

Ekeby – ett steg på vägen

Utvärdering av Ekebyvägen
rehabiliteringsboende

Kari Jess

Förord

I Sörmland finns en samverkansstruktur mellan kommunerna och landstinget inom närvården. Arbetsgrupp Norra Psykiatri (ANP) är norra länsdelens närvårdssamverkan inom i psykiatrifrågor mellan Eskilstuna och Strängnäs kommuner och landstinget i Sörmland.

FoU i Sörmland arbetar med att stödja utveckling av evidensbaserad praktik inom kommuner och landstinget inom närvårdsområdet och stödja arbetet med utvärderingar.

FoU i Sörmland fick uppdrag av ANP att utvärdera Ekeby rehabiliteringsboende i Eskilstuna.

Det är ett rehabiliteringsboende som bedrivs i samarbete mellan Eskilstuna kommun och landstinget Sörmland och syftet är att i samverkan mellan kommun och landstinget erbjuda rehabilitering, psykisk behandling samt boende med stöd och omsorg som stärker målgruppens möjligheter att leva ett självständigt liv.

Utvärderingen är genomförd av Kari Jess, Med dr, Uppsala Universitet.

Utvärderingen fokus är att undersöka om vistelsen på Ekeby

Rehabiliteringsboende lett till att personer som vistats på Ekeby lever ett självständigt liv och om antalet slutenvårdsdygn och slutenvårdskostnader minskat efter vistelsen i Ekeby.

Resultatet av utvärderingen ger verksamheten på Ekeby rehabiliteringsboende ett bra underlag att fortsätta systematiskt utveckla och följa upp sin verksamhet, för att säkerställa att de metoder och arbetssätt som används ger brukare delaktighet och inflytande samt bästa kvalitativa rehabilitering och behandling. Denna utvärdering kan på flera sätt bidra till utveckling av evidensbaserad praktik inom närvårdsområdet i Sörmland och i linje med FoU i Sörmland uppdrag.

Eskilstuna mars 2012

Carina Forsman Björkman
Chef FoU i Sörmland

Sammanfattning

Utvärderingen av Ekebyvägen rehabiliteringsboende genomfördes utifrån följande frågeställningar:

- Har vistelsen på Ekeby lett till att personerna nu lever ett självständigt liv? Hur uttrycker de sin självständighet? På vilket sätt har Ekeby hjälpt personen att leva ett självständigt liv?
- Har antalet slutenvårdsdygn och därmed slutenvårdskostnader minskat efter vistelsen i Ekeby?

Metoderna som användes var intervjuer med brukare samt sammanställning av vårddygnsstatistik från psykiatrisk slutenvård. För att spegla intervjuvaren genomfördes en gruppintervju med personal. Utvärderingsmodeller som användes var brukarutvärdering och programteori samt en ekonomisk modell. Forskning och teorier kring återhämtningsprocesser, delaktighet och inflytande samt empowerment/antiförtryckande praktik användes som tolkningsreferenser.

Resultatet visade att de intervjuade personerna som varit placerade på Ekeby nu lever ett mer självständigt liv än tidigare och att Ekeby till viss del bidragit till det. Dygnen i slutenvård minskade markant mellan året innan till året efter Ekeby, från 104 till 28 dygn i genomsnitt per person. Det gör att kostnaden för placeringen på Ekeby, 468 tkr, är avskriven 1,5 år efter utskrivning från Ekeby. Analysen av resultatet visar att Ekeby främst bör arbeta vidare med att finna former för delaktighet och inflytande.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	2
EKEBY REHABILITERINGSBOENDE	2
FORSKNING KRING MÅLGRUPPEN	5
FORSKNING KRING ÅTERHÄMTNINGSPROCESSEN	5
BRUKARINFLYTANDE	6
EMPOWERMENT ELLER ANTIFÖRTRYCKANDE PRAKTIK	8
METOD	10
INTERVJUSTUDIEN	10
SLUTENVÅRDSSTATISTIK	11
UTVÄRDERINGSMODELLER	12
<i>Brukarutvärdering</i>	12
<i>Programteorin</i>	13
RESULTAT OCH ANALYS	15
INTERVJUUNDERSÖKNINGEN	15
<i>Få tiden att gå</i>	15
<i>Lära sig nya saker</i>	15
<i>Betydelsen av relationer</i>	17
<i>Vårdplan som verktyg för delaktighet och inflytande</i>	18
<i>Uppbrottet från Ekebyvägen</i>	19
<i>Tillvaron nu</i>	20
SLUTENVÅRDSSTATISTIK	20
ANALYS OCH SAMMANFATTNING AV RESULTATET	22
ÅTERHÄMTNINGSPROCESS	22
DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE	24
SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER	25
REFERENSER	27

Inledning

Då det fanns erfarenheter och utredningar som visat att personer med psykiska funktionshinder inte får tillräckligt med insatser från kommun och landsting efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård startades 2002 ett rehabiliteringsboende i Eskilstuna. Boendet som kallas Ekeby rehabiliteringsboende drivs i samverkan mellan kommunen och landstinget i Sörmland. För personer som varit inskrivna i slutenvård innebar de tidigare otillräckliga insatserna ibland onödiga återinläggningar i slutenvård eller att de blev kvar i slutenvård trots att de ansågs färdigbehandlade.

I ett historiskt perspektiv kan vi se att den institutionsbaserade vården dominerade fram till mitten på 1960-talet då en avinstitutionisering inleddes i Sverige som i övriga västvärlden. Avinstitutioniseringen har dock i flera avseenden varit kontroversiell. Framför allt har man pekat på kompetensbrister hos personal i öppna samhällsvården att ta hand om den nya målgruppen men också om bristande utbud på insatser utanför institutionen. Markström (2003) kallar detta för svängdörrspsykiatri. Andra följder av avinstitutioniseringen är ensamhet, hemlöshet och hög dödlighet hos målgruppen. De positiva effekterna av avinstitutioniseringen är att brukarna fått mer valfrihet och inflytande och fått tillgång till mer samhällsbaserade och individanpassade arbetsätt (a a).

När avinstitutioniseringen tog fart i Sverige under 1970-talet övergick man till öppenvård där tvärprofessionella team ansvarade för målgruppen i begränsade geografiska områden. 1990 tillsattes Psykiatriutredningen, en parlamentariskt sammansatt kommitté, för att kartlägga situationen för psykiskt funktionshindrade i Sverige. Utredningen föreslog effektivare service och vård samt en rad åtgärder för att förbättra målgruppens livssituation och öka deras möjligheter till delaktighet i samhällslivet (SOU 1992:73). Arbetet ledde till det som kom att kallas 1995 års psykiatrireform: tydligare ansvarsfördelning mellan psykiatri och socialtjänst och där kommunerna fick större ansvar för boende och sysselsättning. I samband med reformen gav staten ett stimulansbidrag för att skapa nya verksamheter för målgruppen. Sammantaget har reformerna och stimulansbidragen lett till att ett flertal nya verksamheter startats men det står också klart att det pågår ett kontinuerligt arbete med att söka sig fram till arbetsuppgifter, roller och metoder som ska stämma överens med målgruppens behov. Det är i ljus av detta som Ekeby rehabiliteringsboende ska ses. Som en del i det pågående reformarbetet behövs uppföljning och utvärdering av nuvarande metoder och arbetsätt för att säkerställa att de arbetsformer man utvecklar stärker målgruppens möjligheter att leva ett självständigt liv.

Syfte och frågeställningar

Syftet med utvärderingen var att se om vistelsen på Ekeby inneburit att personer som varit placerade på Ekeby fått verktyg att leva ett självständigt liv samt om vistelsen på Ekeby lett till minskad inskrivning i slutenvård.

Frågeställningarna har varit:

- Har vistelsen på Ekeby lett till att personerna nu lever ett självständigt liv? Hur uttrycker de sin självständighet? På vilket sätt har Ekeby hjälpt personen att leva ett självständigt liv?
- Har antalet slutenvårdsdygn och därmed slutenvårdskostnader minskat efter vistelsen i Ekeby?

I samband med utvärderingen uppstod ett behov av att intervjua personalgruppen kring deras arbetsmetoder riktade till enskilda personer. Detta har lagts till för att utveckla en möjlig programteori för Ekeby som personalen själva kan använda för framtida uppföljning och utveckling.

Ekeby rehabiliteringsboende

Ekebyvägen är ett rehabiliteringsboende i samarbete mellan kommun och landsting beläget i Eskilstuna i lantliga omgivningar och med relativt kort väg till affärscentrum. Rehabiliteringsboendet har sex rehabiliteringsplatser och tre korttidsplatser.

Syftet med verksamheten är att i samverkan mellan kommun och landsting erbjuda rehabilitering, psykiatrisk behandling samt boende med stöd och omsorg som en integrerad del av verksamheten. Tanken är att verksamheten ska leda till individuellt bättre anpassade insatser som ger ökade möjligheter för målgruppen att bo och leva i samhället.

Målgruppen för Ekebyvägen är personer i Eskilstuna kommun som efter utskrivning från slutna psykiatriska vård har behov av fortsatta psykiatriska vård- och behandlingsinsatser. Det blir allt vanligare att målgruppen vårdats enligt LPT, LRV och/eller ha missbruksproblematik samt bedöms ha stora behov av kommunala insatser i form av sysselsättning, stöd och service.

Vistelsen på Ekebyvägen baseras på frivillighet och individens eget val av denna rehabiliteringsform. Tidig samordnad vårdplanering och upprättande av vårdplan förutsätts och beslutet om placering ska föregås av god information om verksamheten samt alternativ till denna. Boendet är tidsbegränsat och beslutas för högst sex månader i taget.

