapport till 1991

\* **SOPIMUSVORISTIFTELSEN - REHABILITERING I TAMMERFORS** - en sammanhållen rehabiliteringsverksamhet för personer med psykiska handikapp i Tammerfors, Finland.

Sedan 20 år bedrivs en numera omfattande verksamhet för rehabilitering, stöd och service till personer med svåra psykiska funktionshinder. Särpräglat för verksamheten är att den bedrivs inom ramen för en, från de offentliga organen, fristående stiftelse. Kommunala bidrag utgår men en lika viktig källa för finansiering är avgifter från medlemmarna, ca 45% vardera. Verksamheten utgår från en referensram baserad på psykiatriska kunskaper där en stegvis rehabilitering starkt betonas. De

första stegen utgörs av gruppboende inom rehabiliteringshem. Andra steg är gruppboenden och stöd i ett ordinärt boende samt dagverksamheter. Skyddade verkstäder och sociala klubbverksamheter utgör tillsammans med stöd, utbildning och handledning de senare stegen i den rehabiliteringskedja som tillskapats. Verksamheterna på de olika rehabiliteringsstegen bedrivs i en strukturerad form som utöver det specifika innehållet i varje steg också innefattar allmän social träning, utbildning, kreativa konstnärliga aktiviteter, m.m. Ca 350 personer har plats i de olika programmen och trots att många av medlemmarna har omfattande funktionshinder är antalet anställda litet, ca 40. En systerverksamhet har nyligen startats i Helsingfors. Utbildningar om rehabilitering anordnas.

kontaktperson: Markku Ojanen

adressuppgift: Sopimusvori rf. Näsilinnankatu 27 E 28, 33200 Tammerfors

telefon: 31-111377

## 13. FRIVILLIGORGANISATIONER OCH KAMRATSTÖD

Med frivilligorganisationer och kamratstöd syftas här på organiserade insatser av patienter, anhöriga och andra frivilliga. Detta gör att det här kapitlet innehåller exempel som likaväl skulle kunna återfinnas under andra kapitel, i första hand kapitlet om meningsfullt dagsinnehåll. Det som är utmärkande för flertalet exempler i det här kapitlet är att de är baserade på kamratstöd och hjälp-till-självhjälp istället för professionellt stöd.

Det bör även poängteras att såväl patientorganisationer som anhörigföreningar ingår som samverkanspartner i åtskilliga andra verksamheter som beskrivs under andra kapitel i denna publikation. Utmärkande för verksamheter som presenteras i detta kapitel är att den s.k. brukarorganisationen står som huvudman för verksamheten.

### \* FONTÄNHUSET I MALMÖ

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Gertrud Österberg

adressuppgift: Fontänhuset, Engelbrektsgatan 14, 211 33 MALMÖ

telefon: 040-12 00 13

### \* CLUB LINDORMEN I UPPSALA MED CAFÉ LINDEN

*verksamheten beskrivs utförligt i i del I*

kontaktperson: Karl-Erik Röösth  
adressuppgift: Club Lindormen, Vaksalag. 26 ö.g., 753 31 UPPSALA  
telefon: 018-12 70 41

**\* ARBETSKOOPERATIVET KOBHEN I VÄSTERHANINGE** - startades på initiativ av RSMH-Havsbandet/Haninge 1989.

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: George Tillander  
adressuppgift: RSMH-Havsbandet/Haninge, Häggvägen 2, 136 40 HANINGE  
telefon: 08-777 72 67

**\* RSMH-HELSNINGBORGS PROJEKT FÖR PSYKISKT HANDIKAPPADERS FRITID OCH REKREATION**

RSMH-Helsingborg har av Statens Handikappråd hösten 1990 erhållit ett projektbidrag för försöksverksamhet kring psykiskt handikappades fritid och rekreation. Projekttiden är två år och projektet avrapporterar skriftligt varje halvår. Basen för projektet är en stor f.d. överklassvåning i centrum som RSMH-Helsingborg flyttade in i våren 1990. Lokalen består av sex rum och kök, varav två stora salonger med parkettgolv, kakelugn och högt i tak. Hyran betals till hälften av Helsingborgs sjukvårdsdirektion, till hälften av Helsingborgs socialnämnd.

Projektets målgrupp är mentalpatienter med tunga psykiatriska diagnoser och många år på mentalsjukhus bakom sig. Det här är en målgrupp som är mycket svår att engagera i olika fritidsaktiviteter. Erfarenheter visar dock att det inom RSMH:s ram är möjligt att på sikt engagera dem i sådana aktiviteter. Projektet syftar till att närmare kartlägga detta.

Grundtanken med projektet är att psykiskt handikappades fritid och rekreation ska vara baserad på självaktivering. Medlemmar i RSMH, som själva tidigare varit mentalpatienter, vet att jagutveckling och stärkande av självkänslan är av central betydelse då det gäller att finna en väg ut ur de egna psykiska störningarna och psykiatrins grepp. Mentalvård och andra institutionaliserade aktiviteter verkar i rakt motsatt riktning. Med en uppdelning i "vi och de" hamnar mentalpatienterna alltid i en underordnad och passiviserande ställning. Hur vällovliga syftena än är bidrar sådana aktiviteter till att människor som skrivs ut från mentalsjukhus hålls kvar i en patientroll.

De som skrivs ut från mentalsjukhus är ofta behäftade med ett starkt socialt handikapp. De har svårt att komma in i sociala sammanhang som vänskapskretsar, arbete, föreningsliv o. dyl. RSMH:s lokaler kan betraktas som det tekniska hjälpmedel som behövs för att bemöta detta sociala handikapp. Lokalerna fungerar som mötesplatser och frizoner. Alla här har ungefär samma erfarenheter som patienter inom psykiatri och ingen är underordnad den andre. Man möts som jämbördiga och behöver inte vara rädd för att bli betraktad som löjlig och avvikande. Man har möjlighet att knyta personliga kontakter med kontinuitet och varaktighet över en längre tid till skillnad mot hur det är inom olika institutioner, där kontakterna oftast blir tillfälliga, sporadiska och av en allmän och mer opersonlig karaktär.

kontaktperson: Maths Jespersson, länsombudsman  
 adressuppgift: RSMH-Helsingborg, Trädgårdsgatan 15 2tr,  
 252 24 HELSNINGBORG  
 telefon: 042-12 30 36, 046-12 61 81

