

INVENTERING AV PSYKISKT FUNKTIONSHINDRADE
SAMT LIVSKVALITETUNDERSÖKNING
I JÄMTLANDS LÄN 2005

*Bengt Åkerström
Gunilla Henriksson*



2008:8

INVENTERING AV PSYKISKT FUNKTIONSHINDRADE
SAMT LIVSKVALITETSUNDERSÖKNING
I JÄMTLANDS LÄN 2005

*Bengt Åkerström
Gunilla Henriksson*

RAPPORT FRÅN FOU JÄMT

Rapport nr 2008:8 i FoU Jämts rapportserie

**INVENTERING AV PSYKISKT FUNKTIONSHINDRADE SAMT
LIVSKVALITETSUNDERSÖKNING I JÄMTLANDS LÄN**

Bengt Åkerström och Gunilla Henriksson
© FoU Jämt

ISSN 1651-7253

INVENTERING AV PSYKISKT FUNKTIONSHINDRADE SAMT LIVSKVALITETSUNDERSÖKNING I JÄMTLANDS LÄN

Bengt Åkerström och Gunilla Henriksson

SAMMANFATTNING

Utifrån kritik från Socialstyrelsen och Länsstyrelsen att kommunerna inte hade tillräckligt god kunskap om målgruppen psykiskt funktionshindrade, bristande samordning med den landstingsstyrda psykiatrin samt kommunernas egna önskemål om bättre kunskap, genomfördes en länsövergripande inventering av psykiskt funktionshindrade i Jämtlands kommuner under 2005. Syftet var att kartlägga personer med psykiska funktionshinder och deras behov, utveckla uppsökande verksamhet, identifiera gråzoner, ge underlag för att utveckla samarbetet kommun – psykiatri samt ge möjlighet till kommunvisa jämförelser. Som en del av inventeringen skulle också en livskvalitetsintervju göras med ett urval av de identifierade personerna. Kartläggningen genomfördes i enlighet med en målgruppsdefinition och inventeringsmodell föreslagen av Socialstyrelsen med ett enkätförfarande riktat till uppgiftslämnare inom olika berörda myndigheter. Enkäter lämnades till kommunernas vård och socialtjänst, psykiatrin, primärvården, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Enkäterna innehöll frågor om insatser och behov från respektive instans samt i vilken mån de var tillfredsställda. Livskvalitetsundersökningen genomfördes i form av personliga intervjuer med instrumentet Lancashires livskvalitetsprofil på ett slumpmässigt urval ur gruppen med klarlagd diagnos. Undersökningen har utifrån sitt syfte om kartläggning gett information om 454 personer där uppgift om relevant diagnos gått att belägga (i rapporten benämnda Grupp 1). Detta utgör 75 % av det förväntade antalet med psykiska funktionshinder (0,6 % av befolkningen). Personerna i Grupp 1 inrapporterades i huvudsak från psykiatrin och socialtjänsten. Av denna grupp var drygt en tredjedel inrapporterade av psykiatrin eller annan myndighet men inte av kommunerna. Detta kan tolkas som att dessa personer och deras behov inte var kända hos kommunerna vid inventeringstillfället. Utöver detta har också uppgifter om 329 personer som av handläggare bedömts ha sådana problem att de hör till målgruppen/har liknande

behov (i rapporten kallade Grupp 2) men där diagnos eller kontakter med psykiatri inte kunnat verifieras, kommit in. Dessa personer var i huvudsak rapporterade från socialtjänsten. I båda grupperna var det en övervikt av män. Medelåldern var 51.4 år i Grupp 1 och 52.5 i Grupp 2. I båda grupperna bodde drygt två tredjedelar i egen bostad. Endast omkring 30 % av dem i arbetsför ålder i båda grupperna hade uppgifter om att de hade arbete eller deltog i organiserad sysselsättning. Medicinering och läkarkontakt var de vanligaste insatserna från psykiatri medan kommunal hälso- och sjukvård och stöd i eget boende var vanligast i kommunerna. Sammanfattningsvis bedömde både psykiatri och kommunerna behovet av ytterligare stöd till målgruppen (Grupp 1) som stort. Intervjuundersökningen om livskvalitet har trots ett högt (delvis förväntat) bortfall gett en fördjupad bild av målgruppens behov och syn på sina livsförhållanden. Intervjupersonernas (n = 56) sammanfattande skattningar av olika livsområden visade att man var relativt nöjd med sin livskvalitet med medelvärden på 4 och 5 på en sjugradig skala. Minst nöjd var man med sin ekonomiska situation medan några av de områden man var mest nöjd med var fritid och säkerhet. Som förslag till åtgärder utifrån inventeringens resultat noteras behov av ökade resurser för utredningar (bl.a. utifrån Grupp 2), vikten av uppsökande verksamhet, utveckling av mer varierat utbud av sysselsättning och tydlighet kring ansvaret för samordningen av insatser för personer med psykiska funktionshinder.

Nyckelord: psykiskt funktionshinder, livskvalitet, hälsa,

FÖRFATTARNAS FÖRORD

FoU-Jämt fick i maj 2004 i uppdrag av länets kommuner och Jämtlands läns landsting att genomföra föreliggande inventering av personer med psykiska funktionshinder. Planeringsarbetet påbörjades under hösten 2004 och datainsamlingen genomfördes under våren 2005 t.o.m. januari 2006.

Information om inventeringsprojektets uppläggning har bl.a. getts vid ett seminarium under Socialstyrelsens konferens ”Verklighet och framtidsbilder – om kommunernas arbete med psykiskt funktionshindrade” 21 september 2005 och delar av resultatredovisningen och diskussion om inventeringsmetodiken vid Socialstyrelsens seminarium om ”behovsinventeringar ur ett FoU-perspektiv” 7 april 2008. Preliminära resultat har även 25 maj 2007 rapporterats till Sociala vård och omsorgsgruppen (SVOM) - ett samverkansorgan mellan kommunerna och landstinget.

Denna rapport är resultatet av många personers arbete.

Vi som författare och projektledare vill därför rikta ett stort tack till övriga medlemmar i projektets ledningsgrupp för sitt stora engagemang i arbetet och de kontinuerliga diskussioner vi fört under rapportarbetet liksom till de brukarrepresentanter som fungerat som referensgrupp. Vi vill också rikta ett stort tack till de medarbetare ute på olika myndigheter och verksamheter som arbetat med att ta fram uppgifter till inventeringen och till dem som har hjälpt oss med att genomföra livskvalitetsintervjuerna.

Chefen för verksamhetsområdet psykiatri, Solveig Nilsen, har också gett synpunkter på en tidigare version av rapporten vilket vi tacksamt emottagit.

Slutligen vill vi tacka FoU-chef Catharina Höjjer för slutkommentarer på text och innehåll samt forskningsassistent Ingela Bergström som utöver praktiskt arbete kring projektet också slutredigerat rapporten.

I projektet har Gunilla Henriksson som projektledare varit ansvarig för planering och genomförande av projektet innebärande utformning av enkätmaterial, kontakter med uppgiftslämnare på berörda myndigheter, insamling av enkäter

och inläggning av data. Bengt Åkerström har som forskningsledare på FoU-enheten varit vetenskapligt ansvarig, svarat för den statistiska bearbetningen och tillsammans med Gunilla Henriksson utformat texten i rapporten.

Läsanvisning:

Resultatavsnitten (avsnitt 3 och 4) sammanfattar stora mängder data och kan upplevas som tunga att läsa. Ett alternativ kan därför vara att läsa inlednings- och diskussionsavsnitten (avsnitt 1 och 5) och sedan gå in i resultatet på de områden man är intresserad av. Resultaten i rapporten presenteras genomgående för länet som helhet. Skillnader mellan kommunerna kommenteras endast i några fall. Fördelning för varje kommun vad gäller myndighetsenkäterna kommer att finnas tillgänglig på FoU- Jämts hemsida.

Östersund, september 2008

Bengt Åkerström

Gunilla Henriksson

INNEHÅLL

1. INLEDNING	11
BAKGRUND OCH UPPDRAG	11
PROJEKTORGANISATION	12
MÅLGRUPP	14
UTVECKLING AV INSATSER FÖR PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER I JÄMTLANDS LÄN	15
SAMHÄLLETS INSATSER FÖR PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER	15
<i>Kommunernas ansvar - socialtjänst</i>	15
<i>Hälso- och sjukvårdsansvar</i>	16
<i>Psykiatrireformen</i>	16
<i>Handledning</i>	17
<i>Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade</i>	17
<i>Försäkringskassans och arbetsförmedlingens ansvarsområden</i>	18
SYFTE	19
<i>Avgränsning</i>	19
2. METOD	21
INRAPPORTERADE FALL OCH UNDERSÖKNINGSGRUPP, HELA MATERIALET	21
UNDERSÖKNINGSGRUPPEN I JÄMFÖRELSE MED ANDRA INVENTERINGAR	25
INSTRUMENT	26
<i>Myndighetsspecifika formulär</i>	26
<i>Livskvalitetsintervju</i>	26
ETISK PRÖVNING	27
DATABEARBETNING OCH ANALYS	28
PROCEDUR	28
<i>Allmänt</i>	28
<i>Klassificering</i>	29
<i>Psykiatrin</i>	29
<i>Kommunerna</i>	29
<i>Primärvården</i>	29
<i>Försäkringskassan</i>	29
<i>Arbetsförmedlingen</i>	29
3. RESULTAT- KARTLÄGGNINGSTUDIEN	31
GRUPP 1	31
<i>Myndighetskontakter – insatser</i>	31
<i>Boende</i>	32

<i>Insatser från psykiatrin</i>	32
<i>Kommunala insatser</i>	34
<i>Primärvård</i>	36
<i>Försäkringskassan</i>	36
<i>Arbetsförmedling</i>	37
GRUPP 2	37
<i>Myndighetskontakter – insatser</i>	37
<i>Boende</i>	38
<i>Insatser från psykiatrin</i>	38
<i>Kommunala insatser</i>	39
PRIMÄRVÅRD	41
FÖRSÄKRINGSKASSAN	42
ARBETSFÖRMEDLINGEN	42
ORGANISATION AV ARBETET MED PSYKISKT FUNKTIONSHINDRADE I RESPEKTIVE KOMMUN	42
<i>Berg</i>	42
<i>Bräcke</i>	43
<i>Härjedalen</i>	43
<i>Krokom</i>	43
<i>Ragunda</i>	44
<i>Strömsund</i>	44
<i>Åre</i>	45
<i>Östersund</i>	45
PERSONLIGA OMBUDENS VERKSAMHET	46
4. RESULTAT – INTERVJUSTUDIEN	47
URVAL OCH BESKRIVNING AV INTERVJUGRUPP	47
<i>Boende</i>	49
<i>Arbete/sysselsättning</i>	50
<i>Fritidsaktiviteter</i>	51
<i>Ekonomi</i>	51
<i>Juridiska förhållanden och personlig säkerhet</i>	52
<i>Familjeförhållanden</i>	52
<i>Socialt nätverk</i>	52
<i>Hälsa</i>	53
<i>Självbild</i>	55
<i>Allmänt välbefinnande och livskvalitet</i>	55
<i>Något som kan förbättra livskvaliteten</i>	56
<i>Livskvalitetsprofil</i>	57