Innehållet i verksamheten kan beskrivas som ett lagarbete riktade till enskilda individer med individuella behov. Lagarbetet sker både inom Ekebyvägen och med samarbetspartners utanför boendet.

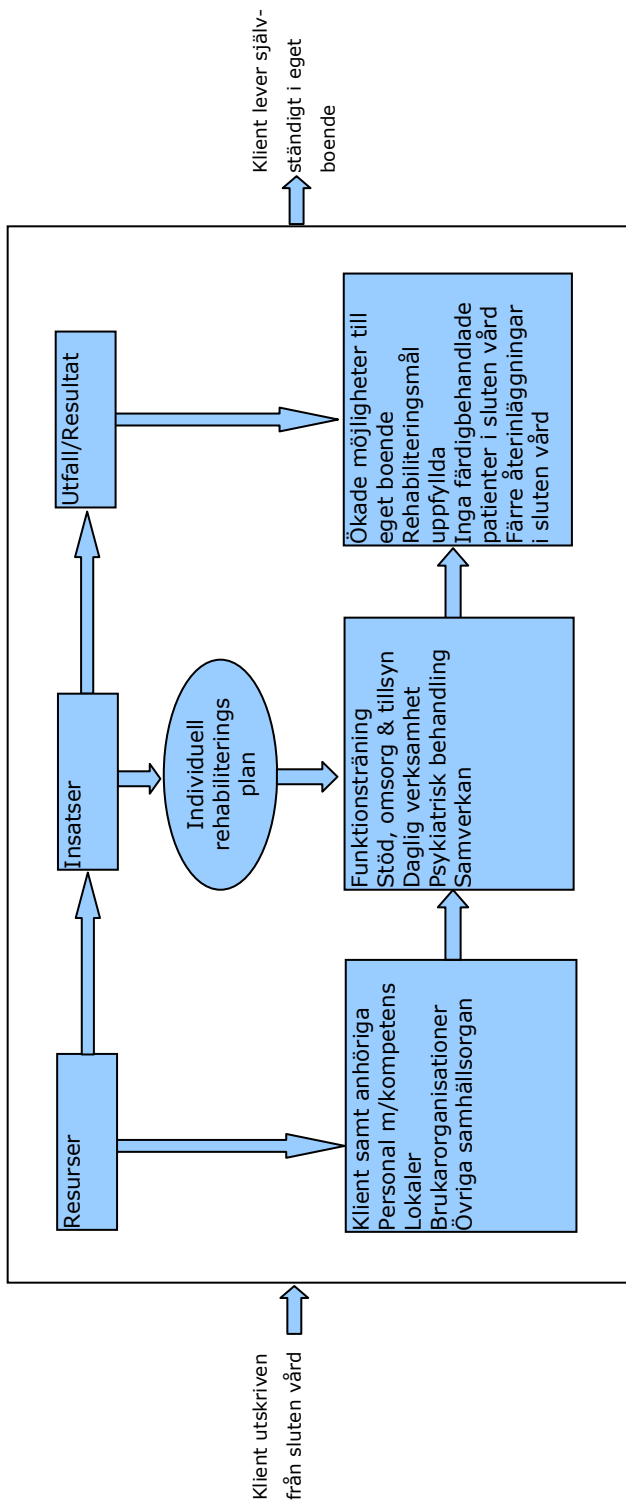
Verksamheten grundar sig på att den enskilde har ett aktivt inflytande över sin egen rehabilitering och ska därutöver ha ett aktivt och öppet förhållningssätt till brukarorganisationer. Därmed ska brukarna också kunna påverka verksamhetens utformning i stort.

Personalen består av personer med social eller beteendevetenskaplig högskoleutbildning, personal med omvårdnadsutbildning samt med specialistpsykiatrisk högskoleutbildning. Landstinget ansvarar för den specialistpsykiatriska kompetensen och kommunen för övrig personal.

Ekebyvägens personal arbetar aktivt med kvalitetssäkring av verksamheten i form av bl. a. kontinuerlig dokumentation, vårdstatistik, uppföljning av vårdplaner samt genom upprättande av individuella genomförandeplaner tillsammans med brukaren. Det ges möjlighet till sysselsättning och kompetens- och metodutveckling för personalgruppen och enkäter riktade till både boende och personal skickas ut och analyseras.

Ekebyvägens arbetssätt kan sammanfattas i följande programteori som samtidigt utgör underlag för utvärderingen.

Fig 1 Programteori Ekeby



Forskning kring målgruppen

Det är framför allt tre forskningsperspektiv och teorier som jag bedömer som relevanta för utvärderingen: Forskning kring återhämtningsprocessen och brukarinflytandet samt teorier kring empowerment/ antiförtryckande praktik.

Forskning kring återhämtningsprocessen

Enligt Topor (2004) kan återhämtning beskrivas som en process relaterat till såväl individen själv som till omgivningen. Individen deltar aktivt i processen och tar i anspråk hela människans resurser med punktinsatser från professionella. Återhämtningen innebär att hitta tillbaka till ett värdigt liv där personen på sikt kan återfinna sig själv i en ny situation. Under återhämtningsprocessen är individens egenmakt av stor betydelse, dvs.makten över det egna livet och hur det utformas. I ljuset av detta är det av stor betydelse hur man som individ blir bemött av de personer som ger vård och stöd i återhämtningsprocessen. Topor (a a) menar att bemötandet förmodligen är det som avgör om brukaren har inflytande över sina insatser och i förlängningen äger makten att kontrollera sitt liv. Han beskriver det som att ömsesidigheten i ett möte är det som skapar de största och bästa förutsättningarna för att en brukare ska ha inflytande i de insatser som planeras. Westin (2009) vill å sin sida skilja mellan mötet och bemötandet där det i bemötandet finns en idé om resultatet. Det är på förhand uppgjort och utgår ifrån den professionella roll man har. I ett öppet möte finns däremot inga förutfattade meningar, syftet är att lyssna till varandra och alla bidrar till ett gott resultat genom nyfikenhet och öppenhet.

Enligt Topor (2009) har alla individer förmågan till återhämtning och processen skiftar från individ till individ. Ibland kan det vara viktigt att insatser görs, insatser som inte alltid är i enlighet med regler och rutiner på arbetsplatsen, för att starta och etablera en tillitsfull relation mellan brukaren och den professionelle. Ett sätt att skapa ömsesidighet i mötet är jämlikhet, vilket är ett förhållningssätt snarare än en teknik. Även andra arbetssätt har prövats; t ex har försök gjorts med anställningar av personer med tidigare psykiska funktionshinder. Dessa personer kan hjälpa de professionella i att få kunskaper kring återhämtningsprocesser, t ex. att se människan bakom diagnosen och hjälpa en person till återupprättande (Lauveng 2006).

Brukarinflytande

Termen perspektiv har svenska språket hämtat från latinets *perspicere*, som betyder 'se igenom' och 'se tydligt'. Brukarperspektiv betyder att se verkligheten genom brukares ögon. Om man med brukare menar den som är "slutmottagare" av offentlig nytthet" (Dahlberg & Vedung 2001), så betyder brukarperspektiv att se det som händer ur dennes perspektiv.

Som medborgare är vi alla brukare när vi använder offentliga tjänster. Till exempel när vi nyttjar ortens bibliotek eller vistas i kommunalt underhållna parker. Brukare är ingen benämning på en person utan på en roll i förhållande till en verksamhet — vi brukar verksamheten. Begreppet betonar en starkare rätt till inflytande jämfört med begrepp som patient och klient. En del personer med psykiskt funktionshinder föredrar därför att tala om sig själva som brukare.

(Citat från Hitta Rätt! Vägledning till brukarinflytande i psykiatrin och socialtjänsten (2007)

Brukarinflytande definieras ofta som "medborgarnas möjlighet att såsom användare av offentlig service påverka tjänsternas utformning och kvalitet" (*cit*at från, *Vidga brukarinflytandet - en väg till ökad delaktighet och bättre service. Civildepartementet, 1991*)

Det talas ofta om tre typer av brukarinflytande (Dahlberg & Vedung 2001): Den första typen handlar om den enskildas möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som behövs. Det brukar kallas individuellt inflytande. Den andra typen handlar om inflytande över verksamheten, dvs. om möjlighet till delaktighet i beslut i en verksamhet. Den tredje typen av brukarinflytande rör påverkan på organisations- eller systemnivå, exempelvis vid utarbetande av policyprogram eller politisk påverkan. Här ingår också den kanske viktigaste formen av inflytande, den som utövas genom brukarnas och de närståendes egna organisationer. I utvärderingen av Ekebyvägen rör vi oss främst på den första och andra nivån men med Ekebyvägens uttalade ambition att involvera anhörig-och/eller brukarorganisationer i arbetet inkluderas även den tredje nivån.

Statsmakterna har påtalat att brukarperspektivet behöver stärkas och ett flertal försök har gjorts både inom utbildningsprogram och inom olika typer av verksamheter. Utvärderingar ur ett brukarperspektiv blir vanligare, där brukare i första hand tillfrågas om hur nöjda de är med den service de erbjuds. I SOU 2008:18 hävdas emellertid att ett brukarperspektiv bara kan uttalas av brukaren

själv, dvs. ett brukarperspektiv innebär att brukaren involveras i såväl verksamhetens utformning som daglig verksamhet (se också Jess 1998). Om professionella i de offentliga organisationerna ska anlägga ett brukarperspektiv på sin yrkesutövning, så betyder det alltså att den professionelle försöker se hjälpbehovet ur klienten eller patientens synvinkel, och utifrån den upplevelsevärld och livssammanhang personen befinner sig i, och att hon relaterar sin yrkesinsats mot brukarens verklighet, och problem och resurser som kan finnas där. Ett brukarperspektiv är alltså ett holistiskt perspektiv.