**\* ATELJÉ CLARA - EN SYATELJÉ I RSMH-LUNDS LOKALER**

I RSMH-Lunds lokal startade en av medlemmarna våren 1990 en syateljé som både lagar kläder och tillverkar nya efter beställning. Medlemmen som startade ateljén har själv lång erfarenhet av branschen, bl.a. egen symaskinsaffär under flera år. Detta är ett exempel på hur RSMH kan ta tillvara det stora yrkeskunnande, som många av föreningens medlemmar har, för att utveckla verksamheter som också andra medlemmar kan vara engagerade i. Eftersom RSMH-Lund har sin lokal i en butikslänga vid ett torg i en stadsdel i södra Lund är syateljéns verksamhet väl exponerad utåt och kunderna kommer till största del från allmänheten. Syftet med ateljén är dels att erbjuda föreningens medlemmar arbetsträning, dels att göra det möjligt för inte minst många ensamstående män bland medlemmarna att få sina kläder reparerade till ett billigt pris.

kontaktperson: Clary Stenberg, ateljéföreståndare  
 adressuppgift: RSMH-Lund, Karlhögstorg 2, 223 55 LUND  
 telefon: 046-12 61 81

**\* "ORD GER LJUS" PÅ SKEPPSHOLMEN I STOCKHOLM - ett poesikafé i samarbete mellan RSMH och Författarcentrum.**

ORD GER LJUS är ett kulturprojekt initierat av författare i samarbete med RSMH. Själva hjulnavet i projektet är poesikafeét i Författarcentrums lokaler på Skeppsholmen. Det är nu andra året som författare och RSMH-folk möts på kafeét, några gånger per säsong. Omkring 10 - 15 personer är det som träffas mellan kl. 19.00 - 21.00 när det är poesikafé. Till varje träff har en författare bjudits in som läser sina egna dikter, som sedan diskuteras. Tanken är att författarnas diktning ska inspirera till att lyfta fram egna ord - i orden finns självkänslans början. Alla är välkomna till poesikafeérna. De som vill kan själva läsa egna och andras dikter där. Atmosfären är varm och tillåtande. Kaffe och tårta bjuds.

kontaktperson: Siw Liljeqvist, studiesekreterare, RSMH  
 adressuppgift: RSMH-Stockholms län, Box 1251, 172 06 SUNDBYBERG  
 telefon: 08-98 01 50

**\* FÖRENINGEN LJUS OCH VÄRME I LJUNGBY KOMMUN - politiskt och religiöst obunden ideell förening.**

Socioterapin vid klinik 1 i Ljungby och Ljungby kommun är initiativtagare till Ljus och Värme och stöder även föreningen i dess verksamhet. Föreningens medlemmar träffas två kvällar i veckan och fikar, pratlar, sjunger, spelar, läser dikter m.m. Ibland ordnas föredrag, fester, resor och studiecirkelar. Gemenskap, omsorg och samvaro är honörsord.

kontaktperson: Birgitta Törnqvist  
 adressuppgift: Storgatan 9, DSV-lokalen, 341 30 LJUNGBY  
 telefon: 0433-625 13, dagtid 0372-876 32

### \* INTRESSEFÖRENINGEN FÖR SCHIZOFRENI (IFS) I MALMÖ

IFS i Malmö startades 1987 efter initiativ från en psykiater vid Malmö Allmänna sjukhus, Birgit Sandell. I december 1989 anställdes på heltid en konsulent på lönebidrag. På kansliet utförs vanlig kontorsverksamhet, men också utredningar, verksamhetsplanering o.dyl. Föreningens kassa innehåller i dagsläget omkring 50.000 kronor och föreningen har ca 150 medlemmar. Kontakten med dessa upprätthålles per brev ca 3-4 gånger/år. I breven upplyses medlemmarna om föreningens verksamhet och kallas normalt också till öppna föreläsningar och studiebesök som sker i föreningens regi.

Föreningen har en särskild anhöriggrupp som är öppen för föreningens medlemmar. Idag omfattar den 30 personer. Medlemmarna kallas per telefon till möten som sker en gång per månad. Under sammanträdena ges en samlad information av vad som hänt eller händer inom föreningen och riksförbundet. I gruppen tar man upp händelser av gemensam eller enskild karaktär och ger varandra stöd. I gruppen tas också mera organiserat upp samtalsämnen som t.ex. huruvida man medvetet eller omedvetet överför sina egna ambitioner till sin sjuka anhöriga o.s.v. Anhöriggruppen tar också initiativ i aktuella frågor och följer utbudet av artiklar i massmedia mycket noga. I januari 1991 startade föreningen en första studiecirkel för anhöriga med egna lärare i samarbete med Folkuniversitetet.

Under februari 1990 startades en erfarenhetsgrupp bestående av patienter och f.d. patienter. Efter 10 månaders verksamhet omfattade gruppen 25 personer. Gruppen är tänkt att vara en stöd- och kamratgrupp för människor med erfarenhet av schizofreni, utan medlemstvang i IFS. Ledarskapet är med avsikt svagt med tanke på att alla i gruppen ska utvecklas och kunna betrakta sig som ledare. Planer finns på att succesivt starta 2-3 grupper av samma karaktär. Under november 1990 påbörjade konsulenten ett försöksprojekt med en ny typ av verksamhet där gruppens handledare ska försöka hjälpa och engagera max fyra f.d. patienter med svårare handikapp än de som finns i erfarenhetsgruppen.

Föreningen har en dygnet-runt jourtelefon som finns utannonserad i tidningarna och är öppen för alla. Hit ringer inte enbart medlemmar utan kanske framför allt utomstående personer med t.ex. sociala problem eller missbruksproblem. Föreningen har haft en utredningsgrupp om 6 patienter och f.d. patienter som diskuterat sig fram till sin syn på mentalvården i såväl ett lokalt som ett nationellt perspektiv. Arbetet föregicks av en studiecirkel och utmynnade så småningom i skrivelser och kontakter med psykiatrilidningen i Malmö och med Socialstyrelsen. Utredningsgruppens förslag antogs vid IFS senaste årsmöte som grundläggande för ett vårdpolitiskt program för hela IFS-rörelsen. Slutligen förekommer en hel del utåtriktad informationsverksamhet där man berättar om schizofreni och dess konsekvenser; för makthavare, för vårdpersonal, i skolor.

kontaktperson: Gösta Granqvist, konsulent  
 adressuppgift: Carl Hillsg. 12 B, 217 56 MALMÖ  
 telefon: 040-91 64 14



**\* ALZHEIMERFÖRENINGEN I SVERIGE - SEMESTERVISTELSER I SAMARBETE MED PSYKOGERIATRISKA KLINIKEN I LUND**

- ett fruktbart samarbete mellan drabbade familjer, Alzheimerföreningen i Sverige, Psyko-geriatriska kliniken i Lund och hemtjänsten i Gislaved där målgruppen är alzheimersjuka och deras anhöriga.

Alzheimerföreningen i Sverige är en anhörigförening som bildades 1986. Föreningen vill verka för ett nära samarbete mellan anhöriga, sjuka, sjukvården, hemtjänsten, ideella föreningar m. fl. Föreningen fick redan från starten positiv uppbackning från många håll, bl. a. från sjukvården och då inte minst från Psyko-geriatriska kliniken i Lund (PG-kliniken nedan, se även kapitlet om specialiserad behandling).