5. SAMMANFATTANDE DISKUSSION	59
DEFINITION AV MÅLGRUPPEN	60
BOENDE	61
ARBETE/SYSSELSÄTTNING.....	62
INSATSER OCH BEHOV.....	63
PERSONALENS BEHOV AV MER STÖD ELLER KUNSKAPER	64
LIVSKVALITET	65
SAMVERKAN OCH GRÅZONER	66
METODDISKUSSION	67
FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER OCH FORTSATT ARBETE.....	68
<i>Ökade resurser för utredningar.....</i>	<i>68</i>
<i>Uppsökande verksamhet och kännedom om målgruppen</i>	<i>69</i>
<i>Arbete/sysselsättning</i>	<i>69</i>
<i>Boende</i>	<i>70</i>
<i>Hälso- och sjukvård.....</i>	<i>70</i>
<i>Vem ansvarar för samordningen kring personen med psykiskt funktionshinder?</i>	<i>70</i>
REFERENSER	71
BILAGA 1 ENKÄTFORMULÄR: EXEMPEL PSYKIATRI	
BILAGA 2 ENKÄTFORMULÄR: EXEMPEL KOMMUN	

1. INLEDNING

BAKGRUND OCH UPPDRAG

I flera av Jämtlands kommuner har det framförts önskemål om genomförande av någon form av inventering avseende antalet psykiskt funktionshindrade. Detta bl.a. mot bakgrund av den kritik som framförts från Socialstyrelsen och Länsstyrelsen över att kommunerna inte har tillräckligt god kunskap om denna målgrupp. Av Socialstyrelsens rapport från 2003, Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder (Socialstyrelsen, 2003), framgår bl.a. att många kommuner saknar kunskap om psykiskt funktionshindrades behov och uppmärksammar inte målgruppen i sin verksamhetsplanering samt att samordningen med den landstingsstyrda psykiatrin är bristfällig. Rapporten visar att psykiatrireformens mål och intentioner inte är tillräckligt förankrade hos lokala politiker och cheftjänstemän. Det finns en stor risk att de personer som har behov av kommunernas tjänster inte får del av dem; t ex saknas en tillfredsställande kartläggning av psykiskt funktionshindrades behov i cirka hälften av kommunerna och över hälften av kommunerna har inte gjort tillräckliga informationsinsatser.

Eftersom flertalet kommuner i länet hade ambitionen att genomföra inventeringar, fanns uppenbara vinster i ett samarbete. Kommunförbundet fick i uppdrag att kalla samman en arbetsgrupp med representation från kommunerna och vuxenpsykiatrin för att planera hur en inventering skulle kunna läggas upp och genomföras. I detta sammanhang togs även upp om det fanns behov/intresse av att åter genomföra en livskvalitetsundersökning på liknande sätt som gjordes 1999 (Översyn psykiatrireformens effekter i Jämtlands län, Delrapport livskvalitetsundersökning, Jonsson & Bergstedt, 1999). Denna undersökning genomfördes under november månad 1998 och omfattande 51 personer med psykiska funktionshinder. Undersökningen hade fokus på de funktionshindrades egna bedömningar av sin livskvalitet kompletterat med synpunkter från personal och anhöriga. I undersökningen bedömde de psykiskt funktionshindrade sin livskvalitet inom nio (9) olika områden, arbete, fritid, religion, ekonomi, boende,

säkerhet, familjerelationer, sociala relationer samt hälsa. Av undersökningen framgick bl.a. att:

- sysselsättningsgraden är väsentligt högre än i landet för övrigt; ca 20 % saknar dock sysselsättning under dagen även här i Jämtland.
- de flesta lever med små inkomster och många har bristande kunskap om sin ekonomi.
- de flesta bor bra, men livssituationen i och omkring boendet kan utvecklas och bli bättre.
- funktionshindrade och deras anhöriga har tät kontakt med varandra.
- förbättrad hälsa och möjligheter till fler aktiviteter är de faktorer som de funktionshindrade värderar högst för att ytterligare förbättra sin livskvalitet.

PROJEKTORGANISATION

Utifrån det projektdirektiv som inkluderar den bakgrund som givits ovan (Kommunförbundet Jämtlands län, 2004) fattade LAKO i maj 2004 beslut om att inventeringen skulle genomföras i enlighet med direktivet.

För att genomföra projektet rekryterades en projektledare på 50 % (Gunilla Henriksson, Åre kommun). Man såg det som en fördel om projektledaren kunde rekryteras från någon av länets kommuner och att vederbörande hade erfarenhet av arbete med målgruppen. Projektledarens uppgift har varit att under ledning av utsedd ledningsgrupp, planera och genomföra undersökningen.

Projektet har letts av en ledningsgrupp från kommunerna och vuxenpsykiatrin. Till detta har en referensgrupp utifrån brukarperspektivet varit kopplad med en representant vardera från intresseföreningarna IFS och RSMH.

Projektet har organisatoriskt varit knutet till forsknings- och utvecklingsenheten, FoU-Jämt, med forskningsledaren som vetenskapligt ansvarig.

Ledningsgruppen har haft följande sammansättning:

Bengt Åkerström, forskningsledare	FoU - Jämt
Gunilla Henriksson, projektledare	Åre kommun
Ann-Katrin Elvidotter	Bergs kommun
Ann-Katrin Stagervall-Bengtsson	Bräcke kommun
Anna Backlund	Härjedalens kommun
Jan Person	Krokoms kommun
Lars Hägglund	Ragunda kommun
Wiveka Kjellgren	Strömsunds kommun
Kerstin Eklund	Östersunds kommun
Magnus Wimmercrantz	Östersunds kommun
Eva-Britt Jacobsson	Östersunds kommun
Anders Andersson	Psykiatri, Jämtlands läns landsting
K G Bergstedt	Psykiatri, Jämtlands läns landsting
Börje Nordenmark	Psykiatri, Jämtlands läns landsting

Referensgrupp

Tore Hansson	RSMH
Erik Thorfjäll	IFS

Intervjuare i livskvalitetsundersökningen

Anna Martebo	Berg
Ulrika Moen	Berg
Christina Amrén	Bräcke
Emma Larsson	Härjedalens
Lena Berggren	Krokom
Yvonne Robertsson	Ragunda
Gunilla Hämberg	Strömsund
Britt-Inger Hoff	Strömsund
Sören Marklund	Åre
Anna Lindegren	Östersund
Lena Forsstedt	Östersund
Monica Eklund	Östersund

MÅLGRUPP

Målgruppen är personer med psykiska funktionshinder, i stort sett jämställd med det som i tidigare utredningar osv. betecknats som psykiskt långtidssjuka. Kriteriet är i huvudsak att man har en ”långvarig nedsättning av social funktionsförmåga till följd av psykisk störning” (SOU 1992: 73). I Grunewald (2000) anges att ca 70 % av målgruppen har haft en psykos varav 2/3 haft schizofreni. Utöver dessa menar man att personer med tvångssymptom av olika art, andra psykiska sjukdomar samt personlighetsstörningar sedan ungdomsåren ingår. Här undantas personer med åldersdemens och utvecklingsstörning. Personerna i målgruppen har i varierande grad behov av kommunala insatser beträffande boende, sysselsättning och andra sociala insatser liksom i förekommande fall insatser från psykiatrin. I kartläggningsarbetet har vi valt att följa den definition som anges i Socialstyrelsen (1999) och som använts i Sundsvall (Rosenberg, 2001, sid. 14) för att identifiera:

Personer 18 år och äldre boende i Jämtlands kommuner med svår psykiatrisk störning/sjukdom som orsakat en funktionsnedsättning med förlust av förmågan (funktionshinder) i sådan grad att det inverkar på den dagliga livsföringen (sociala konsekvenser) och att detta funktionshinder bedöms bli långvarigt (med långvarigt avses att funktionshindret varat eller beräknas vara i minst sex månader)

Vi har i vår kartläggning också valt att undanta personer med åldersdemens och utvecklingsstörning men att inkludera personer med neuropsykiatrisk störning, framförallt Asperger syndrom.

Utifrån inventeringar med definitioner liknande den ovan har man uppskattat antalet personer i målgruppen till mellan 40 000 – 46 000 totalt i landet (Grunewald, 2000; SOU 1992: 73; Sandlund, 2005), dvs. ca 0.5 % - 0.6 % av den vuxna befolkningen. Detta bedöms som en konservativ bedömning men för Jämtland (ca 101 000 vuxna) skulle det högre värdet innebära att man skulle förvänta sig att identifiera minst ca 606 personer. I Grunewald (2000) eller SOU 1992: 73 nämns inget om könsfördelning i denna tänkta målgrupp. Enligt DSM IV (American Psychiatric Association, APA, 1994) anges att beträffande schizofreni visar epidemiologiska undersökningar en jämn fördelning mellan kvinnor och män medan det för vissa personlighetsstörningar (antisocial personlighet) tycks vara en övervikt för män. Vid vissa neuropsykiatriska störningar (t.ex. Asperger syndrom)

rapporteras också vanligtvis en övervikt för män. Tvångsstörningar är lika vanliga hos män som kvinnor medan tvångsmässig personlighetsstörning är dubbelt så vanlig hos män som kvinnor. Vid depression (major depression) anges att detta är uppemot dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män men då detta inte förväntas utgöra någon större andel av målgruppen bör inverkan på könsfördelningen bli liten. Sammantaget skulle man utifrån detta kunna förvänta sig en viss övervikt av män i målgruppen.

UTVECKLING AV INSATSER FÖR PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER I JÄMTLANDS LÄN

När psykiatrireformen kom 1995 hade sektoriseringen inom landstinget i Jämtland pågått sedan början på 1980 – talet. Sektoriseringen innebar att psykiatrin blev uppdelad i 4 geografiska områden och hade ett ansvar både mot sluten- och öppenvårdspatienter. Under 1995 delades man så in i specialiteter och idag år 2006 så har psykiatrin specialiserat sig ytterligare och arbetar idag i processer vilket innebär att patienten styr den kompetensinsats som behövs från specialistpsykiatrin. Idag arbetar 240 personer inom Område psykiatri och det övergripande målet är att tillgodose behovet av **specialistpsykiatri** av god kvalitet. Numer finns också ett speciellt team, Centrum för neuropsykiatri, CNP, som arbetar gentemot personer med neuropsykiatriska störningar.