Att anlägga ett brukarperspektiv betyder att vi försöker se en insats, eller ett behov av insats, från den potentielle brukarens synvinkel. Principiellt kan vi säga att det är omöjligt att fullt ut inta den andres perspektiv; det kan bara vederbörande själv göra. I professionella sammanhang har en del sätt att närma sig varit präglade av att utveckla empati och inlevelse i brukarens situation. Detta kan vara en nyttig motvikt mot en uppfattning om att yrkespersonen vet bäst mot bakgrund av sin överlägsna kunskap (Rönning & Solheim 1998, s. 30, egen översättning).

Man kan även se brukarperspektivet som antingen innehållsorienterat eller processororienterat. Med ett *innehållsorienterat* brukarperspektiv menas att den professionelle utformar tjänsten eller servicen utifrån den kunskap hon har om brukarens behov eller kunskaper om brukarens önskemål, skriver Rönning & Solheim (a a). Det kan jämföras med ett arbete på den individuella nivån (ovan). Ett *processororienterat* brukarperspektiv försöker däremot att involvera brukaren i hela beslutprocessen, alltså ett arbete som sker på den organisatoriska och till viss del på systemnivån (ovan). Man kan med Malcolm Payne (2002) förstå det processororienterade brukarperspektivet som ett samarbetsförfarande i utformningen av den aktuella servicen, ett så kallat partcipatoriskt arbetssätt. Hummelvoll & Eriksson (2005) gör oss uppmärksamma på en hierarkisk ordning bland aktuella beteckningar. ”Brukarperspektivet är överordnat verksamheter som att stärka brukarnas makt och inflytande (empowerment), brukarstyrning och brukarmedverkan”(2005). Sigstad (2004) fördjupar tankarna bakom det processororienterade arbetssättet på följande sätt:

Med brukarmedverkan menas det inflytande brukaren har i förhållande till beslutsprocesser och utformning av den tjänst hon själv är berörd av. Brukarmedverkan förutsätter att man inte längre ska betrakta den hjälpbehövande som en ensidig mottagare av tjänster. Brukaren ska inta en roll som aktiv deltagare i sin egen behandlingsprocess (s 124, egen översättning).

Både Rønning & Solheim (1998) och Sigstad (2004) beskriver brukarmedverkan och brukarperspektiv som något som går utöver att den professionelle utformar verksamheten mot bakgrund av de egna erfarenheterna om brukarens behov och önskemål. Brukaren ska uppleva att hon tar aktiv del i planeringen och utformningen av verksamheten. Detta kan ses som en möjlighet att samordna den offentliga servicen efter de behov som personen har och inte efter det utbud som för tillfället står till buds. Lindqvist (2007) berör också att arbetet med brukarperspektivet berör ledningsnivån i stor utsträckning. Hon menar bl a att för att ett inflytandeperspektiv ska kunna få fäste och genomsyra verksamheten krävs det att ledningsnivån är involverad och att inflytandet sker bäst genom att flera engagerade personer stöttar arbetet. Hon tar även upp en ovillighet från den professionelles sida att jämna ut den ojämna maktbalansen i relationen mellan den professionella och brukaren som ett hinder för utveckling. Detta är även något som Topor (ovan) berör.

Empowerment eller antiförtryckande praktik

Empowerment är ett begrepp som framförallt började användas under 60- och 70-talet av radikala rörelser sprungna ur black power och feministiska rörelser och syftade till att mobilisera grupper av människor som på olika sätt var förtryckta eller utsatta. Idag har begreppet även kommit att inkludera ett individuellt självförverkligande och många menar att begreppets tidigare politiska och kollektiva inriktning har ersatts av en empowermentdiskurs som speglar dagens avpolitisering av samhället (Askheim & Starrin 2007; Erwér 2001). Flera författare (Erwér 2001; Askheim & Starrin 2007; Adams 2003) påpekar diversiteten i begreppet vilket gör det svårt att på ett precist sätt förklara innebörden av det.

Flera författare menar att i empowermentprocesser står brukaren i centrum och är den som har rätten och kunskapen att definiera sina egna problem och frågor men också den som har svaret och lösningen (Adams 2003; Starrin 1997). Empowerment innebär också att man har en tro på människans förmågor och att människan är oberoende, kompetent och rationell (Askheim 2007). När empowerment beskrivs som teori eller metoder att använda i socialt arbete handlar det många gånger om att makten ska överföras från den professionelle till klienten (Rønning 2007). På liknande vis beskriver Payne (2005) hur empowerment i socialt arbete har som syfte att hjälpa klienter att få makt och kontroll genom att klienten själv tar beslut som rör hennes liv, vilket sker genom en överföring av makt från omgivningen till klienten. Det som blir intressant är att begreppet samtidigt, av andra, beskrivs som en kraft som måste komma under- och inifrån en grupp. Rappaport definierar begreppet som en process där grupper av

människor, organisationer och samhällen förvärvar kontroll och där kraften måste komma inifrån istället för något som kan transfereras från någon till en annan (Kendall 1998). Erwér (2001) påpekar ungefär samma sak då hon beskriver det som processer som sker underifrån i civilsamhället eller inifrån en grupp eller individ och som inte kan ges eller skapas av någon annan. Askheim (2007) uttrycker att empowerment både är målet och de medel som krävs för att nå målet då personer eller grupper som befinner sig i en utsatt position dels ska tillskansa sig kraft att förändra sin situation, dels ska undanröja de krafter som håller dem nere. Även Adams (2003) beskriver empowerment som både mål och medel men belyser att det inte är resultaten och målen som är av största vikt utan vägen och medlen för att få egenmakt och inflytande. Makten kan alltså inte ges till en person utan denne måste medvetandegöras och själv agera utifrån nya insikter och utgångspunkter vilket kommer innebära mer långvariga resultat där personen kan tillvarata sina rättigheter även i framtiden. Hedin, Herlitz och Kousmanen (2006) menar att värdet av detta blir mer bestående än ett resursfördelningssystem som kan verka passiviserande. Empowerment är ett svåröversatt begrepp då ordet "power" har så många fler innebörder än vad begreppet makt har på svenska. Erwér (2001) talar om fyra dimensioner av makt som kan kopplas till empowermentbegreppet. Dessa är power over- makt över, power to- makt att, power with- makt med och power within

En av forskarna inom fältet antiförtryckande praktik, Larson (2008) menar att fältet präglats av diskurser och praktik från det biomedicinska fältet och att den litteratur som finns kring detta i socialt arbete och psykisk ohälsa därför stöttar sig på läkarvetenskapen och bio-psykosociala faktorer där diagnoser och klassifikationer spelar stor roll. Framförallt ger detta implikationer för den praktiska tillämpningen, dvs. det saknas nästan helt exempel på hur man tillämpar antiförtryckande praktik inom konkreta verksamheter. Enligt Larson (a a) bör man arbeta med full delaktighet, diskurs och språkbruk, dekonstruktion av den medicinska modellen samt rättvisa förhållanden och social rättvisa. Grunddragen i den antiförtryckande praktiken och även empowerment innebär att utmana existerande relationer som innebär social orättvisa som de manifesteras i det sociala arbetets praktik. Man behöver utmana föreställningen om den professionelle som experten och istället fokusera på maktfördelning och jämställda relationer. Dalrymple & Burke (1995) menar att det bör utvecklas ett tydligt ramverk gällande gemensamma värderingar som sedan översätts till praktiskt antiförtryckande handlingsätt. Arbetssättet vill hjälpa oss att få upp ögonen för och även erkänna maktobalansen mellan den professionelle och brukaren så att vi kan arbeta för att förändra den. Processen förutsätter självreflektion och förståelse för hur makt och förtryck manifesteras i den egna rollen och positionen. Det räcker inte att vara medveten om och erkänna en maktobalans, det krävs att aktivt arbeta för att minimera obalansen och främja

rättvisa och empowerment. Det finns en generell syn i litteraturen att de professionella kan öka empowerment då de underlättar villkoren för brukarna att själva ta kontroll över sin situation och sina omständigheter. Full delaktighet innebär emellertid att brukarna och deras anhöriga blir inbjudna att fullt ut delta i alla aspekter av planering och drift av verksamheten. Brukarna ska inte bara vara med på möten som rör dem, föra sin egen talan och bli lyssnade till och själva besluta i frågor som rör dem; brukaren ska vara sin egen expert. Hon ska också få vara delaktig i att utveckla policy, forskning och utbildning samt ledningen av den verksamhet hon befinner sig i. Diskursen och språkbruket behöver utvecklas på så sätt att det stärker istället för att förtrycka människor; t ex ska vi aldrig tala om patienten eller klienten utan alltid kalla denna vid namn som en strategi för ett ickeförtryckande perspektiv. Språket behöver vara sådant som brukaren förstår och känner sig bekväm med.

Även den medicinska modellen behöver ifrågasättas och kompletteras med andra förklaringar till uppkomsten av psykisk ohälsa. T ex behöver strukturella orsaker, sociala orättvisor och stigma, dvs. förklaringar på samhällsnivå, lyftas för att förklara psykisk ohälsa. Medicinskt språkbruk är i sig förtryckande och en förskjutning av perspektivet innebär möjligheter att arbeta utifrån ett mer holistiskt synsätt.

Rättvisa relationer baseras på tillit, informalitet och samarbete. Detta grundar sig i att den professionelle är införstådd med hur maktförhållandena ser ut och hur den egna positionen påverkar förhållandet till brukaren. Bemötandet bör vara personligt och fokus ska ligga på det som är starkt och unikt hos brukaren. Att arbeta för social rättvisa slutligen innebär att engagera sig i samhällsfrågor som rör människor med en svagare ställning i samhället, både på ett politiskt och organisatoriskt plan.