1989 tog Alzheimerföreningen initiativ till en semestervistelse för Alzheimersjuka med anhöriga. Projektet genomfördes i samarbete med PG-kliniken i Lund. Nitton personer vistades under två veckor på Idaröds slott i Skåne. Deltagarna kom från olika håll i landet. Alzheimerföreningen stod som ansvarig för arrangemanget och svarade också för vissa gemensamma kostnader. Gästerna betalade själva pensionatkostnaden. Gislaveds kommun bidrog med ett vårdbidrag som ledsagare. PG-kliniken lånade ut en sjuksköterska och en skötare. PG-kliniken fanns dessutom tillgänglig som en trygghet om akut sjukvårdsbehov skulle uppstå.

Trots att flera av de sjuka hade en långt framskriden demenssjukdom och omvårdnadsbehovet kan bedömas som stort så blev det ändå den avkoppling i trivsamt samvaro som alla drömt om. De sjuka livades upp och kunde ta del i dagens händelser. För dem som stadigvarande vistas på institution blev det en möjlighet att under ett par veckor få vara tillsammans med make eller barn i en skön miljö tillsammans med andra.

Upplevelserna och erfarenheterna från vistelsen på Idarö slott var så starka och goda att nya semestervistelser planeras till sommaren 1991. Ambitionsnivån för semesterprojekten är att anhöriga skall få några veckors lättnad i sitt omvårdnadsansvar samtidigt som de får en positiv upplevelse tillsammans med den sjuke. En annan tanke har varit att bryta den isolering som en alzheimerdrabbad familj lever i. Man har även uppfattat det som viktigt att det är vårdpersonal med specialkunskaper inom området som har hand om verksamheten, dels därför att alla ska känna sig trygga, men också för att de anhöriga skall få tillfälle att lära sig så mycket som möjligt om demenssjukdomar; vård, behandling och bemötande. Ytterligare en viktig aspekt är att anhöriga får träffa varandra och dela sina erfarenheter. För några av dem har det inneburit fortsatt kontakt.

kontaktperson: Birgitta Ekerot, kurator, PG-kliniken  
 adressuppgift: S:t Lars sjukhus, Box 638, 220 06 LUND  
 telefon: vx 046-17 40 00

**\* LIVGIVARNA I NACKA** - en anhörigförening till psykiskt sjuka och utsatta inom Nacka-Värmdö psykiatriska sektor.

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Monica och Klas Beckman  
 adressuppgift: Sättravägen 11, 133 33 SALTSJÖBADEN  
 telefon: 08-717 22 91

\* **INSIES I ENSKEDE-SKARPNÄCK I SÖDRA STOCKHOLM** - en intresseförening med anhörigsektion för stöd åt patienter, klienter och anhöriga i området.

Föreningen grundades 1985 som en direkt följd av den psykiatriska verksamheten vid Långbro sjukhus' utflyttning i Enskede/Skarpnäcks bostadsområden. Föreningen består till stor del av personer med anknytning till föreningslivet, socialtjänsten, skolan, kyrkan eller psykiatri i området. Inom INSIES finns en anhörigsektion som träffas en gång i månaden. Föreningens syfte är att på olika sätt stödja klienter och patienter i deras strävan till ett aktivt, normalt liv i respektive bostadsområden. 1991 fick förening medel ur allmänna arvsfonden för att göra en film om svårt psykiskt sjuka och deras anhöriga "De galna mammorna".

Föreningens målsättning är:

- att upplysa om vad det innebär att drabbas av psykosociala störningar,
- att informera de boende i Enskede och Skarpnäck om den psykiatriska verksamheten i området,
- att påverka politiker och vårdansvariga i en riktning som bättre motsvarar de drabbades behov,
- att engagera närsamhället för att hjälpa människor ur social isolering,
- att förbättra samarbetet mellan personal och anhöriga.

kontaktperson: för INSIES: Wiola Nyström, ordförande, 08-649 81 82

för anhörigsektionen: Siv Löwbeer, 08-659 89 70

adressuppgift: INSIES, Box 6095, 121 06 JOHANNESHOV

\* **HUMANA I FARSTA-VANTÖR I SÖDRA STOCKHOLM** - en intresseförening för stöd åt patienter och klienter i området.

Föreningen grundades i april 1988 som en direkt följd av den psykiatriska sektorns nära förestående utflyttning från Långbro sjukhus. Styrelsen har alltsedan föreningens grundande bestått av personer med anknytning till bostadsområdet, föreningslivet, socialtjänsten, kyrkan eller psykiatri inom de båda församlingarna Farsta och Vantör.

Föreningens syfte är att stödja patienter och klienter inom sektorn i deras strävan till ett aktivt, normalt liv. Humana skall enligt föreningens stadgar:

- upplysa om innebörden av att ha drabbats av psyko-sociala störningar och hur man får hjälp,
- informera närsamhället om pågående och kommande psykiatrisk verksamhet i Farsta-Vantör,
- medverka till bättre samordning av de befintliga behandlingsresurserna inom sektorn,
- upprätta ett nätverk av kontaktpersoner för att hjälpa människor ur social isolering,
- granska och följa upp den psykiatriska och sociala verksamheten inom Farsta/Vantör och till respektive behandlingsansvariga ställa krav på flera och riktigare vårdfrämjande insatser,
- igångsätta konstruktiva verksamheter som aktiverar patienter och klienter i samverkan med psykiatri och socialtjänsten inom sektorn.

Humana uppfattar det dessutom som en angelägen uppgift att medverka till att förbindelserna mellan de anhöriga och vårdgivarna inom psykiatrin bygger på ömsesidig och förtroendefull samverkan till patienternas bästa. Föreningen påbörjade också redan omedelbart efter dess bildande detta så viktiga utvecklingsarbete vilket alltjämt pågår.

adressuppgift: Humana, Box 320, 123 03 FARSTA

**\* RIKSFÖRENINGEN ANHÖRIGA TILL PSYKISKT SJUKA (RAPS)** - en riksförening för anhöriga som bildades 1981.

Föreningen ser som sina uppgifter:

- att tillvarata medlemmarnas intressen i samhället och inom sjukvården samt i rehabiliterings- och sociala frågor såväl som rättsliga frågor,
- att informera om sjukdomens karaktär och skapa opinion för att få bort gamla fördomar mot psykiska sjukdomar,
- att arbeta för att undanröja diagnosen schizofreni,
- att biträda, stötta och hjälpa föreningens medlemmar i svåra stunder.

kontaktperson: Bertil Carlsson

adressuppgift: Anemonstigen 4, 195 42 MÄRSTA

telefon: 0760-15793

**\* ANHÖRIGGRUPPEN I KARLSTAD** - en förening för föräldrar till psykiskt sjuka barn och ungdomar inom landstinget i Värmland. Gruppen träffas varannan vecka. Ofta bjuds någon gäst in för information om sitt område och deltagarna får då möjlighet att ställa frågor samt dela med sig av sina erfarenheter som anhöriga.