SAMHÄLLET'S INSATSER FÖR PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER

KOMMUNERNAS ANSVAR - SOCIALTJÄNST

5 kapitlet 7 § i Socialtjänstlagen, SoL (SFS 2001: 453) säger följande: Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Kommunen skall inrätta bostäder

med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter som avses i första stycket behöver ett sådant boende.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSANSVAR

Aktiv psykiatrisk sluten och öppen vård regleras i Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 1982: 763). Enligt Psyk - Ädel avtalet (se nedan om Psykiatrireformen) omfattar landstingets ansvar för psykiatrisk hälso- och sjukvård i de särskilda boendeformerna och i det egna boendet den hälso- och sjukvård som meddelas av läkare dvs. diagnostisering, bedömning av psykiatriskt vårdbehov samt ordination av adekvata behandlingar. Ansvaret omfattar också behandlingsinsatser av andra yrkeskategorier, då de utförs i samarbete med läkare och därmed är arbetsuppgifter som hör till psykiatrin.

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar i de särskilda boendeformerna och i det egna boendet omfattar insatser upp t.o.m. sjuksköterskenivå av omvårdnadskaraktär samt understödsbehandling. Om behov finns av insatser av personal med specialistkunskap i psykiatri utöver den kompetens som finns i kommunen, tas landstingets psykiatriska verksamhet i anspråk.

PSYKIATRIREFORMEN

Sedan 1995 då psykiatrireformen genomfördes har kommunerna ett utökat ansvar för personer med psykiska funktionshinder. Reformen innebar bland annat överföring av ansvar och resurser mellan huvudmännen. Samverkansrutiner för ”överflyttning av vissa medicinskt färdigbehandlade patienter från sluten vård inom länspsykiatrin till primärkommunerna” har reglerats i avtal, gällande från 1995-09-01, mellan Jämtlands läns landsting och var och en av de åtta primärkommunerna (Psyk-Ädel, 1995). I Östersund reglerade avtalet även övertagandet av verksamheten Kompassen. Med reformen ville regeringen och riksdagen tydliggöra ansvaret mellan kommunen och landstinget samt förbättra möjligheterna till gemenskap och delaktighet för psykiskt funktionshindrade. Ett förtydligande kan vara att kommunen skall ansvara för boende och sysselsättning och landstinget för psykiatrisk behandling. Reformen omfattar främst personer som bedöms ha ett långvarigt och allvarligt funktionshinder.

Utskrivningsklar från slutenvård

Ovanstående begrepp har ersatt det tidigare använda begreppet *medicinskt färdigbehandlad*. En kommun har betalningsansvar för personer som är utskrivningsklara från slutenvård som vårdats sammanhängande mer än tre månader i sluten psykiatrisk vård. Utskrivningsklar från slutenvård är en patient som kan få sitt psykiatriska vårdbehov tillgodosett på annat sätt än genom kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Frågan om en patient är utskrivningsklar avgörs av en läkare med specialistkompetens i psykiatri enligt Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS 1990: 1404 med ändringar). Även om vården och stödet utanför sjukhuset, t.ex. psykiatrisk öppenvård eller socialtjänst, inte skulle ha anpassats tillräckligt till de behov patienten har, skall denne ändå anses vara utskrivningsklar från slutenvård om han i princip kan få sina vårdbehov tillgodosedda utanför sjukhuset.

Vårdplanering (kallas numer *samordnad vårdplanering* för att understryka vårdgivarnas gemensamma ansvar) skall inledas så tidigt som möjligt. Sjukhusets personal skall i god tid i samråd med klienten ta kontakt med kommunen. De samverkansrutiner som tillämpas avseende de somatiskt medicinskt färdigbehandlade skall även kunna tillämpas i psykiatri-Ädel.

HANDLEDNING

I avtalen med respektive kommun anges att kommunerna skall planera och sörja för handledning av personal verksamma vid kommunens olika psykiatriska syselsättningsverksamheter. Samråd skall ske med psykiatrin. Landstingets psykiatriska verksamhet skall vara tillgänglig för handledning av patientärenden. För utbildning och personalhandledning upprättas skriftliga avtal och landstinget debiterar kommunen utifrån vedertagna självkostnadsprinciper. (Psyk – Ädel, 1995).

LAG OM STÖD OCH SERVICE TILL VISSA FUNKTIONSHINDRADE

Riksdagen beslutade 1993 om en ny omfattande reform på handikappområdet. Den centrala delen bestod av en rättighetslag för personer med omfattande funktionshinder, Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (SFS 1993: 387). Lagen trädde i kraft 1994 och ersatte 1985 års omsorgslag (SFS 1985: 568) samt 1965 års elevhemslag (1965: 136). Jämfört med de tidigare lagarna berör LSS fler personer och den har dessutom fler stödinsatser. De som kan få stöd utifrån LSS delas in i tre personkretsar: 1) personer med utvecklingsstörning eller

autism, 2) personer med traumatiska hjärnskador i vuxen ålder som medfört betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder och 3) personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder.

En utvidgad rättighetslagstiftning ansågs nödvändig för att stärka de svårt funktionshindrades ställning i samhället och garantera dessa stöd som kan undanröja svårigheter i den dagliga livsföringen. En rättighetslag och speciallag som LSS syftar till att jämna ut skillnaderna mellan människor som bor i olika kommuner och landsting inom de områden som lagen omfattar.

LSS är avsedd att tillförsäkra personer med omfattande funktionshinder god service och ett gott stöd, oavsett var de bor och oavsett vilka de lokala ambitionerna är. Det övergripande målet är att den enskilde skall leva som andra, trots sitt funktionshinder. Jämlika livsvillkor innebär att jämförelser måste göras med villkor som gäller för jämnåriga som inte har funktionshinder. Den enskilde skall kunna skapa sig ett värdigt liv, så likt andra människors liv som möjligt och i gemenskap med andra. Målet skall uppnås genom att den enskilde garanteras särskilt stöd och service så att svårigheter i den dagliga livsföringen kan undanröjas samt att de kvalitetskrav som ställs på verksamheten uppfylls. En viktig skillnad för personkrets 3 (där personer med psykiska funktionshinder kan bli aktuella) är att denna grupp inte har rätt till dagverksamhet vilket personkrets 1 och 2 har.

FÖRSÄKRINGSKASSANS OCH ARBETSFÖRMEDLINGENS ANSVARSOMRÅDEN

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har tillsammans med hälso- och sjukvården och kommunen ett ansvar för rehabilitering. Försäkringskassan har ett övergripande samordningsansvar för de åtgärder som behövs för att den försäkrade skall kunna återgå i arbete. Arbetsförmedlingens rehabiliteringsinnehåll är att hjälpa den sökande att få och behålla ett arbete. Kommunens rehabiliteringsansvar kan sägas träda in när någon annan rehabiliteringsaktör inte längre har ansvaret och sträcker sig fram tills att någon annan huvudman återigen är skyldig att ta över.

SYFTE

Syftet med undersökningen har varit att

- kartlägga psykiskt funktionshindrade personer och deras behov för att kunna skapa bättre planeringsunderlag och lägga grund för kommunernas uppsökande arbete,
- utveckla den uppsökande verksamheten samt informationen till psykiskt funktionshindrade och deras anhöriga,
- att identifiera "gråzonerna", dvs. där ansvarsgränserna mellan olika myndigheter inte är tillräckligt tydliga,
- ge underlag för att utveckla samarbete kommun – psykiatri,
- ge möjligheter till jämförelser kommunvis.

AVGRÄNSNING

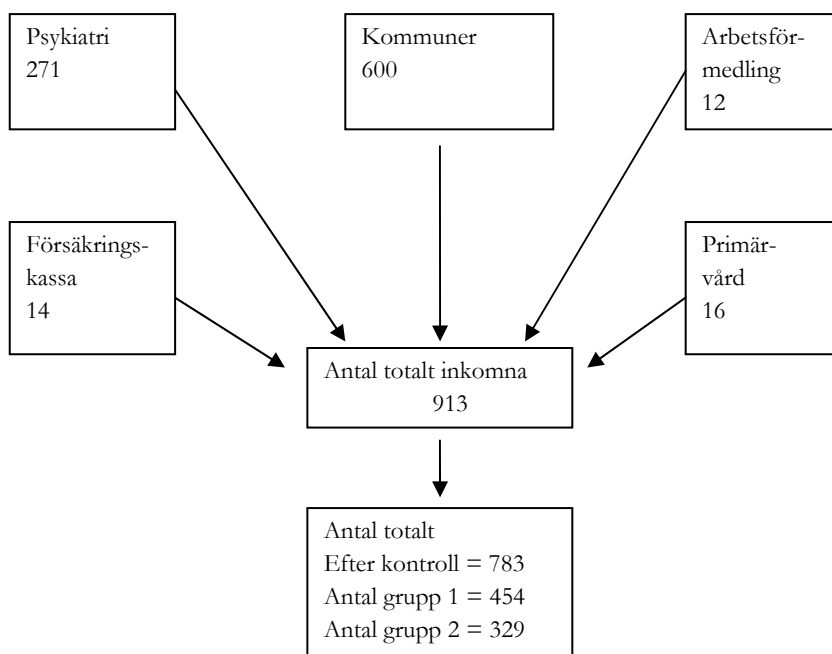
I projektdirektivet fanns en formulering om att, liksom vid undersökningen 1999, skulle ambitionen vara att projektet i olika avseenden även skulle belysa de anhörigas uppfattningar och situation. På grund av kartläggningens omfattning och krav på tid och resurser för genomförande har denna del ej kunnat beaktas i projektet utan får lämnas till en separat undersökning om huvudmännen finner behov därav.

2. METOD

Projektet består av två delar, dels en enkätundersökning för att kartlägga antal personer med psykiska funktionshinder och deras behov (Case -finding metodik) och dels en intervjuundersökning för att förtydliga behoven och målgruppens livskvalitet.

INRAPPORTERADE FALL OCH UNDERSÖKNINGSGRUPP, HELA MATERIALET

Beträffande den grundläggande kartläggningen gäller inget urvalsförfarande utan här har det varit fråga om att försöka göra en totalundersökning genom ett screeningförfarande.



FIGUR 1. ANTAL INKOMNA ENKÄTER FRÅN RESPEKTIVE MYNDIGHET SAMT ANTAL IDENTIFIERADE GRUPP 1 OCH GRUPP 2 PERSONER.