Metod

Intervjustudien

Urvalet till intervjustudien gjordes i ett samarbete mellan chefen för Ekebyvägen och mig. Urvalet av intervjupersoner skulle spegla flera olika aspekter; kön, ålder, diagnos och nuvarande boende. Jag fick tio namn att ringa för bokning av intervju varav jag slutligen intervjuade sju, tre kvinnor och fyra män. De var i olika åldrar, hade olika bakomliggande diagnoser och bodde i olika boenden, dvs. några bodde i egen lägenhet, andra i gruppboende. Utgångspunkten för intervjun var en intervjuguide (bilaga 1). Intervjun utvecklades sedan utifrån denne utan att följa den ursprungliga ordningen mellan frågorna till punkt och pricka. Ambitionen var

att spela in intervjuerna för att sedan i lugn och ro lyssna på dem hemma och anteckna deras svar. Detta gick enbart att genomföra fullt ut i ett fall. I några fall spelades intervjun över huvud taget inte in då intervjupersonerna inte ville det och i några fall stängdes inspelaren av under intervjun då intervjupersonen var märkbart störd av inspelningen. I de fall intervjun inte spelades in antecknades svaren fortlöpande och renskrevs omgående efter intervjun.

Slutenvårdsstatistik

Den ursprungliga ambitionen var att själv få tillgång till sjukvårdsstatistik och utifrån en lista på inskrivna på Ekebyvägen hittills räkna fram antalet slutenvårdsdagar före och efter Ekebyvägen. Då det inte var möjligt att få ett tillstånd att gå in i sjukvårdsregistret erbjöds möjligheten att en anställd på den psykiatriska kliniken med ansvar för statistik skulle göra detta efter mina instruktioner. Pga. Framför allt brister i kommunikationen mellan Ekebyvägen, statistikansvarig och mig försenades detta arbete kraftigt och gjordes därför under maj- juni 2011. Den statistikansvarige och jag hade ett flertal kontakter kring hur statistiken skulle tas fram vilket resulterade i att den statistik jag slutligen fick var mycket användbar. Jag fick slutligen statistiken per avidentifierad person med tydliga markeringar för antalet slutenvårdsdagar i psykiatrisk behandling året innan personen skrevs in på Ekebyvägen, eventuella dagar medan personen var inskriven och slutligen antalet dagar efter utskrivning från Ekebyvägen. Perioden efter utskrivning från Ekebyvägen kan innefatta 0 – åtta år efter. För att kunna jämföras med perioden före, som var ett år, delades antalet dagar upp i 1 år efter, 2 år efter, 3 år efter etc. Alla uppgifter sammanställdes sedan i ett Excel-dokument och statistiken har sedan bearbetats med hjälp av statistikprogrammet SPSS.

Utifrån ovanstående statistik var planen att göra en kostnadskalkyl, dvs. hur mycket slutenvården kostat före inskrivning på Ekebyvägen jämfört med efter utskrivningen. Efter samtal med ekonomiansvarig för den psykiatriska kliniken framkom att kostnaderna inte längre räknas på detta sätt utan individuellt utifrån riktade insatser. Emellertid var självkostnaden för inskrivning tidigare 4 550 SEK per dygn vilket bedöms ha stigit till 5 000 SEK idag. Bedömningen gjordes utifrån en jämförelse med dygnskostnadsutvecklingen för rättspsykiatrisk vård. Tabellen för dagar och kostnader per individ framgår av bilaga 2.

Utvärderingsmodeller

Brukarutvärdering

Karlsson Vestman (1999) beskriver brukarutvärdering som en modell i en strategi med den gemensamma nämnaren interaktion mellan olika intressenter. Utvärderaren befinner sig på marken i direkt kontakt med de som berörs av eller har intressen i verksamheten. I det här fallet är brukaren intressent och den som berörs. Strategin är förändringsinriktad och resultaten gäller för den aktuella verksamheten och är bunden till lokala förhållanden och situationer. Utvärderarens uppgift är att försöka medvetandegöra olika berörda intressenter om vilka problem som behöver åtgärdas. Argument som kan riktas mot den interaktiva strategin och brukarutvärdering i synnerhet, är att den med sin starka betoning på samverkan med de närmast berörda får ett alltför begränsat kunskapsperspektiv. Brukarorienterade utvärderingsmodeller inriktar sig på mötet mellan verksamheten och dess klienter. Huvudfrågan är om den offentliga verksamheten i leveransögonblicket motsvarar den kvalitet, som mottagaren kräver eller behöver. Brukarmodeller använder antingen adressaternas förväntningar (önskemål) eller deras behov som normativt bedömningskriterium. Att utvärdera mot behov och att utvärdera mot förväntningar är emellertid principiellt skilda saker, eftersom de förra ofta anses vara något annat än utsagda önskemål.

Vedung (2002) anser å sin sida att brukarmodeller innehåller ett diskursivt, resonerande, diskuterande och influerande moment, som bör få komma till uttryck vid brukarorienterad utvärdering. Brukarmodeller hänger ihop med ett brukardemokratiskt synsätt och har inslag av participativ demokratisk teori, vilket också Karlsson Vestman (ovan) påpekar.

Brukarutvärdering kan utföras av brukarna själva som självvärdering men också beställas och utföras av externa utvärderare. Ett karakteristiskt drag är att effektfrågan, som är så central i t ex. måluppfyllelseutvärdering, ibland inte berörs alls i brukarorienterad utvärdering.

Utvärderarna nöjer sig i regel med att be klienterna värdera någon aspekt på den service de får. Ett annat inslag i brukarmodellen är värdepluralism. Olika brukare bedömer servicen utifrån skilda värdegrunder. De kan vara djupt oeniga vid bedömningarna. Brukarmodellen tillåter en konfliktsyn på offentliga program och deras mottagande.

Det kan sägas råda en konflikt mellan å ena sidan brukarutvärderingar där brukaren tillfrågas om sin bedömning av olika typer av tjänster och brukarutvärderingar där utvärderingen sker ur brukarens perspektiv (Jess 1998). I det förra fallet har de professionella bestämt innehållet i tjänsten och brukarna gör en bedömning av om verksamheten motsvarat förväntningar och önskemål. I det

senare fallet har brukaren själv både varit med om att ställa frågorna och ge sin bedömning. Det senare motsvarar i större utsträckning ett participativt förhållningssätt. I utvärderingen av Ekeby har brukarna tillfrågats att bedöma värdet av Ekebyvägen men har inte själv varit med om att utforma frågorna.

Programteorin

I den ursprungliga planen ingick inte att göra en utvärdering av Ekebyvägens arbetssätt. Då jag fann det svårt att ge några slutsatser om de boendes svar utan att ha något att spegla dessa svar mot beslutade jag, i samråd med Ekebyvägen, att intervjua de anställda om sitt arbetssätt. Resultatet av gruppintervjun ger ett underlag för att återge den programteori som de anställda arbetar efter men också som förtydligande av intervjupersonernas utsagor. Programteorin återges i texten som en sammanfattning av resultatet och kan vara en hjälp för Ekebyvägen att fortsätta arbetet att utveckla verksamheten.

Programteori har använts inom utvärderingsfältet sedan 1930-talet men det var inte förrän Weiss (1997) presenterade sina idéer om möjligheterna att undersöka underliggande mekanismer för implementering av program eller interventioner som programteori kom att användas mer allmänt som ett verktyg i utvärderingsarbetet. Programteorin lär oss att förstå de underliggande mekanismer mellan process och utfall så att man får en förståelse av när och hur program/interventioner fungerar. I en utvärdering är programteori särskilt nyttig som en karta för att ställa rätt frågor om verksamheten.

Några år tidigare hade även Chen (1990) presenterat liknande idéer i – som han kallade det – teoridriven utvärdering, som medel för att utvärdera program och interventioner. Chen hävdar att programteori både är normativ och kausativ; intressenterna bör framhålla vad som är de underliggande normativa idéerna med ett program och de kausala sambanden bör framkomma genom att empiriskt testa dessa idéer/mekanismer. På så sätt hjälper också den empiriska forskningen intressenter att förstå varför ett program fungerar eller inte fungerar.

Ytterligare ett bidrag till forskningen kring programteori är Pawson och Tilley (1997) med sin forskning kring vad de kallade realistisk utvärdering. Realistisk utvärdering definieras som (min översättning)... *empirisk observation för att analysera de kausala sambanden mellan kontext, mekanismer och utfall*. Även Foss Hansen (2005) har diskuterat detta genom att helt enkelt ställa frågan: *vad fungerar för vem i vilken kontext?* Hon framhåller att en programteori rekonstrueras och säkras genom empirisk analys.

Sammanfattningsvis handlar alltså programteori om att öppna upp programmets eller interventionens ”svarta låda”, att klarlägga mekanismer för att revidera och ständigt utveckla programteorin. För att kunna göra detta måste man som utvärderare inte enbart ha en god kunskap om programmet utan också vara

insatt i aktuell forskning kring de mekanismer som förutsätts verka i programmet. Donaldson, en annan framstående forskare inom området, föreslår följande definition av teoridrivna utvärderingsforskning (2007:9, min översättning):

Teoridrivna utvärdering är... systematisk användning av tillräcklig kunskap om de fenomen som undersöks samt med hjälp av lämpliga forskningsmetoder förbättra och producera nya kunskaper om detta fenomen i syfte att utvärdera värdet och betydelsen av detta.