Anhöriggruppen arbetar främst med:

- att stödja och informera gruppmedlemmarna,
- att sprida information om både de sjukas och de anhörigas situation,
- att verka för bättre kontakt mellan berörda grupper inom vård och samhälle,
- att genom att ställa krav på handläggare och politiker verka för att minska effekten av byråkrati och bristande kännedom om gruppens speciella problem,
- att driva kraven på lämplig och god boendemiljö med olika nivåer av vård och stöd som är nödvändiga för att hjälpa våra barn och ungdomar.

kontaktperson: Nancy Bergström-Käll, RSMH-Värmland

adressuppgift: HCK, Box 499, 651 11 KARLSTAD

telefon: 054-18 04 65

## 14. KYRKA OCH FOLKBILDNING

I det här kapitlet återfinns exempel på insatser som Svenska kyrkan erbjuder. I stort sett alla fristående utbildningsinsatser särskilt avsedda för psykiskt störda finns också här. Studiecirklar o.dyl. som anordnas av t.ex. någon dagverksamhet finns i kapitlet om meningsfullt dagsinnehåll (kap. 10). Fortbildning för personal återfinns i kapitlet om case-management, konsultation och personalutbildning (kap. 8.).

### \* **KONTAKTGRUPPEN KYRKA - PSYKIATRI INOM LUNDS STIFT**

*verksamheten beskrivs utförligt i del I*

kontaktperson: Elisabeth Strömberg  
adressuppgift: Box 32, 221 00 LUND  
telefon: 046-15 96 67

\* **FÖRBEREDANDE FOLKHÖGSKOLA I GÖTEBORG** - utbildning i studiecirkelform som drivs av Folkuniversitetet/Kursverksamheten vid Göteborgs universitet med försöksverksamhet för utveckling av arbetskooperativ för psykiskt långtids-sjuka vid allaktivitetshuset Gyllenkroken.

*verksamheten beskrivs utförligt i i del I*

kontaktperson: Carl Toshach  
adressuppgift: Studieförbundet Folkuniversitetet, Kursverksamheten vid Göteborgs universitet, Box 3059, 400 10 GÖTEBORG  
telefon: 031-10 65 07

\* **NYA DAGFOLKHÖGSKOLAN MED KOOPERATIV INRIKTNING** - ett samarbete mellan landstinget Kronoberg, Ljungby kommun och Markaryds folkhögskola samt Studieförbundet i Ljungby och lokala försäkringskassan.

Dagfolkhögskolan är till för den som har kontakt med antingen socialtjänsten eller den psykiatriska vården. Verksamhetens allmänna linje startade 1987. Den kooperativa inriktningen kom igång hösten 1990. Syftet är i första hand att verksamheten ska förbereda långtidssjukskrivna personer för att så småningom vara med och starta en kooperativ verksamhet, men den kan även förbereda för fortsatt utbildning, eller för arbetsmarknaden via t.ex. AMI eller AMU. Tanken är att Dagfolkhögskolan ska vara mycket flexibel och studierna så utåtriktade som möjligt. Man kan läsa de vanligaste samhällsorienterande ämnena samt språk. Målet är inte någon examen utan främst ökat självförtroende.

kontaktperson: Lillemor Dufmats, lärare, Kent Ågren, psyk.mott.  
adressuppgift: Studieförbundet, Kyrkogatan 9, 341 35 LJUNGBY

**\* STUDIELOKALEN SVERKER I ASPUDDEN** - lokal för studier, kultur och fritid som drivs av Hägerstens psykiatriska sektor i samarbete med Studieförbundet ABF. Sverker startade 1986 på initiativ av Stockholms läns landsting som är huvudman för verksamheten.

På Sverker finns bl.a. konstverkstäder, läs- och reseckirklar och en skrifvarverkstad, som visserligen inte har så många deltagare men är mycket värdefull för dem som går där. Genom Sverker finns även möjlighet att delta i Grundvux-utbildning. De studerande på Sverker erbjuds även långresor och heldagsutflykter samt aktiviteter på Långbro sporthall o.s.v. Sverker blev permanent 1/1 1987. Sverkers målgrupp är boende i sektorn som har kontakt med psykiatrin, förutom slutenvårdspatienter. 1988 hade man omkring 60 - 80 studiecirkeldeltagare. Personalen består av 2 landstingsanställda, som ansvarar för lokalen, och 20 cirkelledare. På Sverker håller man öppet på vardagar mellan 9.00 - 16.30, därefter ansvarar cirkelledaren för lokalen.

kontaktperson: Lennart Berggren  
 adressuppgift: Sverkersgatan 8 bv, 126 51 HÄGERSTEN  
 telefon: 08-18 55 10  
 rapport: utvärdering 1987

**\* FOLKHÖGSKOLANS KOOPERATIVA LINJE I JÖNKÖPING** - dagfolk-högskola på socioterapin vid Länssjukhuset Ryhov i samarbete med Sörängens Folkhögskola.

Socioterapin i Norra hälso- och sjukvårdsdistriktet i Jönköping har bedrivit dagfolk-högskola sedan 1971. Sedan läsåret 83/84 driver man den tillsammans med Sörängens Folkhögskola i Nässjö. Under åren 1982-85 såg man att eleverna inte hade någon möjlighet att få meningsfullt arbete/sysselsättning efter genomgången utbildning. Detta gjorde att det blev "en rundgång". Flera patienter/elever kom tillbaka till den allmänna linjen på folkhögskolan efter genomgången kurs.

Efter diskussioner inom den egna verksamheten och med representanter från försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten beslöt man att starta en försöksverksamhet med inriktning på kooperativ med syfte att ge personerna en varaktig och meningsfull sysselsättning. Målgruppen är alla psykiskt handikappade med olika långa vårdtider vid Länssjukhuset Ryhov samt alla besökare vid psykiatriska öppenvårdsmottagningarna i Norra hälso- och sjukvårdsdistriktet. Elevgrupperna har huvudsakligen bestått av personer med kvarstående psykiska handikapp efter lång vårdtid, ofta med sjukpension e.dyl. En elevgrupp registrerade en ekonomisk förening, Vägskalet, med den s.k. Lifterbyrå som viktigaste arbetsmoment. En senare elevgrupp tog över Vägskalets lokaler i Kulturhuset och startade sommaren 1989 ett antikvariat som kallas Bokmalen. Därefter har dock vissa förändringar av kooperativens verksamheter skett (se kapitel 12. ARBETSREHABILITERING).

kontaktperson: Ingemar Jakobsson, fritidskonsulent  
 adressuppgift: Socioterapin, Hus M9, Länssjukhuset Ryhov, 551 85 JÖNKÖPING  
 telefon: 036-10 16 64 (dagtid), 036-17 59 80 (kvällstid)

**\* STUDIECIRKLAR FÖR PSYKISKT STÖRDA MISSBRUKARE I GÖTEBORG** - försöksverksamhet i regi av studieförbundet Folkuniversitetet/Kursverksamheten vid Göteborgs universitet och studieverksamheten vid Lillhagens sjukhus. Verksamhetens målgrupp är människor med missbruk och tidig psykisk störning av borderlinekaraktär.