Både under själva inventeringsskedet och, som det senare visade sig, vid genomförande av livskvalitetsintervjuerna hade personer med förståndshandikapp kommit med. Efter en förnyad genomgång av det inkomna materialet kunde dessa gallras men kom att påverka urvalet till livskvalitetsintervjuerna (se vidare avsnitt 4). Genom de besvarade enkäter som slutligen behållits i undersökningen från psykiatri, kommunernas vård- och omsorgs- och individ- och familjeomsorgsverksamheter, primärvården, försäkringskassan och arbetsförmedlingen har totalt 783 personer identifierats (figur 1). Av dessa är 454 bedömda som ”säkra” utifrån att det finns uppgifter om en diagnos om psykisk sjukdom. I fortsättningen benämns denna grupp som Grupp 1. Ytterligare 329 personer har identifierats som fall som troligen hör till målgruppen men där uppgift om en etablerad diagnos inte kunnat fastställas. Dessa benämns i fortsättningen för Grupp 2. Enligt beräkningar utifrån en förekomst av personer med psykiska funktionshinder i befolkningen på 0.6 % (Sandlund, 2005) i åldern 18 år och äldre, skulle man i Jämtland förväntas identifiera 606 personer. De i kartläggningen identifierade 454 personerna i grupp 1 utgör 75 % av det förväntade värdet och 0.45 % av befolkningen (tabell 2). Högst andel identifierade fanns i åldersgruppen 25 – 64 år (0.55 % av befolkningen), därefter gruppen 65 – 94 år (0.31 %) och gruppen 18 – 24 år (0.11 %).

Då personerna i Grupp 1 i huvudsak har rapporterats från psykiatri och kommunerna redovisas denna samt antalet som inrapporterats från övriga myndigheter sammantaget i tabell 1.

TABELL 1. ANTAL RAPPORTERADE FRÅN KOMMUNER OCH PSYKIATRI RESPEKTIVE ÖVRIGA MYNDIGHETER (N = 454)

	Rapporterad från övriga myndigheter ^a	Rapporterad från psykiatri	
Rapporterad från övriga myndigheter	32	136	168
Rapporterad från kommuner	157	129	286
	189	265	454

^a Övriga myndigheter = arbetsförmedling, försäkringskassa, primärvård

Av tabell 1 framgår att 129 personer både hade rapporterats från psykiatrin och någon kommun. Här framgår också att endast en mindre andel (7 %) enbart hade rapporterats från andra myndigheter. Tabellen visar dessutom att 136 personer (30 %) hade inrapporterats av psykiatrin men inte av någon kommun. Tillsammans med de 32 som rapporterats av övriga myndigheter utgör dessa personer nära 40 % av gruppen och finns alltså i kommunerna men deras behov kan vara i hög grad okända för den ansvariga kommunen. De 157 som är rapporterade av kommunerna men inte av psykiatrin är personer i målgruppen som ej är aktuella hos psykiatrin men får stöd i sin kommun och möjligen från primärvården.

TABELL 2. ANTAL IDENTIFIERADE MÄN OCH KVINNOR I GRUPP 1 I RESPEKTIVE KOMMUN SAMT ANDEL AV BEFOLKNINGEN 18 ÅR OCH ÄLDRE I KOMMUNEN (N = 454)

Kommun	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	Befolkning*	% av bef.
Berg	14	35	26	65	40	6103	0.66
Bräcke	6	35	11	65	17	5723	0.30
Härjedalen	11	39	17	61	28	8878	0.32
Krokom	13	41	19	59	32	10778	0.30
Ragunda	14	38	23	62	37	4716	0.79
Strömsund	26	52	24	48	50	10559	0.47
Åre	7	39	11	61	18	7635	0.24
Östersund	105	46	126	54	231	46922	0.49
Totalt	196	43	257	57	453	101314	0.45

*Befolkning 1 nov 2004, SCB

Internt bortfall = 1 där uppgift om kommun saknas.

TABELL 3. ANTAL IDENTIFIERADE MÄN OCH KVINNOR I GRUPP 2 I RESPEKTIVE KOMMUN SAMT ANDEL AV BEFOLKNINGEN I KOMMUNEN (N = 329)

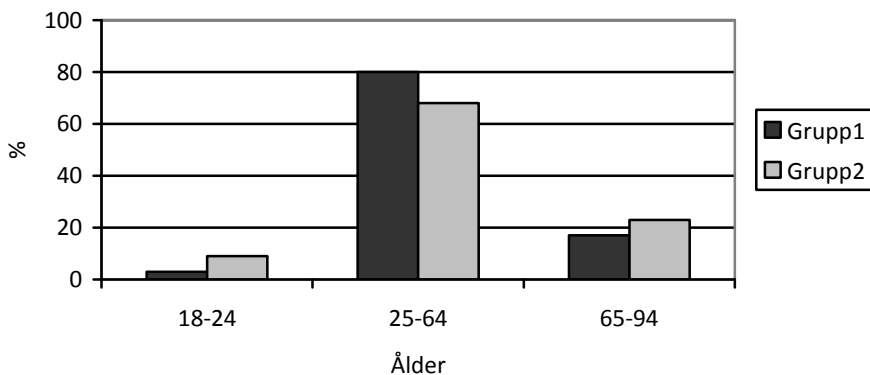
Kommun	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	Befolkning	% av bef.
Berg	21	45	26	55	47	6103	0.77
Bräcke	6	35	11	65	17	5723	0.30
Härjedalen	9	47	10	53	19	8878	0.21
Krokom	44	49	47	51	91	10778	0.84
Ragunda	1	50	1	50	2	4716	0.04
Strömsund	12	39	19	61	31	10559	0.29
Åre	1	17	5	83	6	7635	0.08
Östersund	57	49	59	51	116	46922	0.25
Totalt	151	46	178	54	329	101314	0.32

*Befolkning 1 nov 2004, SCB

I båda grupperna (tabell 2 och 3) föreligger ett överskott av män. Könsfördelningen i normalbefolkningen är ungefär 50 % män och 50 % kvinnor. Fördelningen mellan män och kvinnor skiljer sig dock inte mellan Grupp 1 och Grupp 2 (Chi-två test). Om man tittar på enskilda kommuner kan man dock notera vissa avvikelser. I grupp 1 har Strömsund en omvänd könsfördelning med 52 % kvinnor och 48 % män. I grupp 2 har Åre en mycket hög övervikt för män (83 %).

Högst andel rapporterade av befolkningen i grupp 1 hade Ragunda kommun medan Åre hade lägst andel. I grupp 2 hade Krokom högst andel medan Åre återigen hade den lägsta andelen.

Medelåldern för hela gruppen var 51.4 år, för kvinnor i grupp 1 52.5 år och för män 50.5 år, skillnaden i ålder var ej signifikant (t-test). I Grupp 2 var medelåldern för kvinnor 52.1 år och för män 48.8 år. Denna något större ålderskillnad var dock inte heller signifikant, $t(330) = 1.66$, $p = .098$. I princip kan man konstatera att grupperna var lika beträffande könsfördelning och medelålder.



FIGUR 2. ÅLDERSFÖRDELNING I GRUPP 1 (N = 454) OCH I GRUPP 2 (N = 329) I PROCENT

Om man däremot ser till åldersfördelningen (figur 2) skiljer sig grupperna åt. Grupp 2 har relativt sett en större andel i åldergruppen 18-24 år medan grupp 1 har en större andel i åldergruppen 25-64 år. Skillnaden är signifikant $\chi^2(4, N = 783) = 22.87, p = .000$. Inom respektive grupp är det ingen skillnad mellan män och kvinnor i åldersfördelning.

I grupp 1 hade endast Östersund och Härjedalen personer i åldergruppen 18 – 24 medan Åre och Berg hade högst andel av personer i åldergruppen 65 – 94 år (44 % respektive 40 %). I grupp 2 hade Åre och Krokomböden högst andel av personer i åldergruppen 18 – 24 år med 33 % respektive 22 %. I åldergruppen 65 – 94 år låg de flesta på ca 30 % med undantag för Östersund med 7 % och ingen i Åre. De två som rapporterats från Ragunda var båda äldre än 65 år.

UNDERSÖKNINGSGRUPPEN I JÄMFÖRELSE MED ANDRA INVENTERINGAR

Om man jämför utseendet hos grupp 1 med Rosenbergs (2001) inventering i Sundsvalls kommun finner man att åldersfördelningen var något högre i Jämtland, 30 % i åldern 60 år och äldre mot 21 % i Sundsvall. Följaktligen var medelåldern också något högre i Jämtland (47.3 år i Sundsvall) medan åldersspännvidden däremot var relativt lika (18 – 90+ år). Könsfördelningen var dock snarast den omvända, Rosenberg rapporterar 55 % kvinnor och 45 % män. Beskrivningar av

genomförda inventeringar i Psykiatriutredningen och Miltonutredningen innehåller inga uppgifter om könsfördelning.

INSTRUMENT

MYNDIGHETSSPECIFIKA FORMULÄR

Myndighetsspecifika formulär skickades till psykiatri, socialpsykiatri, primärvård, Försäkringskassa och Arbetsförmedling. Anledningen till att göra så var dels att öka möjligheten att få uppgifter om så många som möjligt i målgruppen, att inte någon grupp missades, dels att få en mer nyanserad bild av personens behov. Formulären utformades utifrån den information som respektive myndighet har tillgång till. Underlag för dessa formulär utgjordes av socialstyrelsens frågeformulär (Socialstyrelsen, 1999) med i huvudsak slutna frågor (exempel se bilaga 1 och 2). Personalen skulle fylla i ett formulär för varje person de ansåg ingår i målgruppen. För att undvika dubbelrapportering identifierades personerna med hjälp av namn, födelseår och kön. Utöver detta och frågor kring insatser, civilstånd, boende mm ingick också frågor om behov av ytterligare insatser, personalens behov av stöd eller kunskap samt synpunkter på samverkan mellan myndigheter när det gäller denna grupp. Inga uppgifter om diagnoser insamlades.

LIVSKVALITETSINTERVJU

För att göra ett statistiskt hållbart urval till undersökningar och intervjuer från populationer med mindre än 1000 personer anger Baker (1999) att ett urval på 30 % skulle vara tillräckligt. Med en förhöjd bortfallsrisk beträffande denna grupp pga. skörhet, akut sjukdom etc. valdes att med slumpurval (med hjälp av SPSS v. 12) i genomsnitt välja 40 % ur de identifierade personerna i grupp 1 från varje kommun, totalt 169 personer (tabell 14). Intervjupersonerna blev via sina kontaktpersoner tillfrågade om de ville delta i undersökningen. Intervjuerna genomfördes med den svenska versionen av instrumentet "Lancashires livskvalitetsprofil", ett engelsk – amerikanskt strukturerat intervjuformulär för att mäta hälsa och välbefinnande hos personer med psykiska funktionshinder (Hansson, Svensson & Björkman, 1998; Oliver m.fl., 1997). Frågeformuläret ger en relativt heltäckande profil eller beskrivning av den enskilde individens nuvarande psykosociala funktionsnivå inkluderande både objektiva fakta inom olika livsområden och personens egna subjektiva bedömningar av sin tillfredsställelse (TS-skala) inom bl.a. områdena

arbete, fritid, religion, ekonomi, boende, säkerhet, familjerelationer, sociala relationer och hälsa. TS skalan omfattar 7 steg från 1 (Kunde inte vara värre) till 7 (Kunde inte vara bättre). Instrumentet finns översatt till svenska och har använts i tidigare undersökningar i Sverige och även internationellt och visat tillfredsställande reliabilitet och validitet (Bengtsson - Tops & Hansson, 2003). Instrumentet kompletterades med några följdfrågor om arbete som formulerades i samråd med docent John Selander vid Institutionen för hälsovetenskap, Mittuniversitetet. Formuläret ger också möjlighet till jämförelse med en tidigare livskvalitetsundersökning i länet (Jonsson & Bergstedt, 1999), dock användes inte de kompletterande frågor i övrigt som de inkluderat i sin undersökning.