Det råder viss förvirring om likheter och skillnader mellan de olika termerna som betecknar vad jag här kallar programteori; teoridrivna utvärdering, teoriorienterad utvärdering, programteori, logiska modeller, realistisk utvärdering etc. Ett sätt att förklara det är som Rogers et al (2000) gör det, nämligen att de alla handlar om mekanismerna mellan input, process och utfall. De ställer upp tre svårighetsgrader/komplexitetsgrader av programteori:

1. Den enklaste programteorin visar enbart hur en enda mellanliggande prestation leder till det slutliga utfallet.
2. Mer komplexa programteorier visar hur flera mellanliggande prestationer kan kombineras för att nå det slutliga utfallet.
3. Den mest komplicerade programteorin består av en hel serie boxar för både input, process, prestation och utfall (på kort och lång sikt). Det är inte alltid specificerat vilka processer som leder till vilka utfall, eller vilka kausala mekanismer som verkar för att nå det slutliga utfallet.

McLaughlin & Jordan (1999) argumenterar å sin sida för att en logisk modell uttryckligen anger vilka resurser och vilka aktiviteter som krävs för att nå vilka resultat och att kunden/brukaren har krav på att få veta exakt vilka utfall som kan förväntas på kort och lång sikt. Weiss (1997) pekar på att många utvärderingar har genomförts och baserats på implementeringsteori som specificerat aktiviteterna och mellanliggande resultat snarare än på en programteori som specificerat förändringsmekanismerna. Då har vi ett nytt begrepp och en ny form av programteori, nämligen implementeringsteori som används på det sätt som Weiss anger.

Resultat och analys

Intervjuundersökningen

Få tiden att gå....

Flera av de intervjuade beskriver en tillvaro som bestod av att få tiden att gå. Några ville sova länge och tilläts göra det. Andra hjälpte till med praktiska göromål som att städa, diska, laga mat och skotta snö. Tid ägnades åt att läsa tidningen, promenera och prata med andra boende och personal. Intervjusvaren beskriver ett spektra av göromål som också till viss grad illustrerar den process de är en del av. Personer som bott ett helt liv i slutna institutioner och fått allting serverat, från mat till städning, har svårt att sysselsätta sig och utan uppmaning ta tag i praktiska göromål. Kanske har man aldrig lärt sig laga mat och städa eller tappat förmågorna efter lång tid i vård. Då kan en promenad på egen hand innebära både en utmaning och ett äventyr. Flera beskriver ändlösa dagar utan andra göromål än vila och umgänge med andra boende och kontaktpersoner.

Jag var mycket ute och gick för att få tiden att gå.

Sysselsättning ingår inte som en del i Ekebyvägens rehabilitering men man motiverar till daglig sysselsättning och hjälper till att ansöka om en sysselsättning samt att sedan komma iväg till denna:

Jag gjorde inget på dagarna och jag vägrade vara med psyksjuka i sysselsättning.

Det kan tyckas som en lång dags färd mot natt, där boenden i större eller mindre utsträckning är sociala med andra boenden eller med personalen, där tillvaron är inrutad kring uppstigning, måltider, vila och till slut sänggående. Men man kan också läsa det så att denna tillvaro förändras vartefter, beroende på en process där den boende bit för bit lär sig att ta kontroll över sitt liv genom att lära sig nya saker som är nödvändiga för ett liv på egen hand i egen lägenhet.

Lära sig nya saker

Flera av de boende beskriver i intervjun att de får träna på att laga mat och städa. Personalen kartlägger förmågor och brister från vistelsens början och lägger en plan för träning av nya förmågor. Alla upplever inte att det tränades förmågor; man beskriver både att man kan detta sedan tidigare och att man saknar förmågan:

Jag lärde mig inget nytt på Ekebyvägen. Jag fick färdig mat för jag har aldrig lärt mig laga mat.

Åter andra upplevde träningen som en kränkning och beskriver att man redan var bra på detta:

Personalen letade fel hela tiden och då blir jag irriterad. Jag kunde ju det mesta innan, men de ville inte se att jag var bra på vissa saker.

Kanske är också detta tecken på en process bort från institutionslivet. Vissa har inte förmågan att laga mat, diska och städa och ser inte heller nödvändigheten av att lära sig detta. När de sedan upplever en irritation kan det vara ett motstånd som uppstår av att behöva lära sig det och därmed ta kontrollen över sitt liv.

Kontroll genom inlärande av praktiska saker är emellertid bara en sida av livet. Mycket handlar om den inre kontrollen, dvs. uppleva sig ta kontrollen över ångest och självdestruktivitet. Att lära sig behärska ångesten och få verktyg för den inre kontrollen innebär att återhämtningen till ett normalt liv närmar sig slutet.

Ett längre citat får illustrera detta:

Tidigare påbörjade jag saker som jag aldrig slutförde. Då tappade jag självförtroendet och gick i väggen. Känner mig fortfarande pressad av kraven....., ligger hos mig,Jag är en känslig person men klarar mig nu helt och hållet själv och har inga kontakter med psyket, inga mediciner. Jag ringer inte längre till Ekebyvägen som i början var ett tryggt stöd. Men jag vet att de finns.....

Flera berättade att de fick hjälp med praktiska saker av personalen, saker som skulle underlätta när de boende flyttade till egen lägenhet. Det handlade främst om att ordna för en trygg ekonomisk tillvaro. Flera av de boende har god man, de bedöms att inte inom överskådlig tid kunna sköta sin egen ekonomi. De boende kan uppleva detta som ett intrång i den personliga integriteten. Personalintervjun visar emellertid att de är medvetna om detta så att pengar inte ska bli ytterligare ett maktmedel mot den boende.

Personalen berättar att de arbetar med att utmaningen att inte ta ifrån någon en förmåga de har. Träningen består i att upprätthålla befintliga förmågor och träna nya. Det kan ibland bli en svår balansakt att inte stressa brukaren. Från att ha fått hjälp med allt kräver man att den boende i lagom takt ska kunna utföra praktiska göromål själv utifrån en lagom kravnivå och anpassat till aktuellt funktionshinder. Ibland startar man från grunden och då blir vägen lång; mycket ska tränas under

relativt kort tid. Mycket ska också ordnas, praktiskt och kring den framtida försörjningen.

Vi försöker hitta fungerande arbetsmetoder och förmågor. Många kommer så långt att de kan bo i eget boende. Stödet efter denna flytt skiljer sig åt, från individ till individ och över tid.

Betydelsen av relationer

Relationer tar tid att bygga upp men kan också raderas i en handvändning. Intervjuerna ger en bild av båda skakiga och trygga relationer, relationer där man känner sig sedd och relationer där man känner sig kränkt. Balansgången för personalgruppen är svår. Boende som är placerad enligt lagen om öppen psykiatrisk tvångsvård är tvungna att förhålla sig till regler och ha scheman för sina aktiviteter utanför boendet:

Jag kallar den för Ekebyanstalten. Jag fick inte göra något. Jag fick aldrig göra det jag själv ville, om jag ville träffa kompisar någon annanstans eller gå på speedway; då var det för sent och för lite personal. Ibland fick jag bowla om det fanns personal som kunde följa med.....

På Ekebyvägen fick jag göra scheman hela tiden på vad jag skulle göra.

Ekebyvägen har sina regler som inte går att påverka. Om jag fick bestämma skulle inte Ekebyvägen få vara kvar.

Berättelser om trygga relationer med personalgruppen finns också:

Personalen var suveräna på att läsa av mig, pressade mig aldrig. När jag blir pressad låser det sig för mig, det tar stopp, kommer inte vidare. Personalen förstod mig, det blev som ett komplex som jag inte kunde ta mig ur. Personalen gjorde inte komplexet värre. Jag blev tryggare.

Ekebyvägen satte sig in i mitt problem och det har förändrat hela mitt liv. Tidigare har jag träffat läkare som gett mig mediciner som inte hjälpt mig.

Genom att se på andra kom jag mer underfund med mig själv.

På Ekebyvägen hade jag alltid kompisar och någon att prata med, men här i lägenheten känner jag mig ensam och vågar inte gå ut själv. Måste ha personalen med mig för att våga gå ut och slänga sopor. Längtar efter gemenskapen på Ekebyvägen. Tryggheten på Ekebyvägen bra.....

Utsagorna ovan skulle kunna vara från vitt skilda boenden, men de är alla utsagor från personer som bott på Ekebyvägen och de handlar om deras upplevelser av Ekebyvägen.

Även relationer mellan boenden kan ha betydelse för återhämtningen. Är man tillräckligt långt gånge i sin återhämtningsprocess kan andra boenden användas som en spegling av det egna beteendet. Denna spegling kan också illustreras med en utsago från flera av de intervjuade som alla hävdade att de kunde se att personalen gjorde fel med andra men att de gjorde allt rätt med en själv.

Strikta regler och scheman var bra för mig men jag såg att det påverkade andra negativt.

Personalen arbetssätt är att arbeta in sig och skapa en relation till brukaren. I början är kontaktpersonen med på alla insatser och aktiviteter för att få en bild av vad brukaren klarar av att göra. De som kommer från fängelse och annat tvångsomhändertagande har det speciellt svårt och blir lätt stressade.

Det är en balansakt att lära brukaren planera så att man inte kommer ihop sig när brukaren får ett spontant infall.

Vårdplan som verktyg för delaktighet och inflytande

Personalintervjun visade att individuella genomförandeplaner var ett viktigt verktyg för de boendes inflytande över sin egen återhämtnings- och rehabiliteringsprocess. Från första dagen tränas de boende att uttrycka sina känslor och önskemål i grupp. I grupper med personal lär de boende sig argumentera och uppmuntras att påverka sin tillvaro på Ekebyvägen. De boende uttrycker det annorlunda:

Jag fick träffa personal och läkare och sedan hade de samtal om mig.