I ett vårdpolitiskt program för missbrukare i Göteborg, utarbetat gemensamt av socialförvaltningen och sjukvårdsförvaltningen, slås fast att socialförvaltningen har det övergripande ansvaret för missbruksvården och att sjukvårdsförvaltningen ansvarar för det psykiatriska behandlingsarbetet. I programmet talas bl.a om utvecklande av resurser för missbrukare med borderlineproblematik. För distrikt Centrum i Göteborg har det fallit på avdelning 20 Lillhagens sjukhus att utveckla ett behandlingsalternativ, varför en pilotgrupp bestående av fyra personal och fyra patienter startade hösten 1987. Högst 4 - 6 deltagare på två cirkelledare har man bedömt som lämpligt för studiecirkelverksamheten. Kursens längd är 2x15 veckor med lektioner 4 dgr/veckan à 3x45 min. För finansieringen beviljades man projektmedel från allmänna arvsfonden 1987. Hösten 1989 kom en delrapport. Efter avslutad projekttid hösten 1991 kommer en slutrapport.

kontaktperson: Lotta Ahlén  
 adressuppgift: Studieförbundet Folkuniversitetet, Kursverksamheten vid Göteborgs universitet, Box 3059, 400 10 GÖTEBORG  
 telefon: 031-10 65 05  
 rapport: Projekt grupp 20, 1989

**\* "TYRAS SKOLA" VID ULLERÅKERS SJUKHUS I UPPSALA** - studiecirkelverksamhet m.m. vid socioterapin på Ulleråkers sjukhus.

Efter insikt om att de kurser som föreskrivits av socialstyrelsen och landstinget inte stimulerade patienten/eleven och att de böcker studieförbunden försåg socioterapin med låg på förskoleplanet frågade Thyra Welsh eleverna hur de ville arbeta och vilket kursinnehåll de önskade. Vanlig undervisning som i skolan var önskemålet. Därefter lades kurser upp i svenska språket, litteratur och främmande språk o.s.v. med hänsyn till elevernas förkunskaper. Kurserna blev mycket populära och frånvaron var minimal. Även från den lokala RSMH-föreningen har man uppfattningen att Thyras skola är en omtyckt och bra verksamhet enligt många patienter. En tidigare elev, refererad av Thyra Welsh, formulerade sina synpunkter enligt följande. "Du hade en naturlig inställning till eleven, ingen underskattning. Du ställde krav och man fick anstränga sig. Man kände sig glad efteråt - det var skönt att få visa vad man kunde."

kontaktperson: Thyra Welsh  
 adressuppgift: Socioterapin, Ulleråkers området, Akademiska sjukhuset, 751 85 UPPSALA  
 telefon: vx 018-17 80 00

## LÄNSVIS FÖRTECKNING ÖVER VERKSAMHETERNA (163 EXEMPEL)

### STOCKHOLMS LÄN

- \* Enskede-Skarpnäck psykiatriska sektor (kap. 1)
- \* Självmondsproblematiksrutiner inom Bromma-Västerled-Ekerö sektorn (kap. 2)
- \* Krismottagningen vid Huddinge sjukhus (kap. 2)
- \* Psykosteamet inom Bromma-Västerled-Ekerö sektorn (kap. 2)
- \* Psykosvård inom Danderyd-Vaxholm-Österåker psykiatriska klinik på Danderyds sjukhus (kap. 2)
- \* Psykoterapeutiskt kriscenter i Nacka (kap. 2)
- \* Musikterapi för långtidsvårdade patienter med psykosdiagnos inom Spånga-Kista psykiatriska sektor (kap. 2)
- \* Psykiatrisk sjukgymnastik vid Kista psykiatriska mottagning (kap. 2)
- \* Enheten för geriatrisk psykiatri inom Södermalms psykiatriska sektor (kap. 3)
- \* Familjearbete vid långvarig psykisk sjukdom vid psykiatriska klinik I på Huddinge sjukhus (kap. 4)
- \* Anhörigcirkel inom Bromma-Västerled-Ekerö sektorn (kap. 4)
- \* Baggensuddens behandlingshem i Nacka (kap. 5)
- \* Maria ungdomsklinik i Stockholm (kap. 6)
- \* Samverkan psykiatri-primärvård kring sjukgymnastik i regi av Paramedicinska basenheten vid Beckomberga sjukhus (kap. 7)
- \* Försöksverksamhet med case-management inom Kungsholmens psykiatriska sektor i samarbete med socialtjänsten (kap. 8)
- \* Stödgruppsprojektet i Hallunda/Norsborg (kap. 9)
- \* Avdelning 15 på Långsbro sjukhus (kap. 9)
- \* Permanent kollektivt boende i Tensta (kap. 9)
- \* Gruppverksamhet för kollektivboende inom Spånga-Kista psykiatriska sektor (kap. 9)
- \* Bromma-Västerled-Ekerö sektorns hus 13 på Beckomberga sjukhus (kap. 9)
- \* Boendestödsgrupp i samverkan mellan Centrala stadens psykiatriska sektor och socialdistrikt 1 (kap. 9)
- \* Träfflokalen EMMA i Hökarängen (kap. 10)
- \* Träfflokalen Lejdaren i Kärrtorp och Flotten i Årsta (kap. 10)
- \* Träfflokalen Axet i Rinkeby och Brinken i Kista (kap. 10)
- \* Blackebergs aktivitetscenter (kap. 10)
- \* Södermalms psykiatriska rehabiliteringsenhet (kap. 11)
- \* Gläntans dagcenter inom Bromma-Västerled-Ekerö sektorn (kap. 11)
- \* Gruppverksamhet för långtidsvårdade patienter inom slutenvården i Spånga-Kista psykiatriska sektor (kap. 11)
- \* Kooperativ utveckling inom Enskede-Skarpnäck psykiatriska sektor (kap. 12)
- \* Arbetsgruppen för kooperativet (AKG) inom Södermalms psykiatriska rehabiliteringsverksamhet (kap. 12)
- \* Skattegårdsverkstaden i Vällingby (kap. 12)
- \* ArbetsREHAB i Ulvsunda industriområde (kap. 12)
- \* Fountain house i Stockholm (kap. 13)
- \* Arbetskooperativet Kobben i Västerhaninge (kap. 13)
- \* Poesikaféet "Ord ger ljus" på Skeppsholmen (kap. 13)
- \* Anhörigföreningen Livgivarna i Nacka (kap. 13)
- \* Intresseföreningen INSIES i Enskede-Skarpnäck (kap. 13)
- \* Intresseföreningen Humana i Farsta-Vantör (kap. 13)
- \* Studielokalen Sverker i Aspudden (kap. 14)