Intervjuerna genomfördes av personal verksamma i respektive kommun. Detta dels för att minimera resursåtgången, dels för att det är en naturlig del i den uppsökande verksamheten. Intervjuerna förbereddes genom en utbildningsdag med genomgång av intervjuformuläret och intervjuträning. Intervjuerna genomfördes oktober 2005 – januari 2006. Intervjugruppens sammansättning och resultatet av intervjuerna redovisas i avsnitt 4 ”Resultat - Intervjustudien”.

ETISK PRÖVNING

I kartläggningsdelen av denna undersökning skulle man komma att söka uppgifter om personer (namn, födelseår och kön) i de flesta fall utan deras vetskap och dessutom hos olika myndigheter. Ett urval skulle dessutom i ett andra skede bli kontaktade för att eventuellt ställa upp i livskvalitetsintervjuerna. Det föreföll svårt att praktiskt genomföra en procedur med samtycke och även att generellt använda skadeprövningsrekvisitet i sekretesslagen i detta fall. Eftersom detta handlar om känsliga personuppgifter enligt den nya lagen om etikprövning från 2004 gjordes en ansökan till den regionala etikprövningsnämnden. I ansökan framhölls ovan anförda argument liksom att syftet med undersökningen var att få en bild av målgruppen och dess behov för övergripande samhällsplanering, inte för att använda uppgifterna för koppling till den enskilde individen. Uppgifterna skulle avidentifieras när datainsamlingen var avslutad liksom att det i rapporteringen inte skulle gå att identifiera någon enskild person. Beträffande livskvalitetsintervjun framhölls att de utvalda personerna skulle få information om undersökningens syfte och att deltagandet var helt frivilligt och att deltagande inte skulle påverka ev.

framtida beslut om insatser. Berörda verksamhetschefer fick också skriftligen godkänna att undersökningen genomfördes inom deras verksamhet. Efter viss komplettering fick projektet godkänt av etikprövningsnämnden 2005-05-02.

I det praktiska genomförandet visade det sig dock att förfarandet med uppgifter i enkäterna av vissa uppgiftslämnare upplevdes som problematiskt. Trots det etiska godkännandet tyckte man att det kändes ”fel” att man lämnade ut uppgifter utan att personen var informerad, något som krävde särskilda träffar och diskussioner.

DATABEARBETNING OCH ANALYS

Inkomna formulär med uppgift om namn och födelseår kodades med kodnummer så att svar om en person från olika myndigheter kunde föras samman och läggas in i ett statistikprogram för databearbetning och analys (SPSS för Windows version 12.0.1). Endast forskningsledaren och projektledaren har haft tillgång till enkäterna. Efter avslutad datainläggning har enkäterna aidentifierats.

Data presenteras i rapporten i övervägande deskriptiv form (frekvenser m.m.). I vissa fall har analyser av gruppskillnader gjorts och då analyserats med Chi2-test, t-test eller variansanalys.

PROCEDUR

ALLMÄNT

Datainsamling. Enkäter skickades ut till kommunen, primärvården, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och vuxenpsykiatrien. Se beskrivning av kontakter med respektive myndighet nedan. Vi har träffat representanter från myndigheterna och förklarat syftet med kartläggningen och djupintervjuundersökning. Vi har också haft träffar med intresseorganisationerna RSMH och IFS och med Personliga Ombuden. Datainsamlingen påbörjades i maj 2005 och avslutades under hösten samma år.

KLASSIFICERING

Uppgifterna från psykiatrin har bedömts som säkert hörande till Grupp 1. Vi har också via distriktssköterskor i kommunerna kommit fram till vilka personer som uppgetts av kommunerna som kan vara säkra. Detta gäller dels de kommun- och psykiatrigemensamma men dessutom de från kommunen där man vet att det finns en diagnos. Alla andra har bedömts som osäkra och förts till Grupp 2.

PSYKIATRIN

De tre personer som medverkade i projektgruppen ansvarade för att enkäterna fylldes i för personer, aktuella senaste 6 månaderna inom psykiatrin. Vi fick också under projektets gång kontakt med Centrum för neuropsykiatrisk störning (CNP) som inkom med ett antal ifyllda enkäter.

KOMMUNERNA

Efter gemensam genomgång med projektgruppen skickades enkäter ut via projektgruppens representanter till kommunala tjänstemän som känner till dem med psykiska funktionshinder t.ex. biståndshandläggare, LSS-handläggare, distriktssköterskor och socialsekreterare.

PRIMÄRVÅRDEN

Via primärvårdens enhetschefer har vi via e-post skickat ut information och enkäter till samtliga hälsocentraler. Bortfallet här har blivit stort då man säger sig inte haft tid och engagemang att hjälpa till med inventeringen. Från någon hälsocentral fick vi också mycket negativa reaktioner på varför denna kartläggning skulle göras.

FÖRSÄKRINGSKASSAN

Har tusen ärenden per år att hantera vad gäller sjukbidrag. Tid och resurser har inte varit möjliga att avsätta för denna undersökning hos kassan. Datasystemet gör det inte möjligt att plocka ut just de personer som har ett svårt psykiskt funktionshinder. De enkäter vi fått från kassan har varit utifrån personlig kännedom från kassans handläggare.

ARBETSFÖRMEDLINGEN

Har också ett liknande kodsystem för psykiskt funktionshindrade. Det finns ingen specifik kod för just det funktionshindret. Vi har av dem fått en lista på namn och

ålder på personer som är registrerade under den kod där det kan finnas personer med ett psykiskt funktionshinder. Listan var på 300 personer. Vi granskade listan och jämförde med vårt övriga material och plockade ur namn på personer som vi tidigare fått inrapporterade via andra myndigheter. När den listan var klar skickades den in till försäkringskassan för att de sedan avsatt tid för att fylla i enkätuppgifter om respektive person.

3. RESULTAT- KARTLÄGGNINGSTUDIEN

GRUPP 1

MYNDIGHETSKONTAKTER – INSATSER

TABELL 4. INSATSER FRÅN OLIKA MYNDIGHETER (N=454)

Myndighet	Antal	%
Någon form av insats från psykiatrin	232	51
Någon form av insats från kommunen	274	60
Någon form av insats från primärvården	15	3
Någon form av insats från försäkringskassan	8	2
Någon form av insats från arbetsförmedlingen	8	2

Utifrån uppgifter om insatser från respektive myndighet visade resultatet att av de 454 i grupp 1 hade 10 % inrapporterats med namnuppgifter m.m. men inga insatser hade noterats. Av tabell 4 framgår att insatser från psykiatri eller kommun var det vanligast förekommande. Insatser från endast en myndighet förekom i 64 % av fallen, från två myndigheter i 25 % och från 3 myndigheter, 0 %. En person hade någon insats från fyra myndigheter. De som hade en kombination av insatser från psykiatri och kommun utgjorde antalsmässigt den största gruppen, 113 personer (24 %). Eftersom svarsfrekvensen från övriga myndigheter var låg innehåller kombinationerna också få personer. Av de 15 rapporterade från primärvården hade ingen någon insats från psykiatrin, 2 en kommunal insats, ingen från försäkringskassan eller arbetsförmedlingen. Av 8 rapporterade från försäkringskassan hade 6 en kommunal insats, ingen från primärvården och 2 en insats från arbetsförmedlingen. Av 8 rapporterade från arbetsförmedlingen hade 6 också någon insats från psykiatrin, 3 en kommunal insats, ingen hade insats från primärvården, 2 hade insats från försäkringskassan.

BOENDE

TABELL 5. BOENDE (N = 378)

Boendeform	Antal	%
Egen bostad	263	69
Gruppboende	48	11
Serviceägenhet	35	9
Annat boende	25	6
Bor hos föräldrar	19	5
Totalt	378	100

Internt bortfall = 76 (17 %)

Som framgår av tabell 5 fanns uppgifter om boende för 378 personer (83 %) av de identifierade i Grupp 1. Vanligast boende var egen bostad, detta gäller också för varje enskild kommun. Ragunda hade förhållandevis något flera i serviceägenhet (15 %). Härjedalen och Östersund hade en hög andel i gruppboende (18 % respektive 17 %) medan Bräcke och Strömsund hade en hög andel i s.k. annat boende (25 % respektive 18 %). Som exempel på annat boende uppges stödlägenhet, bostadslös och Hvb-hem.

INSATSER FRÅN PSYKIATRIN

TABELL 6. INSATSER FRÅN PSYKIATRIN, PROCENT (N = 454)

Insats	Helt	Delvis	Inga insatser /ingen uppgift
Medicinering	37	9	54
Läkarkontakt	25	9	66
Stödkontakt	12	8	80
Samtalsstöd/krisstöd	8	6	86
Psykiatrisk omvårdnad	8	2	90
Social rehabilitering	4	3	93
Annan	5	1	94

Största gruppen av dem som hade fått insatser (tabell 6) var de som hade medicinering, därefter läkarkontakt. De som hade medicinering utgjorde 46 % av hela Grupp 1 och de som hade läkarkontakt en tredjedel medan de som fick psykiatrisk omvårdnad var ännu färre, 10 %. Av dem som hade insatser bedömdes de flesta ha insatsen ”helt” inom respektive insatsområde. Exempel på annan insats

är missbruksvård, neuropsykiatrisk utredning – CNP och sjukgymnastik. Under rubriken annan insats nämns också psykoterapi i 7 fall och telefonkontakt – prata av sig i 1 fall, något som rimligen borde ligga under samtalsstöd/krisstöd. Under antagandet att dessa inte ingår i dem som tagits upp under samtalsstöd/krisstöd så omfattar den insatsen 72 personer och 16 % av hela gruppen.