Jag hade önskemål om annat boende i två och ett halvt år men inget hände....

Finns det en vårdplan? Vad används den till?

.... var några av de boendes uttalanden kring hur de upplevt delaktighet och inflytande. Ett inflytande som utövas via individuella vårdplaner som de boende inte är medvetna om blir naturligtvis problematiskt. Å andra sidan kan man av andra uttalanden se att de känt sig delaktiga genom att bli sedda och bekräftade. Jag hade samtal en gång i veckan med kontaktpersonen

Uppbrottet från Ekebyvägen

Ekebyvägen ska hjälpa de boende att lösa praktiska saker för att underlätta ett mer självständigt boende. Det kan vara den ekonomiska situationen som ska lösas men det kan också vara hjälp med en struktur för att klara av ett självständigt boende. Personalen vid Ekeby börjar på så sätt förbereda en flytt därifrån redan från första dagen. Till viss del bekräftas detta också av de boende:

Jag fick hjälp med praktiska saker

Även tiden är en aspekt i denna förberedelse. Flera påpekar fördelen av att det tog tid, att ingen pressade på för en snarlig flytt. Det fanns en förståelse för att det kunde ta olika lång tid för olika personer. De som önskat flytta till en helt egen lägenhet har naturligtvis en längre väg framför sig än de som ska flytta till ett gruppboende, där detta är ytterligare ett steg till ett självständigt boende.

Det viktigaste för mig var en egen lägenhet och att det fått ta tid.

Personalen beskriver här en svår balansgång mellan de yttre kraven på att boende ska komma vidare och de boendes krav på att låta det ta tid. En återhämtningsprocess kräver naturligtvis tid, olika lång för olika personer, men det krävs också att de känslomässiga banden knyts upp i lagom takt. Flera beskriver t ex att de har kontakt med enskilda personer, främst sina kontaktpersoner, lång tid efter utskrivning, som en trygghet att ta till vid behov.

De som är på väg från Ekebyvägen är inne i en frigörelseprocess. Där rehabiliteringen tar längre tid är för brukare där sjukdomen är aktiv och påtaglig. Självinsikten är ibland dålig vilket kan vara en del av sjukdomsbilden.

Utslussningstiderna är i regel långa och det kan vara svårt att avgöra när det är dags att klippa banden. Ibland har vi kontakt med tidigare brukare lång tid efter flytten från Ekebyvägen; tar en fika eller så kommer de bara förbi.

Tillvaron nu

Tillvaron i det nya boendet skiljer sig åt för olika personer. Vissa trivs med ensamheten och möjligheten att göra det som faller den in:

Nu har jag skaffat mig egna verktyg för att ta kontrollen över låsningen.

Andra beskriver en frustration av att behöva var ensam i kombination med en irritation av att inte få sköta sig själv

Det var i början bra på Ekebyvägen och jag längtar ibland tillbaka dit. Jag bor själv i egen lägenhet intill ett gruppboende som har hand om matpengar och matlagning i veckorna. I veckosluten ordnar jag egen mat. Jag känner mig inte trygg här.

Tryggheten kan försvinna och det märks främst när avsaknaden av trygghet blir påtaglig. I tryggheten på Ekebyvägen ta man känslan för given....

Flera saknar daglig sysselsättning, antingen för att man inte vill eller för att inget kan erbjudas. Dagarna blir långa och saknar brist på struktur. Men det finns också de som arbetar och har en daglig sysselsättning som de trivs med:

Jag jobbar nu med att sortera sopor mellan 8-14 och det är jag bra på.

Slutenvårdsstatistik

Slutenvårdsstatistiken visar att antalet dagar i slutenvård minskat efter vistelse på Ekebyvägen. Jämfört med året innan inskrivning i Ekebyvägen, då slutenvårdsdagarna i genomsnitt var 110 hade slutenvårdsdagarna år 1-8 sjunkit till totalt 99 i genomsnitt per brukare. Om man räknar årsvis minskar antalet slutenvårdsdagar till ca 25 år 1-3 efter Ekeby, till 6-10 år 4-6 efter Ekeby och slutligen till 1-3 år 7 -8 efter Ekeby. I kostnader innebär detta, om vi räknar en genomsnittlig dygnspris på 5 000 SEK för psykiatrisk slutenvård att kostnaderna minskat med 378 tkr per person från året innan Ekeby till första året efter

utskrivning. Vistelsen på Ekeby som i genomsnitt varade 275 dygn kostade 468 tkr, räknat på en dygnskostnad på 1700 SEK. Efter 1,5 år är hela kostnaden för Ekebyvistelsen avskriven och de besparingar i form av minskad slutenvård som uppkommer därefter utgör en samhällsekonomisk vinst.

Tabell 1 Sammanställning av antalet slutenvårdsdygn före, under och efter vistelsen på Ekeby

	Året före Ekeby	På Ekeby	Åren totalt efter Ekeby	År 1 efter Ekeby	År 2 efter Ekeby	År 3 efter Ekeby	År 4 efter Ekeby	År 5 efter Ekeby	År 6 efter Ekeby	År 7 efter Ekeby	År 8 efter Ekeby
Dagar totalt i genomsnitt per pers	104	32	99	28	24	25	6	6	10	3	1
Kostnader (tkr)	518	453	497	140	121	123	28	28	48	16	5
Besparing (tkr) (året före minus åren efter)				378	397	395	490	490	470	502	513

Vid analys av resultatet ovan framkommer att antalet dygn på Ekeby skiljer sig mellan kvinnor och män. Kvinnor är i genomsnitt placerade 257 dygn medan männen i genomsnitt är placerade i 296 dygn.

25 personer av 64 har inte haft någon placering i slutenvård efter utskrivning från Ekeby och fyra personer har haft inskrivningar på mer än 600 dagar, en man och tre kvinnor.

Det är genomgående skillnader mellan kvinnor och män när det gäller resultatet, men också för olika åldersgrupper. Slutenvårdsdygnet minskar för kvinnor i genomsnitt från 131 dygn året innan Ekeby till 104 dygn för åren 1-8 efter Ekeby medan slutenvårdsdygnet ökar för männen under samma perioder från 72 dygn till 94 dygn. För kvinnor är skillnaderna statistiskt signifikanta.

Slutenvårdsdygnet har ökat mest för åldersgruppen 40-49 år, från 142 dygn före Ekeby till 212 dygn efter Ekeby medan slutenvårdsdygnet minskat mest för åldersgruppen 20-29 år, från 53 dygn före till 10 dygn efter. För båda dessa åldersgrupper är skillnaden signifikant. Av de fyra personer med flest antal slutenvårdsdygn efter Ekeby är tre i åldersgruppen 40-49 år.

Analys och sammanfattning av resultatet

Jag vill nu analysera och sammanfatta resultatet i relation till den forskning som redovisats tidigare. I samband med detta kommer också förtydligande citat att användas från både brukarintervjun och personalintervjun och citaten speglas mot forskning och teorier kring återhämtning, empowerment och delaktighet och inflytande.

Återhämtningsprocess

Som jag nämnt tidigare har det ibland varit svårt att hitta en balans mellan de intervjuades olika utsagor, dvs. resultatet är spretigt, vilket jag tolkar som att de befinner sig i olika stadier i sin återhämtningsprocess. Ekebyvägen har ingen lätt uppgift. De ska på relativt kort tid återupprätta en individs självrespekt och människovärde och göra henne redo för ett liv i samhället. I processens mitt står individen som måste delta aktivt för att föra processen framåt (Topor 2004). Personalens roll är främst att tillhandahålla punktinsatser. Topor (a a) framhåller vidare att det är av avgörande betydelse hur bemötandet från de professionella är för att återupprätta sitt värde. Flera av de intervjuade återger bemötandet.

Beteendevetare var en stor hjälp för mig. Tidigare hade jag enbart träffat läkare och psykologer. De (läkarna och psykologerna, eget förtydligande) fick mig att känna komplex för min situation och mina beteenden. På Ekebyvägen började jag för första gången reflektera över mig själv och mitt eget beteende.

Bra kontakt med några i personalgruppen en förutsättning för tillfrisknandet.

Flera av de intervjuade beskriver en lång väg både in i och ut ur ett självdestruktivt leverne

Jag var en överklassunge som hade allt och fick allt men pysslade med droger och när jag fick barn så kunde jag inte ta hand om det.

Jag kom till Ekebyvägen efter år av missbruk, gruppboenden och sjukhusvistelser.

Före Ekebyvägen var jag närapå uteliggare, luffade, reste omkring. Ingen ordning, inga pengar.

Samma person säger om tillvaron nu:

Nu läser jag lyssnar på radio, sysslar med konst och träffar barn och barnbarn.

Personalen beskriver att de har en heltäckande kompetens att tillgå med både medicinsk personal och beteendevetare. De har nära till läkare och ett gott samarbete med slutenvården. Flera av de intervjuade berättar att det betytt mycket för deras återhämtning att de inte bemötts med diagnoser och mediciner.

De anställda på Ekebyvägen försöker visa brukarna vilka framsteg de gör, då det är svårt för de boende att själva få syn på framstegen. Det tolkar jag som att de försöker arbeta med empowerment enligt det arbetssätt Askheim (2007) framhåller som framgångsrikt. Man lär brukaren att tänka igenom och planera sin tillvaro utifrån sin problematik. Brukaren kan ha kognitiva svårigheter och personalens uppgift blir att hjälpa brukaren att se sina framsteg istället för sina brister.

De flesta brukare kan man nå då och då. Många blir upprörda i stunden men kan sedan komma och be om ursäkt. Några förstår aldrig, vilket skapar huvudbry för oss.