## UPPSALA LÄN

- \* Anorexienheten på Akademiska sjukhuset (kap. 2)
- \* Geropsykiatriska kliniken på Akademiska sjukhuset (kap. 3)
- \* Hemtjänstprojektet Vänkretsen i Gottsunda (kap. 9)
- \* Club Lindormen med café Linden i Uppsala (kap. 13)
- \* "Tyras skola" vid Ulleråkers sjukhus (kap. 14)

## SÖDERMANLANDS LÄN

- \* Behandlingshemmet Villa Vårgården i Eskilstuna (kap. 5)
- \* Lilla kollektivet på Rosöga behandlingshem utanför Strängnäs (kap. 5)
- \* Katarinagruppen i Katrineholm (kap. 10)
- \* Träffpunkt Söder i Flen (kap. 10)
- \* Arbetskooperativet Fenix i Strängnäs (kap. 12)
- \* Rehabiliterings- och sysselsättningsresurs i Eskilstuna (kap. 12)

## ÖSTERGÖTLANDS LÄN

- \* Psykiatriutbildning för socialtjänst i samverkan i fyra kommuner i Östergötland (kap. 8)
- \* Gruppboende i stadsdelen Ryd i Linköping (kap. 9)
- \* Dagverksamhet i stadsdelen Ryd i Linköping (kap. 10)
- \* Gruppaktivitet i Ljungsbro (kap. 10)
- \* Klubb Regnbågen i Linköping (kap. 10)
- \* Samverksansprojektet Treklängen i Valdemarsvik och Söderköping (kap. 10)
- \* "Dagcentralen" - psykiatrisk dagsjukvård i Motala (kap. 10)
- \* Dagverksamheter i Norrköping (kap. 10)

## JÖNKÖPINGS LÄN

- \* Schizofreniprojektet vid psykiatriska kliniken på Värnamo sjukhus (kap. 2)
- \* Projektet "Flyktningars psykiska hälsa" i Jönköping (kap. 2)
- \* Trädgårdsvillan vid psykiogeriatriska kliniken i Jönköping (kap. 3)
- \* Villa Solbacken i Jönköping (kap. 3)
- \* Dagsjukvård för åldersdementa vid Norrgården i Jönköping (kap. 3)
- \* Anhörigcirkel vid psykiogeriatriska kliniken på länssjukhuset Ryhov i Jönköping (kap. 4)
- \* Projektet "Autism" i Jönköping (kap. 6)
- \* Försöksverksamhet med familjeterapi på barnavdelning i Jönköping (kap. 6)
- \* Samverkan mellan behandlingshem och skoldaghem i Jönköping (kap. 6)
- \* Demensteamsverksamhet vid psykiogeriatriska kliniken på länssjukhuset Ryhov i Jönköping (kap. 8)
- \*Handledning till hemtjänstpersonal av Södra psykiatriska sektorskliniken i Jönköping (kap. 8)
- \* Utveckling av samarbete med socialtjänst och primärvård inom psykiatriska sektorn i Huskvarna (kap. 8)
- \* Projekt "Tillgänglighet" i Jönköping (kap. 8)
- \* Metodutveckling inom missbruksvården i Jönköping (kap. 8)
- \* Café Träffen i Jönköping (kap. 10)
- \* Psykiatriska rehabiliteringskliniken (PRE) i Jönköping (kap. 11)
- \* Arbetskooperativet Vägskälet i Jönköping (kap. 12)
- \* Arbetskooperativet Bokmalen i Jönköping (kap. 12)
- \* Sysselsättningsprojektet Fenix i Eksjö (kap. 12)
- \* Folkhögskolans kooperativa linje i Jönköping (kap. 14)



**KRONOBERGS LÄN**

- \* Anhörigutbildning i Ljungby (kap. 4)
- \* SAMS-verksamheten inom klinik 1 i Ljungby (kap. 8)
- \* Gruppboende för psykiskt handikappade i Strömsnäsbruk (kap. 9)
- \* Sunnerboprojektet i Ljungby (kap. 12)
- \* Nätverket - arbetsrehabilitering i Växjö kommun (kap. 12)
- \* Föreningen Ljus och värme i Ljungby (kap. 13)
- \* Nya dagfolkhögskolan med kooperativ inriktning i Ljungby (kap. 14)

**KALMAR LÄN**

- \* Kontaktgrupperna i Kalmar län (kap. 10)

**BLEKINGE LÄN**

- \* Samordnade spädbarnsverksamheten inom de barnpsykiatriska mottagningarna i Karlshamn och Trelleborg (kap. 6)
- \* Trossöprojektet i Karlskrona (kap. 7)
- \* Dagverksamheten Ankaret i Karlskrona (kap. 10)

**KRISTIANSTADS LÄN**

- \* Korsaröds behandlingshem söder om Hässleholm (kap. 5)

**MALMÖHUS LÄN**

- \* Suicidavdelningen i Lund (kap. 2)
- \* Neurosteam och psykosteam vid öppenvårdsmottagningen i Landskrona (kap. 2)
- \* Psykiogeriatriska kliniken vid S:t Lars sjukhus i Lund (kap. 3)
- \* Anhörigarbete inom sektor fyra i Lund (kap. 4)
- \* Behandlingskollektivet Linan inom sektor Söder i Malmö (kap. 5)
- \* RSMH-ung i Malmöhus län (kap. 6)
- \* Radioprogrammet "Galen ungdom" av RSMH i Lunds närradio (kap. 6)
- \* Samverkansprojektet för psykiskt handikappade i Lund (kap. 8)
- \* Boendeprojektet Fäladsäppet och Viking i Lund (kap. 9)
- \* Pernilla-kollektivet i Ystad (kap. 9)
- \* Boendegruppen, avd. 1, psykiatriska kliniken i Landskrona (kap. 9)
- \* Gruppboende för missbrukare och psykiskt störda i Lund (kap. 9)
- \* Dagcentrum Blekingsborg vid sektor Söder i Malmö (kap. 10)
- \* Secondhandbutiken "I andra hand" i RSMH-Lunds regi (kap. 12)
- \* Fontänhuset i Malmö (kap. 13)
- \* RSMH-Helsingborgs projekt för psykiskt handikappades fritid och rekreation (kap. 13)
- \* Ateljé Clara - en syateljé i RSMH-Lunds lokaler (kap. 13)
- \* Intresseföreningen för schizofreni (IFS) i Malmö (kap. 13)
- \* Alzheimerföreningen i Sverige - semestervistelser i samarbete med psykiogeriatriska kliniken i Lund (kap. 13)
- \* Kontaktgruppen kyrka - psykiatri inom Lunds stift (kap. 14)