TABELL 7. TILLGODOSEDDA BEHOV BETRÄFFANDE INSATSER FRÅN PSYKIATRIN AV DEM SOM RAPPORTERATS HA NÅGON INSATS (%)

Insats	Helt	Delvis	Ej
Medicinbehov (n = 188)	87	10	3
Läkarbehov (n = 133)	85	14	1
Behov av psykiatrisk omvårdnad (n = 39)	77	20	3
Behov av stödkontakt (n = 79)	62	30	8
Behov av social rehabilitering (n = 37)	54	41	5
Behov av samtalsstöd/krisstöd (n = 65)	51	38	11
Behov av annan (n = 21)	43	24	33

Not. Ett visst bortfall föreligger mellan antalet med insatser enligt tabell 6 och de som anges i tabell 7 varför antalet som procenten är beräknad på anges för varje kategori.

Medicinbehov och läkarbehov ansågs i hög grad tillgodosedda (tabell 7) av dem som hade sådana insatser medan social rehabilitering och behov av samtalsstöd/krisstöd endast var helt tillgodosett i 54 % respektive 51 %. Beträffande insatserna stödkontakt, samtalsstöd/krisstöd och behov av annan insats fanns ett antal personer (6-7) där behovet ej var tillgodosett.

På frågan om behov av ytterligare stöd beträffande psykiatrisatser bedömdes 25 % av 204 personer ha behov av mer stöd medan resterande inte behövde något mer stöd. Som exempel på behov av ytterligare stöd nämns vanligtvis boende och boendestöd, sysselsättning samt i flera fall kontakt/stödperson.

Psykiatripersonalens bedömning av behov av ökad kunskap och samverkan

Beträffande behov av mer stöd eller kunskap svarade 18 % av 108 avgivna svar att man hade behov av ökat stöd/kunskap. Av 238 svar ansåg 61 % att det finns samverkan mellan myndigheter och i 82 % av 68 svar ansåg man att samverkan förbättrats till förmån för patienten. Beträffande den sista frågan bör man observera att det var relativt få svar.

KOMMUNALA INSATSER

TABELL 8. KOMMUNALA INSATSER, ANTAL OCH ANDEL (%) AV HELA SVARSGRUPPEN

Insats	Ja	Andel av Grupp1 ^a
Kommunal hälso- och sjukvård	148	33
Stöd i eget boende	104	23
Tillsyn, telefonsamtal eller besök	100	22
Sysselsättning, kravlös	95	21
Kontaktperson	73	16
Annan insats	59	13
Mat - tjänst	53	12
Arbetsrehabilitering, målinriktad	51	11
Särskilt boende	31	7
Ledsagarservice	26	6
Ekonomiskt bistånd	25	6
Trygghetslarm	22	5
Personlig assistans	2	-

^aN = 454

Den insats som flest personer i gruppen hade (tabell 8) var kommunal hälso- och sjukvård, näst vanligast var stöd i eget boende och på tredje plats tillsyn, telefonsamtal eller besök. Beträffande sysselsättning hade 21 % kravlös sysselsättning och 11 % målinriktad arbetsrehabilitering som kommunal insats. Utifrån detta skulle 146 personer befinna sig i någon form av sysselsättning (95 + 51 i tabell 8). En närmare analys visade dock att både insatsen kravlös sysselsättning och insatsen målinriktad arbetsrehabilitering kunde vara ikryssad för samma person (bl.a uppgifter från Mica i Östersund), något som gällde 39 personer. Om man korregerar för denna överlappning var det totalt 107 personer i någon form av kommunal sysselsättning, vilket utgör 24 % av hela gruppen och 28 % av de 375 som var i arbetsför ålder (18 – 64 år). Den minst vanliga insatsen var personlig assistans, endast två personer hade detta, något som är förväntat utifrån kriterierna i LASS.

TABELL 9. TILGODOSEDDA BEHOV BETRÄFFANDE KOMMUNALA INSATSER FÖR DEM SOM RAPPORTERATS HA NÅGON INSATS (%)

Insats	Helt	Delvis	Ej
Personlig assistans (n = 2)	100	-	-
Behov av arbetsrehabilitering, målinriktad (n = 43)	96	4	-
Behov av sysselsättning, kravlös (n = 87)	77	20	3
Behov av särskilt boende (n = 26)	73	27	-
Trygghetslarm (n = 17)	71	29	-
Kommunal hälso- och sjukvård (n = 107)	67	32	1
Mat-tjänst (n = 41)	66	34	-
Ekonomiskt bistånd (n = 20)	65	30	5
Kontaktperson (n = 58)	54	36	10
Behov av stöd i eget boende (n = 85)	52	48	-
Tillsyn, telefonsamtal eller besök (n = 88)	48	50	2
Annan insats (n = 19)	42	26	32
Ledsagarservice (n = 22)	36	64	-

Not. Ett visst bortfall föreligger mellan antalet med insatser enligt tabell 8 och de som anges i tabell 9 varför antalet som procenten är beräknad på anges för varje kategori.

Behov av stöd i eget boende, tillsyn m.m., kommunal hälso- och sjukvård samt kontaktperson var, om man ser till de största svarsgrupperna (tabell 9), områden där ytterligare insatser skulle behövas för att helt tillfredsställa behoven.

I svaren på frågan om behov av ytterligare stöd ansågs behovet för många personer som stort, av 211 svar svarade 56 % ja på denna fråga.

De kommunala insatsgivarnas syn på vad som kan bli bättre

Från IFO (14 svar) handlade svaren om bl.a. anpassad sysselsättning, info/kunskap om sjukdomen och att personen tar emot erbjudet stöd.

De kommunala distriktssköterskorna (51 svar) tog upp behovet av bemötande – allmänna kunskaper om psykiskt sjuka, handledning och behov av annat boende och sysselsättning.

Uppgiftslämnarna från vård och omsorg (125 svar) tog upp problematiken att man inte tar emot stöd/avböjer insatser (detta fanns med i många svar), bemötande (ex.

aggressivt beteende), behov av fritidssysselsättning, handledning och mer kunskap om psykisk sjukdom.

Kommunala personalens bedömning av behov av ökad kunskap och samverkan

I kontrast mot psykiatripersonalen angavs i 62 % av de 213 svaren från den kommunala personalen behov av mer stöd eller kunskap. I 67 % (av 221 svar) svarade man att det finns samverkan mellan myndigheter och i 49 % (av 157 svar) ansåg man att samverkan förbättrats till förmån för patienten.

PRIMÄRVÅRD

Från primärvården förelåg totalt 15 enkätsvar (Ragunda 9, Östersund 5, Strömsund 1) varför dessa redovisas i löpande text. Samtal var noterat för 11 personer, provtagning för 8, depåmedicinering eller utlämnande av medicinering för 6 personer, läkarbesök för 12 personer, annan insats 4 personer. Behov av ytterligare insatser anges för 7 personer.

På frågan om saker som kan bli bättre tog man upp livskvalitet, neuroleptika, samverkan, socialt stöd och sysselsättning.

Beträffande personalens behov av ökat stöd/kunskap angavs i 3 av 9 svar att mer kunskap behövs medan 6 ansåg att inget behov föreligger.

Frågan om det finns samverkan besvarades med ”nej” i 11 av 12 svar och av de 7 svaren på frågan om samverkan hade förbättrats till förmån för patienten besvarades 5 med ”nej”.

FÖRSÄKRINGSKASSAN

Från försäkringskassan inkom totalt 8 svar (Åre 3, Östersund 2, Berg, Bräcke och Härjedalen 1 vardera) gällande grupp 1. För 1 person noterades att personen hade arbetslivsinriktad rehabilitering, för 3 personer personlig assistent och för 7 personer att de hade sjukersättning. För 4 personer angavs att de hade någon form av annan insats och för 1 att ytterligare stöd behövdes.

Beträffande behov av stöd för personal angavs detta behov i 1 svar, i 4 svar ansåg man att samverkan inte finns och i 2 av 2 svarade man nej på att samverkan lett till förbättringar för personen.

ARBETSFÖRMEDLING

Från arbetsförmedlingen inkom 8 svar (Östersund 7, Åre 1) gällande personer i grupp 1. Alla 8 hade också någon insats från arbetsförmedlingen. Ingen angavs ha offentligt skyddat arbete, starta eget, Af-samhall eller utbildning. För 4 personer angavs insatsen lönebidrag, för 5 personer Af-rehab och för 5 personer Af-annan. För 3 personer angavs behov av ytterligare stöd.

Beträffande behov av ökat stöd eller kunskap för personal var svaret nej i 6 fall. I 4 svar anges att samverkan finns och i 3 att samverkan inte finns. I 4 fall svarade man att samverkan förbättrats till förmån för patienten.

GRUPP 2

MYNDIGHETSKONTAKTER – INSATSER

Av de 329 som identifierats som hörande till grupp 2 hade 296 (90 %) insats från någon myndighet. De flesta (89 %) hade insatser från 1 myndighet (psykiatrin, kommunen, arbetsförmedlingen eller försäkringskassan) och 1 % insatser från 2 myndigheter (kommunen och arbetsförmedlingen).

TABELL 10. INSATSER FRÅN OLIKA MYNDIGHETER (N=329)

Myndighet	Antal	%
Någon form av insats från psykiatrin	1	0
Någon form av insats från kommunen	288	88
Någon form av insats från primärvården	0	0
Någon form av insats från försäkringskassan	6	2
Någon form av insats från arbetsförmedlingen	4	1

Av 288 som hade någon insats från kommunen (tabell 10) hade 3 också någon insats från arbetsförmedlingen medan de övriga inte hade några insatser från övriga myndigheter. Den person som rapporterats ha insats från psykiatrin hade ingen insats från övriga myndigheter. Av de 6 som hade insatser från försäkringskassan hade ingen någon insats från de övriga myndigheterna. Av de 4 som hade insatser från arbetsförmedlingen hade 3 också insats från kommunen men inte någon insats

från övriga myndigheter. Från primärvården fanns inga rapporterade insatser för någon person i denna grupp.

Könsfördelningen hos dem som hade insatser följde i stort könsfördelningen för hela gruppen. Majoriteten av de som hade insatser (68 % eller mer) var i åldersgruppen 25 – 64 år.

BOENDE

TABELL 11. BOENDE I GRUPP 2

Boendeform	Antal	%
Egen bostad	217	68
Annat boende	43	13
Servicelägenhet	24	8
Gruppboende	19	6
Bor hos föräldrar	17	5
Totalt	320	100

Internt bortfall = 9

Två tredjedelar bodde i egen bostad enligt de inlämnade uppgifterna (tabell 11). Den närmast största gruppen var de som bodde i ”annat boende” exempelvis bostadslös eller Hvb-hem.

INSATSER FRÅN PSYKIATRIN

Enligt de inkomna uppgifterna hade mycket få i denna grupp insatser från psykiatrin. I de olika insatsalternativen angavs i allmänhet bara 1 person när det gäller medicinering, läkarkontakt och psykiatrisk omvårdnad. För de andra insatserna anges ingen person. Inga svar fanns gällande om behoven var tillgodosedda och beträffande behov av ytterligare stöd uppgavs att inget sådant behov förelåg. I 1 fall svarade man ”nej” på frågan om personalen behöver ökat stöd och i två fall ”nej” på frågan om det finns samverkan mellan myndigheter.