Om vi speglar det positiva hos brukaren så ser brukaren mer positivt på sig själv också.

Sammanfattningsvis reflekterar personalen som vissa av de intervjuade brukarna som kommit långt i processen:

Om man har bott lång tid i eget boende efter Ekebyvägen då kan man inse och reflektera över fördelarna med Ekebyvägen.

För att de boende ska ta makten över sin livssituation behövs dock något mer. Det behöver ske en överföring av makt från den professionelle till brukaren och brukaren måste själv ta den makten (Adams 2003; Payne 2005; Rönning 2007). Maktöverföringen är en process som går hand i hand med återhämtningsprocessen. Med sitt holistiska arbetssätt och en arbetsgrupp med många olika kompetenser har Ekeby en fördel jämfört med traditionell psykiatrisk behandling i slutenvård. De kan se människan bakom diagnosen (Lauveng 2006) .

Delaktighet och inflytande

Även när det gäller delaktighet och inflytande, det som brukar kallas brukarinflytande, är svaren en spegling av den process brukarna befinner sig i och är en del av. Några beskriver styrning och regler:

Jag ska aldrig tillbaka till Ekebyvägen igen, de tjarar och styr hela tiden. Det kändes som att bo i ett fängelse, ute på landet.

Personalen var på andra hela tiden och styrde och ställde men inte på mig för jag skötte mig.

Andra beskriver styrning och regler som en förutsättning för att få ordning på sitt liv. Som nämnts ovan beskriver flera av de intervjuade att de såg att reglerna och styrningen gjorde andra illa men att det var positivt för en själv. Denna paradox är svår att tolka men ger en bild av betraktande och reflekterande individer som ibland kan ställa sig utanför sig själva.

Enligt personalgruppen uppstår konflikterna främst kring ekonomi och frihet. I dialog försöker man få brukarna att förstå att de behöver hjälp med praktiska saker och att skapa struktur. Brukarna tror oftast att de skulle kunna klara detta själva. Drivkraften att klara av saker själva är något personalen ser som positivt och som man försöker behålla. För att individen ska kunna ta makten över sitt eget liv är denna drivkraft en förutsättning. Att personalgruppen ser detta och är medvetna om denna kraft ser jag som starka tecken på antiförtryckande praktik (Larson 2008)

Ibland sätter lagstiftningen käppar i hjulen men då försöker personalen ”fixa så att det går att göra saker ändå”. Brukarna uppmuntras att visa känslor och reagera trots att många går på starka mediciner som gör dem avtrubbade. Konflikter skapar en plattform för samtal:

Vårt jobb är att tydliggöra varför vi gör vissa saker. Vi måste hitta individuella lösningar som personen förstår.

Om detta skriver Topor (2009) att det ibland är viktigt att insatser görs som inte alltid är i enlighet med regler och rutiner på arbetsplatsen, det kan skapa en grund för en tillitsfull relation mellan brukaren och den professionelle. Att skapa jämlikhet är ett förhållningssätt snarare än en teknik (a a). Om brukaren har svårt för tal är utmaningen att hitta andra sätt att kommunicera.

Pengar är ett maktmedel och en källa till konflikt. För att slippa konflikter kring pengar undviker personalen att ha hand om de boendes pengar genom att de

boende oftast har en god man som har hand om dem. Men det finns ju andra maktmedel också, andra källor till gräl och konflikter:

...försöker få god man till brukaren för att slippa ta pengagrälen, det räcker med makten att dela medicinen....

Slutligen är det viktigt att ta upp en aspekt av delaktighet och inflytande som personalen

framhåller som ett av deras viktigaste verktyg för de boendes delaktighet och inflytande, den individuella vårdplanen eller genomförandeplanen som personalen på Ekebyvägen kallar den.

Vi arbetar mycket med individuella vårdplaner där vi sitter i grupper med läkare och övrig personal. Detta tränas successivt och vi hjälper till att utveckla argumentation och att kunna föra sin talan i grupp.

De boende känner inte till att det finns en genomförandeplan som styr deras boende på Ekebyvägen. Om de relaterar till gruppsamtal så säger en av de intervjuade att man satt i grupp med personal och läkare och ”sedan fick man gå ut och så fortsatte de prata om mig”. Då är det svårt för brukaren att uppleva delaktighet och inflytande. Också jämlikheten är frånvarande, misstänksamheten ökar och påverkar en i övrigt tillitsfull relation mellan professionell och brukare.

Sammanfattning och slutsatser

Jag ska nu sammanfatta resultaten utifrån syfte och frågeställningar samt reflektera över vilka frågor Ekebyvägen kan arbeta vidare med.

Den första frågeställningen handlar om i vilken utsträckning och på vilket sätt Ekebyvägen hjälpt de boende att leva ett självständigt liv. Det framgår av resultaten och analysen ovan att frågan är mycket komplex och hänger samman med den återhämtningsprocess som de boende är en del av. I återhämtningsprocessen är det mycket svårt att få syn på sina framsteg och det behövs troligen tid för att kunna reflektera över dem. Men tid är inte den enda faktorn, det behövs också kognitiva förmågor. Flera i Ekebyvägens målgrupp har sådana kognitiva svårigheter att de troligen aldrig kommer att kunna reflektera över sin återhämtningsprocess. En av de intervjuade kunde dock mycket tydligt resonera kring både sin egen återhämtningsprocess och personalens delaktighet i återhämtningen. Några av de andra intervjuade var, enligt min egen tolkning, på god väg att reflektera på samma sätt, men har en lång resa kvar. Problemet är att Ekebyvägen enbart är ett steg på vägen till ett självständigt liv.

Majoriteten kommer inte att kunna bo i egen lägenhet direkt efter utskrivningen utan därifrån går vägen om mer eller mindre självständigt boende i anknytning till ett särskilt boende. Om frågan ställs på ett annat sätt, dvs. om de boende lever ett mer självständigt liv nu jämfört när de kom till Ekebyvägen blir svaret positivt. Efter i genomsnitt nio månaders placering där Ekebyvägens personal arbetat med struktur i vardagen och praktiska tillrättalägganden kan alla flytta vidare till en mer öppen och självständig boendeform. Resultatet blir än mer positivt om man tar i betraktande att många har levt hela sitt liv i skyddat boende, antingen i fängelse eller på en psykiatrisk och/eller missbruksinstitution.

Den andra frågeställningen, kring antalet slutenvårdsdygn och -kostnader, är lättare att besvara. Om man jämfört med antalet slutenvårdsdygn året innan placering, i genomsnitt 104 dygn per person, har dessa sjunkit till 28 dygn året efter. Minskningen sker sedan stegvis; år 1 till år 3 efter Ekeby ligger antalet på ca 25, år 4 till år 6 efter Ekeby ligger antalet dygn på 6-10 och slutligen år 7 till år 8 efter Ekeby sjunker antalet ytterligare till 2 dygn. I kostnader är det en minskning på 378 tkr år 1 efter Ekeby. Kostnaderna sjunker sedan stegvis, i enlighet med minskningen av antalet dygn, till att utgöra en besparing på drygt 500 tkr år 8. Det är fyra personer som står för de längsta placeringarna, och 25 personer har inga placeringar alls i slutenvård under perioden efter.

Jag vill ändå reflektera över vilka områden som behöver utvecklas, trots att resultaten pekar i positiv riktning. Ett utvecklingsområde handlar om delaktighet och inflytande. Dels är Ekebyvägens målgrupp så pass heterogen att det ibland är svårt att uppnå delaktighet och inflytande. Är man placerad på Ekebyvägen som del av ett straff ingår det per definition frihetsbegränsningar som har med straffet att göra men som kan vara svåra att hantera. Man jämför sig med andra med större frihet och ser orättvisan. Men också andra boende uttrycker upplevd brist på delaktighet och inflytande och det kan därför vara viktigt att framöver i personalgruppen diskutera hur man kan öka de boendes upplevelse av inflytande och delaktighet. Här kan tidigare forskning och lokala försök möjligen ge inspiration.

Genomförandeplanerna, som är personalens viktigaste verktyg för att uppnå delaktighet och inflytande, är inte kända hos de boende. De upplever att saker bestäms bakom deras rygg och att de är i händer på regler och riktlinjer.

Sammanfattningsvis arbetar personalen med brukarnas inflytande på en individuell nivå, dvs. över den egna livssituationen. Frågan är om det är möjligt att arbeta mer med inflytande och delaktighet på en övergripande nivå, dvs. involvera brukarna och i förlängningen brukarorganisationer i planering av verksamheten?