## GÖTEBORGS o BOHUS LÄN

- \* Försöksprojekt med aktivitets-kulturcentra vid Lillhagens sjukhus (kap. 10)
- \* Rehabterassen vid psykiatriska klinik Centrum i Göteborg (kap. 11)
- \* Arbetskooperativet Koppen vid allaktivitetshuset Gyllenkroken i Göteborg (kap. 12)
- \* Projekt "Växthuset" vid Lillhagens sjukhus (kap. 14)
- \* Förberedande folkhögskola i Göteborg (kap. 14)
- \* Studiecirklar för psykiskt störda missbrukare vid Lillhagens sjukhus (kap. 14)

## ÄLVSBORGS LÄN

- \* Behandlingshem vid Östra klinikerna i Vänersborg med inriktning på psykospsykoterapi och social träning för unga psykotiska personer (kap. 5)
- \* Miljöterapeutisk avdelning vid Östra klinikerna i Vänersborg inriktad på behandling av borderlinepatienter (kap. 5)
- \* Försöksverksamhet med serviceboende för psykiskt handikappade i Kinna (kap. 9)
- \* Hässleholmen med dagbo i Borås (kap. 9)
- \* Aktivitets- och gemenskapshus i Borås (kap. 10)

## SKARABORGS LÄN

- \* Psykosociala team inom primärvården i Skaraborg län (kap. 7)
- \* Särestads familjevårdshem i Skaraborg (kap. 7)
- \* SESAM-projektet i Skaraborgs län (kap. 10)

## VÄRMLANDS LÄN

- \* Landstingets psykiatriska flyktingcenter i Karlstad (kap. 2)
- \* Spädbarnsverksamheten Gryningen i Karlskoga (kap. 6)
- \* Dagsjukvården Strand i Karlstad (kap. 10)
- \* Kooperativet Brillianten i Karlstad (kap. 12)
- \* Anhöriggruppen i Karlstad (kap. 13)

## VÄSTMANLANDS LÄN

- \* Råby-stallet i Västerås (kap. 10)
- \* 4V-projektet - för vem gör vilka vad i Västerås (kap. 12)

## KOPPARBERGS LÄN

- \* Psykosomatisk rörelseterapi inom den psykiatriska sjukgymnastiken vid Falu lasarett (kap. 2)

## GÄVLEBORGS LÄN

- \* ISA- stöd i eget boende - i Sandviken (kap. 9)
- \* Träffpunkten i Edsbyn (kap. 10)
- \* Dagcentral för psykiskt långtidssjuka i Ockelbo (kap. 10)
- \* Kliniken för intensiv rehabilitering i Bollnäs (kap. 11)
- \* Syssetsättning och arbetsgemenskap för psykiskt handikappade knutna till dagcentralen Träffpunkten i Edsbyn (kap. 12)

## VÄSTERNORRLANDS LÄN

- \* Vårsta aktivitetsgård i Härnösand (kap. 10)
- \* Projektet "Fornminnesvård" i Sundsvall (kap. 12)

## JÄMTLANDS LÄN

- \* Kommunbaserad socialpsykiatri i Jämtlands län (kap. 7)

## VÄSTERBOTTENS LÄN

- \* Psykiatriska kliniken i Skellefteå (kap. 1)
- \* Mariedals, Ersboda och Tegs center för kognitiv och beteendeorienterad terapi inom psykiatriska kliniken i Umeå (kap. 5)
- \* Rörliga vårdteamet i Umeå (kap. 8)
- \* Förbättrad samverkan via öppenvårdsteam i Lycksele, Wilhelmina och Storuman (kap. 8)
- \* Boendekollektivet Dilligensen i Lycksele (kap. 9)
- \* Klubben "KLUBBEN" i Umeå (kap. 10)
- \* Stödgrupperna i Umeå sjukvårdsdistrikt (kap. 10)
- \* Ålidshems-projektet i Umeå (kap. 10)
- \* Behandlingscentret Ängsbacka i Lycksele (kap. 11)
- \* Psykiatriska dagvården Jägmästarvillan i Lycksele (kap. 11)
- \* Trivselhuset i Skellefteå (kap. 12)
- \* LO-projektet "Arbete åt alla" i Skellefteå (kap. 12)
- \* LO-projektet "Arbete åt alla" i Umeå (kap. 12)
- \* Reha-grupper i Umeå sjukvårdsdistrikt (kap. 12)

## NORRBOTTENS LÄN

- \* Ungdomar inom vuxenpsykiatrin på psykiatriska kliniken i Piteå (kap. 6)
- \* Stödgrupp för psykiskt långtidssjuka i Piteå (kap. 10)
- \* Rådstugan i Luleå (kap. 10)
- \* Idé-projektet Skarven i Arvidsjaur kommun (kap. 12)

## RIKSOMFATTANDE

- \* RSMHs regionala- och lokala ungdomssektioner (kap. 6)
- \* RSMHs utbildningspaket "Utvägar" för hemtjänsten (kap. 8)
- \* Riksföreningen anhöriga till psykiskt sjuka (kap. 13)

## ÖVRIGA NORDEN

- \* PIA(Patienter I Arbete)-projektet i Århus i Danmark (kap. 12)
- \* Sopimusvoristiftelsen - rehabilitering i Tammerfors i Finland (kap. 12)