KOMMUNALA INSATSER

TABELL 12. KOMMUNALA INSATSER

Insats	Ja	Andel av Grupp 2 ^a
Kommunal hälso- och sjukvård	133	40
Ekonomiskt bistånd	100	30
Stöd i eget boende	91	28
Tillsyn, telefonsamtal eller besök	81	25
Annan insats	70	21
Sysselsättning, kravlös	56	17
Kontaktperson	55	17
Mat - tjänst	54	16
Särskilt boende	37	11
Arbetsrehabilitering, målinriktad	30	9
Trygghetslarm	26	8
Ledsagarservice	16	5
Personlig assistans	11	3

^aN = 329

De vanligaste kommunala insatserna var kommunal hälso- och sjukvård, ekonomiskt bistånd och stöd i eget boende (tabell 12). Även här förekom att en person kunde ha både sysselsättning kravlös och målinriktad arbetsrehabilitering (18 personer). Totalt 68 personer hade någon form av kommunal sysselsättning vilket utgör 21 % av hela gruppen och 27 % av de 254 personer som var i arbetsför ålder (18 – 64 år).

TABELL 13. TILLGODOSEDDA BEHOV BETRÄFFANDE KOMMUNALA INSATSER (%)

Insats	Helt	Delvis	Ej
Trygghetslarm (n = 21)	76	19	5
Behov av arbetsrehabilitering, målinriktad (n = 29)	76	17	7
Behov av särskilt boende (n = 28)	64	25	11
Mat - tjänst (n = 40)	63	37	-
Kontaktperson (n = 39)	61	31	8
Personlig assistans (n = 10)	60	40	-
Behov av sysselsättning, kravlös (n = 51)	60	36	4
Ledsagarservice (n = 14)	57	36	7
Ekonomiskt bistånd (n = 88)	53	44	3
Kommunal hälso- och sjukvård (n = 103)	50	41	9
Behov av stöd i eget boende (n = 81)	42	52	6
Tillsyn, telefonsamtal eller besök (n = 68)	41	54	5
Annan insats (n = 32)	34	44	22

Not. Ett visst bortfall föreligger mellan antalet med insatser enligt tabell 12 och de som anges i tabell 13 varför antalet som procenten är beräknad på anges för varje kategori.

De bäst tillgodosedda behoven (tabell 13) var trygghetslarm och målinriktad arbetsrehabilitering men gällde relativt små behovsgrupper. För de större behovsgrupperna (ekonomiskt bistånd, hälso- och sjukvård, behov av stöd i eget boende och tillsyn) var behoven i nära hälften av fallen bedömda som endast delvis uppfyllda, i några fall angavs också att behov finns men ej är uppfyllt.

Även för personerna i grupp 2 ansåg man från kommunerna behovet av ytterligare stöd som stort. För 74 % av 250 svar har man svarat ja på denna fråga.

De kommunala insatsgivarnas syn på vad som kan bli bättre

Från IFO (85 svar) tog man bl.a. upp träning och sysselsättning, behov av utredning inom psykiatrin, samtalskontakt och dubbeldiagnosproblematiken. Man hade rangordnat detta på följande sätt utifrån behov hos klienten och inte så mycket med hänsyn till sin egen yrkesgrupp:

1. Socialt stöd till klienten då denne är ensam, har ett tråkigt liv
2. Sysselsättning
3. Stöd från psykiatrin/behandling
4. Annat boende som kan vara bättre än det boende som är idag (kanske inte bra i eget boende?)
5. Behov av utredningar via psykiatrin

Kommunala distriktssköterskor (44 svar) tog upp behov av ökade kunskaper, mer utbildning – handledning bland annat i bemötande som skall ges till personalgrupper. Dessutom pekade man på behov av sysselsättning för brukarna.

Vård och omsorg (117 svar) tog upp utredningar och behov av stöd från psykiatrin, kunskap – förhållningssätt, handledning och sysselsättning rangordnat på följande sätt:

1. Utbildning - handledning ibland annat bemötande för personal. Hur ge stöd när inte brukaren tar emot?
2. Sysselsättning för brukaren

Kommunala personalens bedömning av behov av ökad kunskap och samverkan

Här angavs i 69 % av de 242 svaren från den kommunala personalen behov av mer stöd eller kunskap. I 53 % (av 228 svar) ansåg man att det finns samverkan mellan myndigheter och i hälften (av 123 svar) ansåg man att samverkan förbättrats till förmån för patienten.

PRIMÄRVÅRD

Inga svar förelåg från primärvården om personer som klassificerats hörande till grupp 2.

FÖRSÄKRINGSKASSAN

Från försäkringskassan hade 6 svar kommit in (5 Östersund, Bräcke 1) gällande denna grupp. I 6 svar angavs att personen har sjukersättning. Ingen av de inrapporterade hade insatsen arbetslivsinriktad rehabilitering, personlig assistent, rehabersättning eller var under utredning. I 3 svar angavs behov av ytterligare stöd för klienten medan 4 svar svarade nej på behov av ytterligare stöd för personal. I 5 svar angavs att det inte finns samverkan mellan myndigheter.

ARBETSFÖRMEDLINGEN

Från arbetsförmedlingen förelåg 4 svar (Krokom 2, Berg 1, Östersund 1). För 2 angavs insatsen skyddat arbete och 1 person utbildning. För 1 uppgavs insatsen afrehab och för 1 insatsen afannan. Behov av ytterligare stöd var noterat för 3 personer.

I de 4 svaren svarade man nej till att personalen har behov av ökat stöd eller kunskap och i 3 av svaren att det finns samverkan mellan myndigheter. I 2 av 3 svar svarade man ja på att samverkan förbättrats till förmån för klienten.

ORGANISATION AV ARBETET MED PSYKISKT FUNKTIONSHINDRADE I RESPEKTIVE KOMMUN

Under projektidens gång har också en kartläggning gjorts av hur arbetet med de psykiskt funktionshindrade är organiserat i länets kommuner. Följande redovisning bygger på egna lägesbeskrivningar från respektive kommun om organisation och verksamhet för de psykiskt funktionshindrade.

BERG

I Bergs kommun ligger ansvaret för psykiskt funktionshindrade under verksamhetsnämnden tillsammans med övrig kommunövergripande hälso- och sjukvård. Det finns en särskild verksamhet som kallas socialpsykiatri. I den enheten

arbetar en psykiatrisjuksköterska och två undersköterskor. De ger stöd till brukare och andra vårdgivare. Öppen verksamhet - mötesplats bedrivs 1 gång var 14:e dag.

BRÄCKE

I Bräcke kommun finns förslag om inrättande av tjänst som psykiatrisamordnare/sjuksköterska. Finansieringen skall ske via kommunen 50 % och primärvården 50 %. Målsättningen skall bland annat vara att utveckla boendestöd, sysselsättning och fritid till personer över 20 år med psykiska funktionshinder. Vidare att arbetet skall ske i team med representanter från primärvård, IFO, biståndshandläggare, LSS-handläggare och enhetschefer. Detta förslag om tjänst har funnits som förslag ett par års tid. Primärvården är dock inte beredd att vara med och finansiera det hela.

HÄRJEDALEN

Den verksamhet som finns i Härjedalens kommun är dels Ringengruppen som är en öppenpsykiatrisk verksamhet, samt kollektivboende Gråloken som är ett gemensamhetsboende. Organisatoriskt finns psykiatriverksamheten inom socialförvaltningens handikappomsorg under avdelningen för vård och omsorg. Daglig sysselsättning erbjuds i huvudsak från avdelningens arbete för arbete och aktivitet-Idamic. Under hösten -05 har ett arbete för tillskapande av en tydligare psykiatriorganisation i kommunen påbörjats. Detta arbete skulle vara klart i december-05. Arbetet i team skulle förbättras och en tjänst som psykiatrisamordnare i kommunen skulle tillsättas. Tyvärr har detta arbete försenats och idag är det osäkert omkring denna tjänst pga. kostnadsskäl. Med hjälp av landstingets psykosociala team, kommunens handläggare och det personliga ombudet som är verksamt i kommunen kan de komma i kontakt med nya brukare.

KROKOM

Krokoms grundläggande policy är att varje verksamhet äger och hanterar sin egen socialpsykiatri. Som stöd för detta finns en psykiatrisamordnare som har till huvuduppgift att stödja, samverka och samordna i frågeställningar som berör människor med psykiska funktionshinder. Varje verksamhet i kommunen arbetar utifrån respektive lagstiftning.

Kommunen har startat ett socialpsykiatriskt team. Teamet består av psykiatrisamordnare, psykiatrisjuksköterska och undersköterska med psykiatrikompetens. Det socialpsykiatriska teamets uppgift är att arbeta

uppsökande/förebyggande och samordnande över hela kommunen i syfte att möta psykiskt funktionshindrades behov. Samverkan sker via vårdplaneringar och via kommunförbund/landstingsförbund.

Önskemål finns att länets kommuner och landsting utvecklar ett nära samarbete t.ex. genom arbetsbyten och dialogträffar, utbyte och nyttjande av varandras olika kompetenser.

RAGUNDA

I Ragunda finns en psykiatrisjuksköterska anställd som arbetar framförallt med målgruppen psykiskt sjuka. I övrigt ansvarar varje enhet för sina ärenden. Någon särskild verksamhet - sysselsättning finns inte förutom det som finns inom den dagliga verksamheten/LSS.

STRÖMSUND

Den grupp som har de största behoven blir ofta aktuell inom båda förvaltningarna. Behoven kan handla om allt från behov av ekonomiskt bistånd till vård på institution för dubbeldiagnoser, hjälp i hemmet och bostad med särskild service. Under socialnämnden finns två förvaltningar, socialtjänstförvaltningen och vård och omsorgsförvaltningen. Sedan april 2006 finns en fristående biståndsenhet under socialnämnden som handlägger och beslutar om insatser som ska verkställas inom vård och omsorgsförvaltningen både när det gäller SoL och LSS. Biståndsenheten beslutar även om insatser enligt LSS som ska verkställas inom socialförvaltningen. Övrigt bistånd handläggs och beslutas av socialsekreterare inom socialförvaltningen.

Särskilda verksamheter/boende för personer med stort behov av stöd och service finns på Stenbiten och Strandgården. Personalgrupperna på dessa boenden stöttar även andra personer som bor i egna lägenheter. Inom dagverksamheten tar Landön emot personer som har stora psykiska funktionshinder. Beslut om insats fattas via Socialtjänstlagen eller LSS - lagen. Det finns även en öppen mötesplats (inget biståndsbeslut) för personer mellan 18-65 år och som har psykiska svårigheter (Växthuset).