Referenser

- Adams, Robert (2003) *Social Work and Empowerment*, Palgrave Macmillan, Basingstoke
- Askheim, O. P., Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups
- Askheim Ole Petter (2007) Askheim & Starrin (red) *Empowerment i teori och praktik*. Korotan Ljubljana, Slovenien/InterGraf AB, Malmö
- Chen Huey-Tsyh (1990). *Theory-driven evaluations*. Newbury Park, California: Sage.
- Lund: Studentlitteratur
- Dalrymple J & Burke B (1995): *Anti-oppressive practice: Social care and the law*.
- Open University Press (Buckingham and Philadelphia)
- Donaldson, Stewart I. (2007). *Program theory-driven evaluation science. Strategies and Applications*. Claremont Graduate University. Lawrence Erlbaum Associates. US
- Erwér M (2001): Empowerment - en fråga om genus, makt och social transformation. I
- Eriksson, L. & Hettne, B. (red), *Makt och internationella relationer*, s. 236-256
- Foss Hansen, H. (2005). Choosing Evaluation Models: A Discussion on Evaluation design. *Evaluation*, 11:447-462
- Hedin, Ulla-Carin/Herlitz, Urban/Kousmanen, Jari (2006): *Exitprocesser och empowerment. En studie av sociala arbetskooperativet i Vägen ut-projektet*. Norrköping: Kriminalvårdens forskningskommitté. Rapport nr 19.
- Stockholm : Sköndalsinstitutet, Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie, nr 8
- Kendall D E (1998): *Sociology in Our Times*
- Karlsson Vestman O (1999): *Utvärdering – mer än metod*. Tankar och synsätt i utvärderingsforskning. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Larson G (2008): *Anti-oppressive Practice in Mental Health*. Journal of Progressive Human Services. Healing, Cultural Safety
- Lauveng A (2006): *Unyttig som en rose*. Oslo: Cappelen
- Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatrireformen*. Umeå: Boréa.
- McLaughlin, J. A. & Gretchen B. J. (1999). "Logic Models: A Tool for Telling Your Programs Performance Story," *Evaluation and Program Planning*, vol 22, pp 65-72.
- Meeuwisse, A. (1997). *Vänskap och organisering*. En studie av Fontänhusrörelsen. Lund: Arkiv.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.
- Payne, M. (2002, 2005). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.

- Payne, M. (2005) *Modern Social Work theory, third edition*. Palgrave Macmillan, Hampshire
- Rønning, R., & Solheim, L. J. (1998). *Hjelp på egne premisser?: om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforl.
- Preskill, H. & Torres, R.T. (1999). *Evaluative inquiry for learning in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rogers, P. J. (2000). "Causal Models in Program Theory Evaluation". In *New Directions for Evaluation*, Number 87, 47–55, special issue called Program Theory in Evaluation: Challenges and Opportunities by Patricia J Rogers, Timothy A Hacsí, Anthony Petrosino, and Tracy A Huebner, San Francisco: Jossey-Bass.
- Rønning, R. (2005). Den institusjonelle ydmykingen. *Nordisk Sosialt Arbeid, nr.2*, 111-121.
- Rønning, R (2007). Empowerment i praktiken. I Askheim, O.P., Starrin, B. *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups
- SOU 1992:73: *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*. Stockholm: Psykiatriutredningens slutbetänkande.
- SOU 2008:18: *Evidensbaserad praktik – till nytta för brukaren*. Stockholm: Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst.
- Starrin, B (1997). Empowerment som tankemodell. I Forsberg, E & Starrin, B (red.), *Frigörande kraft –Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Gothia.
- Stockholm : Natur och kultur.
- Lund : Studentlitteratur, 2008
- Vedung E (2002): Utvärderingsmodeller. I *Socialvetenskaplig tidskrift 2002, nr 2-3*. Temanummer om utvärdering, s 118-143.
- Weiss, C. H. (1997). Theory-Based evaluation: Past, Present and Future. *New Directions for Evaluations*. No 76. Jossey-Bass Publishers.
- Westin Lars (2009). *Den mänskliga kontaktens betydelse*. Äldre i centrum nr 3/2009

Rapporter utgivna av FoU i Sörmland

Rapport 2006:1

Förbättrat stöd för personer med demens i eget boende

– utvärdering av utbildningsprogram för hemtjänsten i Flens kommun.

Författare: Sofia Kialt

Rapport 2006:2

En modell för regelbunden uppföljning av äldres läkemedelsbehandling

Symtomskattning och läkemedelsgenomgångar på distans

– ett pilotprojekt vid Björntorps äldreboende och demensboende i Oxelösund.

Författare: Ingrid Schmidt

Rapport 2006:3

Dagverksamhet för demenssjuka i Vingåkers kommun.

Författare: Sara Ohlsson

Rapport 2007:1

Uppsökande verksamhet bland äldre i Eskilstuna och Strängnäs.

En projektbeskrivning.

Författare: Lisbeth Dahlberg, Eva Johansson, Anna-Maarit Tirkkonen

Rapport 2007:2

Sjukgymnasters syn på smärtproblematik hos äldre inom kommunal äldreomsorg.

En enkätstudie.

Författare: Sara Gustafsson

Rapport 2007:3

Specifik omvårdnad för personer med beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

– en utvärdering av ett tvåårigt utvecklingsprojekt.

Författare: Siw Hansson

Rapport 2008:1

Gå utbildning är en sak, men vad händer sedan i den praktiska yrkesvardagen?

Vårdpersonalens uppfattning av lärandet och tillämpning av kunskaper efter fortbildning

Författare: Annika Sjöberg

Rapport 2008:2

Sjuksköterskans autonoma legitimeringsgrundande funktion utifrån aspekten att ansvara för omvårdnaden

– en beskrivning av hur sjuksköterskor på särskilda boenden uppfattar den.

Författare: Eija Göransson

Rapport 2011:1

Samsjuklighet – Riskfaktorer för metabolt syndrom vid psykisk sjukdom

Författare: Karolina Liljeholm och Alma Shafiee

Rapport 2011:2

Salutogent ledarskap – Jag har mer resurser att ge än vad jag har möjlighet att ge...

Författare: Maria Lund och Helena Lundin

Rapport 2012:1

Ekeby - ett steg på vägen – Utvärdering av Ekebyvägen rehabiliteringsboende

Författare: Kari Jess

Projektredovisningar utgivna av FoU i Sörmland

Projektredovisning 2006:1

Utveckling av särskilt boende för äldre personer med specifik problematik i sin demenssjukdom.

Beteendestörningar och Psykiska Symtom vid Demenssjukdomar BPSD.

Författare: Siw Hansson, Lena Nordin

Projektredovisning 2006:2

Fallpreventivt arbete inom särskilt boende i Eskilstuna.

Utveckling av en modell.

Författare: Åsa Eriksson

Projektredovisning 2006:3

Social dokumentation.

Redovisning av ett utvecklingsprojekt i Vingåker.

Författare: Lisbeth Dahlqvist, Rose-Marie Larsson

Projektredovisning 2006:4

Kultur i vården. Redovisning av ett utvecklingsarbete inom utvecklad hemtjänst.

Författare: Monica Nordrup

Projektredovisning 2007:1

Taktil Stimulans – Beröring som lugnar.

Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla.

Författare: Annika Magnusson

Projektredovisning 2007:2

Vardagsrehabilitering i eget ordinarie boende.

Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla.

Författare: Susanne Borgerot

Projektredovisning 2007:3

Äldre och Läkemedel.

Samverkansprojekt Hemtjänsten – Primärvård – Apotek i Flen och Katrineholm.

Författare: Inger Ljungholm och Ann-Katrine Tryborn

Projektredovisning 2007:4

Äldre och Läkemedel.

Modell för kvalitetsanalys Oxelösund 2006.

Författare: Ingela Mindemark

Projektredovisning 2008:1

Anpassning mellan miljö och arbetssätt vid Selaöhemmet

delrapport av ett demensomsorgsprojekt.

Författare: Ann-Sofie Carlsson

Projektredovisning 2008:2

Kompetensutveckling för hemvårdspersonal i rehabiliterande arbetssätt.

Redovisning av ett projektarbete i Eskilstuna kommun.

Författare: Sassa Kusserow, Anna Vörde Sirviö

Projektredovisning 2008:3

”Lite mer än vanlig hemtjänst”

– Demenssteamledare gör skillnad

Författare: Sofia Kialt och Eva-Lena Wahl

Projektredovisning 2008:4

Individuella målprogram för äldre personer med utvecklingsstörning

Författare: Annika Öhman

Projektredovisning 2008:5

Sammanhållen hemsjukvård, en vinst för alla!

Författare: Sara Cederbom

Projektredovisning 2009:1

”Kan man vara undernärld när mat serveras hela tiden?”

– ett projektarbete om äldre och nutrition på särskilt boende i Eskilstuna kommun

Författare: Pia Holm, Barbro Wojciechowski

Projektredovisning 2009:2

”BLÅLJUS” på akuten ... - äldre multisjuka

Rapport Mobil team närvårdsteam Akutmottagningen, Mälarsjukhuset

Författare: Pia Kjaersgaard

Projektredovisning 2009:3

Sjuksköterskans roll i en framtida salutogen äldreomsorg

Författare: Christina Thorell

Projektredovisning 2010:1

Modell för hemrehabilitering i Strängnäs kommun

Författare: Sofia Lundqvist, Tove Bellander, Emma Brandt Holmström, Anne-Marie Robertson

Projektredovisning 2011:1

Demensomsorgsutveckling i Strängnäs – anpassning mellan miljö och arbetssätt

Författare: Ann-Sofie Carlsson

FoU i Sörmland

FoU i Sörmland är en verksamhet som drivs av kommunerna och landstinget i Sörmland genom Regionförbundet Sörmland.

Vi vill stödja och stimulera anställda att ta initiativ till olika former av forsknings- och utvecklingsarbeten. FoU i Sörmland vill särskilt uppmuntra till forsknings- och utvecklingsarbeten som handlar om samverkan mellan huvudmän och personalgrupper, om kvalitetsfrågor och om inflytande i vården och omsorgen för äldre och vuxna med funktionsnedsättning.

FoU i Sörmland arbetar utifrån verksamhetsidén med en fyrdelad FoU-strategi:

- Att skapa möjligheter för olika former av kunskaps- och erfarenhetsutbyte
- Att tillhandahålla handledning och ge metodstöd
- Att ge ekonomiskt stöd till forsknings- och utvecklingsarbeten
- Att ta initiativ till länsgemensamma FoU-projekt
- Att anordna kurser och konferenser



FoU i Sörmland
Drottninggatan 16 B, bv
632 20 Eskilstuna
Telefon: 016-541 40 30
e-post: info@fou.sormland.se