# Statens offentliga utredningar 1991

## Kronologisk förteckning

---

1. Flykting- och immigrationspolitiken. A.
  2. Finansiell tillsyn. Fi.
  3. Statens roll vid främjande av export. UD.
  4. Miljölagstiftningen i framtiden. M.
  5. Miljölagstiftningen i framtiden. Bilagedel. Sekretariatets kartläggning och analys. M.
  6. Utvärdering av SBU. Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik. S.
  7. Sportslig och ekonomisk utveckling inom trav- och galoppporten. Fi.
  8. Beskattning av kraftföretag. Fi
  9. Lokala sjukförsäkringsregister. S.
  10. Affärstiderna. C.
  11. Affärstiderna. Bilagedel. C.
  12. Ungdomarna och makten. C.
  13. Spelreglerna på arbetsmarknaden. A.
  14. Den regionala bil- och körkortsadministrationen. K.
  15. Informationens roll som handlingsunderlag - styrning och ekonomi. S.
  16. Gemensamma regler - lagstiftning, klassifikationer och informationsteknologi. S.
  17. Forskning och utveckling - epidemiologi, kvalitets- säkring och Spris utvecklingsprojekt. S.
  18. Informationsstruktur för hälso- och sjukvården - en utvecklingsprocess. S.
  19. Storstadens trafiksystem. Överenskommelser om trafik och miljö i Stockholms- Göteborgs- och Malmöregionerna. K.
  20. Kapitalkostnader inom försvaret. Nya former för finansiell styrning. Fö.
  21. Personregistrering inom arbetslivs-, forsknings- och massmedieområdena, m.m. Ju.
  22. Översyn av lagstiftningen om träfiberråvara. I.
  23. Ett nytt BFR - Bygghälsan på 90-talet. Bo.
  24. Visst går det an! Del 1, 2 och 3. C.
  25. Frikommunförsöket. Erfarenheter av försöken med en friare nämndorganisation. C.
  26. Kommunala entreprenader. Vad är möjligt? En analys av rättsläget och det statliga regelverkets roll. C.
  27. Kapitalavkastningen i bytesbalansen. Tre expertrapporter. Fi.
  28. Konkurrensen i Sverige - en kartläggning av konkurrensförhållandena i 61 branscher. Del 1 och 2. C.
  29. Periodiska hälsoundersökningar i vissa statliga, kommunala och landstingskommunala anställningar. C.
  30. Särskolan -en primärkommunal skola. U.
  31. Statens arkivdepåer. En utvecklingsplan till år 2000. U.
  32. Naturvårdsverkets uppgifter och organisation. M.
  33. Branden på Sally Albatross. Den 9-12 januari 1990. Fö.
  34. HIV-smittade - ersättning för ideell skada. Ju.
  35. Några frågor i anslutning till en arbetsgivarperiod inom sjukpenningförsäkringen. S.
  36. Ny kunskap och förnyelse. C.
  37. Räkna med miljön! Förslag till natur- och miljöräkenskaper. Fi.
  38. Räkna med miljön! Förslag till natur- och miljöräkenskaper. Bilagedel. Fi.
  39. Säkrare förare. K.
  40. Marknadsanpassade service- och stabsfunktioner - ny organisation av stödet till myndigheter och rege- ringskansli. C.
  41. Marknadsanpassade service- och stabsfunktioner - ny organisation av stödet till myndigheter och rege- ringskansli. Bilagedel. C.
  42. Abottrade foster, m.m. S.
  43. Den framtida länsbostadsnämnden. Bo.
  44. Examination som kvalitetskontroll i högskolan. U.
  45. Påföljdsfrågor. Frigivning från anstalt, m.m. Ju.
  46. Handikapp-välfärd-rättvisa. S.
  47. På väg - exempel på förändringsarbeten inom verksamheter för psykiskt störda. S.
-

# Statens offentliga utredningar 1991

## Systematisk förteckning

---

### Justitiedepartementet

- Personregistrering inom arbetslivs-, forsknings- och massmedieområdena, m.m. [21]  
HIV-smittade - ersättning för ideell skada. [34]  
Påföljdsfrågor. Frigivning från anstalt, m.m. [45]

### Utrikesdepartementet

- Statens roll vid främjande av export. [3]

### Försvarsdepartementet

- Kapitalkostnader inom försvaret. Nya former för finansiell styrning. [20]  
Branden på Sally Albatross. Den 9-12 januari 1990. [33]

### Socialdepartementet

- Utvärdering av SBU. Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik. [6]  
Lokala sjukförsäkringsregister [9]  
Informationens roll som handlingsunderlag - styrning och ekonomi. [15].  
Gemensamma regler - lagstiftning, klassifikationer och informationsteknologi. [16].  
Forskning och utveckling - epidemiologi, kvalitetssäkring och Spris utvecklingsprojekt. [17].  
Informationsstruktur för hälso- och sjukvården - en utvecklingsprocess. [18].  
Några frågor i anslutning till en arbetsgivarperiod inom sjukpenningförsäkringen. [35]  
Aborterade foster, m.m. [42]  
Handikapp-välfärd-rättvisa. [46]  
På väg - exempel på förändringsarbeten inom verksamheter för psykiskt störda. [47]

### Kommunikationsdepartementet

- Den regionala bil- och körkortsadминистраtionen. [14]  
Storstadens trafiksystem. Överenskommelser om trafik och miljö i Stockholms- Göteborgs- och Malmöregionerna. [19]  
Säkrare förare [39]

### Finansdepartementet

- Finansiell tillsyn. [2]  
Sportslig och ekonomisk utveckling inom trav- och galoppporten. [7]  
Beskattning av kraftföretag. [8]  
Kapitalavkastningen i bytesbalansen.  
Tre expertrapporter. [27]

- Räkna med miljön! Förslag till natur- och miljöräkenskaper. [37]  
Räkna med miljön! Förslag till natur- och miljöräkenskaper. Bilagedel. [38]

### Utbildningsdepartementet

- Särskolan - en primärkommunal skola. [30]  
Statens arkivdepåer. En utvecklingsplan till år 2000. [31]  
Examination som kvalitetskontroll i högskolan. [44]

### Arbetsmarknadsdepartementet

- Flyktning- och immigrationspolitiken. [1]  
Spelreglerna på arbetsmarknaden. [13]

### Bostadsdepartementet

- Ett nytt BFR - Bygghöjningen på 90-talet. [23]  
Den framtida länsbostadsnämnden. [43]

### Industridepartementet

- Översyn av lagstiftningen om träfiberråvara. [22]

### Civildepartementet

- Affärstiderna. [10]  
Affärstiderna. Bilagedel. [11]  
Ungdomarna och makten. [12]  
Visst går det an! Del 1, 2 och 3. [24]  
Frikommunförsöket. Erfarenheter av försöken med en friare nämndorganisation. [25]  
Kommunala entreprenader. Vad är möjligt? En analys av rättsläget och det statliga regelverkets roll. [26]  
Konkurrensen i Sverige - en kartläggning av konkurrensförhållandena i 61 branscher. Del 1 och 2. [28]  
Periodiska hälsoundersökningar i vissa statliga, kommunala och landstingskommunala anställningar. [29]  
Ny kunskap och förnyelse. [36]  
Marknadsanpassade service- och stabsfunktioner - ny organisation av stödet till myndigheter och regeringskansli. [40]  
Marknadsanpassade service- och stabsfunktioner - ny organisation av stödet till myndigheter och regeringskansli. Bilagedel. [41]

### Miljödepartementet

- Miljölagstiftningen i framtiden. [4]  
Miljölagstiftningen i framtiden. Bilagedel.  
Sekretariatets kartläggning och analys. [5]  
Naturvårdsverkets uppgifter och organisation. [32]

STOCKHOLM  
1917-07-17  
KUNGL. BIBL.

KUNGL. BIBL.  
1991-07-17  
STOCKHOLM