Uppsökande verksamhet och informationsskyldighet ingår i förvaltningarnas skyldighet. Hemsida, broschyrer, hembesök av distriktssköterskor och via

Växthuset, om den enskilde accepterar detta, är något som också ingår i den uppsökande verksamheten.

ÅRE

I Åre arbetar varje område utifrån sitt ansvarsområde. Det finns inte någon speciell enhet som handhar psykiskt funktionshindrade. Enheten för hemvård/LSS tar sin del och IFO sin del. Det finns planer på att ha en särskild sjuksköterska för de personer som har LSS-insatser.

Dagverksamheten enligt LSS är den verksamhet som kan ta ett ansvar för dem som har ett behov av sysselsättning och har en psykiatrisk störning. Det som finns idag inom den verksamheten har inga andra beslut än LSS-beslut. Samarbete finns på Röda Korset - Kupan.

Det finns ingen speciell uppsökande verksamhet. Det utvecklingsarbete som är på gång är en psykiatriutbildning för viss personal inom hemvården. Vad gäller samverkan finns önskemål om mer samverkan med primärvården.

ÖSTERSUND

I Östersund omfattas de psykiskt funktionshindrade av insatser från Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden. Det finns ingen särskild verksamhet för de med psykisk ohälsa utan de handläggs i respektive nämnd. Verkställighet kan ske i särskilda verksamheter såsom gruppbofästäder och daglig verksamhet via Mica. Via Mica ger man daglig verksamhet enligt Socialtjänstlagen till 70 personer med psykiska funktionshinder. Därutöver finns personer som får daglig verksamhet på Mica enligt LSS.

I centrala staden finns en gruppbofästad med en personalgrupp som också fungerar som ett mobilt team, dvs. ger stöd enligt Socialtjänstlagen till cirka 15 personer med psykiska funktionshinder i närområdet.

Uppsökande verksamhet ingår i uppdraget till enheterna och hos handläggare som handlar om informationsskyldighet. Utvecklingsarbetet består nu av projekt via de statliga pengar "Miltonpengarna" som beviljats. Samverkan finns med psykiatrin vad gäller fritidsverksamhet vilket innebär att psykiatrin och kommunen delar på en tjänst som fritidsledare. Kontoret finns på Kyrkgatan 2.

PERSONLIGA OMBUDENS VERKSAMHET

Vi har valt att redovisa uppgifter på klienter som Personliga Ombuden har kontakt med i kommunerna. Personliga Ombud vänder sig till dem som har ett långvarigt och omfattande psykiskt funktionshinder och som har komplexa behov av vård, stöd och service. De arbetar på uppdrag av klienten och fungerar som brobyggare mellan individ och samhälle. Ombuden har organisatoriskt tidigare tillhört Vård och omsorgsförvaltningen i Östersunds kommun men är numer lagda under ett länsövergripande samordningsförbund (J-SAM) med uppdraget att utveckla samhällsstödet för personer med psykiska funktionshinder.

Enligt statistik inlämnade från Personliga Ombuden arbetar man (hösten 2005) gentemot följande antal klienter i respektive kommun:

Berg/Härjedalen 12 klienter

Strömsund 11

Krokom 3

Bräcke 5

Åre 4

Östersund 19

Ragunda 3

4. RESULTAT – INTERVJUSTUDIEN

I detta resultatavsnitt kommer, där så är tillämpligt, att göras jämförelser med den livskvalitetsundersökning som genomfördes tidigare i länet (Bergstedt & Jonsson, 1999). Den refereras då som ”undersökningen 1999”.

De intervjuade har inte alltid svarat på alla frågor, därför har antalet svarande angetts i text och tabeller där det förekommer avvikelser från totalantalet 56 svarande.

URVAL OCH BESKRIVNING AV INTERVJUGRUPP

Fördelning över urval och genomförda intervjuer ges i tabell 14.

TABELL 14. URVAL OCH GENOMFÖRDA INTERVJUER I RESPEKTIVE KOMMUN

Kommun	Totalt	Urval	%	Antal intervjuade	%
Berg	40	15	38	5	33
Bräcke	17	8	47	2	25
Härjedalen	28	13	46	1	8
Krokom	32	16	50	7	44
Ragunda	37	10	28	8	80
Strömsund	50	22	44	4	18
Åre	18	9	50	5	56
Östersund	231	76	33	24	32
Totalt	453	169	37	56	33

För att gardera mot den förhöjda risken för bortfall var ambitionen att göra ett 40 % -igt urval, något högre i kommuner med lågt antal personer och något lägre i kommuner med större antal. Urvalet gjordes med hjälp av SPSS och utgjorde totalt 37 % av de identifierade i grupp 1. Som nämnts tidigare under metodavsnittet

upptäcktes vid de initiala kontakterna för intervjuerna att ett antal personer (n = 13) tillhörde gruppen förståndshandikappade och inte skulle vara inkluderade i undersökningarna. Dessa visade sig efter en ytterligare genomgång höra till Östersunds kommun vilket innebar att det ursprungliga urvalet för Östersund kom att byggas på ett felaktiga utgångsvärde. I tabell 1 har därför urvalet för Östersund minskats med det faktiska antalet med förståndshandikapp som kom med i urvalet (n = 6) vilket innebar ett urval på 76 personer (33 %).

Man kan alltså konstatera att svarsfrekvensen totalt sett blev mycket låg även om den var god till acceptabel i några kommuner (Ragunda, Åre och i viss mån Krokomb). Vanliga orsaker till icke deltagande var att man helt enkelt tackade nej, var inlagd på sjukhus eller inte gick att nå p.g.a. flyttning/okänd adress. I något fall hade även utvald person avlidit i perioden mellan den initiala insamlingen av uppgifter och kontakt inför intervju.

Könsfördelningen i den intervjuade gruppen var 25 kvinnor (45 %) och 31 män (55 %). Trots det relativt stora bortfallet är könsfördelningen i princip densamma som i den inventerade gruppen (Grupp 1). Medelåldern var 50.9 år för kvinnor och 50.1 år för män vilket också är ungefär densamma som fördelningen i den inventerade gruppen. Fördelningen Östersund – övriga kommuner är 43 % i Östersund och 57 % i de övriga kommunerna vilket skiljer sig något från inventeringsgruppen där 52 % bodde i Östersund vilket innebär att något färre personer relativt sett godkände att delta i intervjuer i Östersund. Skillnaden är dock inte signifikant.

Medelålder för avslutad skolgång var 16.9 år (ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan könen). Ingen skillnad gentemot undersökningen 1999 där medelåldern var 16 år.

Alla utom 1 (invandrare Europa) hade svensk etnisk tillhörighet. Majoriteten (70 %) uppgav sin religionstillhörighet som protestantisk, 1 person var Romersk-katolik, 4 uppgav ”annan” och 12 (21 %) att de inte har någon religionstillhörighet. Deltagit i gudstjänst eller religiösa möten (1 eller flera) den senaste månaden hade 10 personer gjort (n = 54). Tillfredsställelse med sin religiösa tro var 5.0 (n = 48) och med hur ofta man deltog i religiösa möten var 4.3 (n = 39). Totalt var tillfredsställelsen (TS) med religion 4.7 (sjugradig skala).

BOENDE

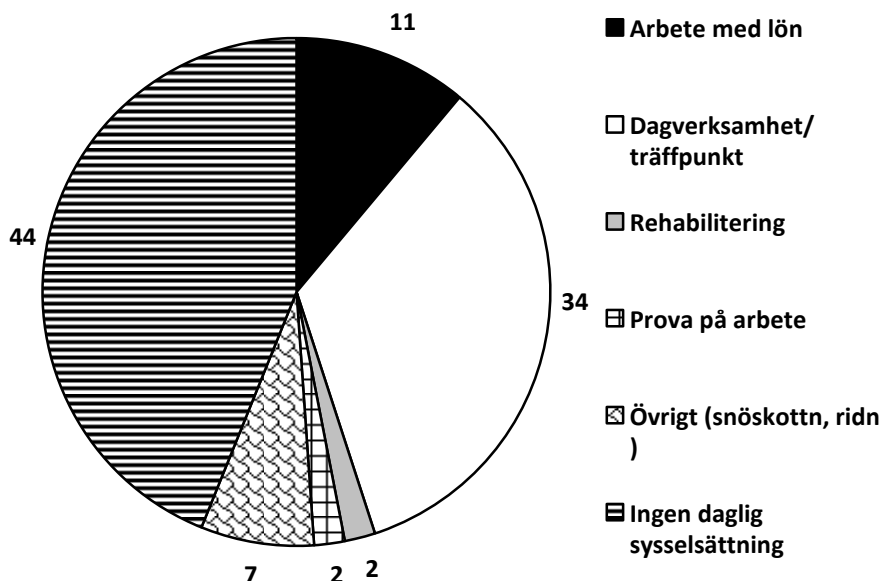
TABELL 15. BOENDE FÖR DELTAGARNA I INTERVJUGRUPPEN (N = 56/51)

Boende	Antal	%	% 1999
Lägenhet	36	64	56
Villa	10	18	10
Annat	4	7	--
Gruppboende	3	5	18
Eget skyddat boende	2	4	8
Sjukhusavdelning	1	2	2

Majoriteten bodde i lägenhet (tabell 15). Hälften av personerna uppgav att de under senaste året velat flytta eller förbättra sitt boende men inte kunnat. I genomsnitt hade man bott drygt 11 år (median 6.5 år) i sin bostad. De som bodde ensamma var 70 % medan 24 % uppgav att de bodde med 1 annan person och 6 % bodde med 2 andra personer. Jämfört med den tidigare undersökningen bodde en högre andel i nuvarande undersökning i lägenhet och villa men relativt färre i gruppboende.

Tillfredsställelse (TS) totalt med sin boendesituation var uppdelat på 7 komponenter med respektive medelvärde: boendesituation = 4.7; graden av oberoende = 5.0 (n = 52); inflytande över boendet = 5.3 (n = 53); att bo med dem man gör nu = 4.9 (n = 16); hur mycket privatliv man har i sitt boende = 5.5 (n = 52); att man skall leva i boendet lång tid framåt = 4.8 (n = 53); tanken på att återvända till ett psykiatriskt sjukhus (om det skulle bli aktuellt) = 1.8 (n = 47). Totalt blev medelvärdet 4.6.

ARBETE/SYSSELSÄTTNING



FIGUR 3. ARBETE OCH SYSSELSÄTTNING, % (N = 56)

Att man hade arbete med lön uppgavs av 6 personer (11 %), 18 personer fanns i dagverksamhet av typ MICA eller i träffpunktsverksamhet (figur 3). Nära hälften (44 %) hade ingen daglig sysselsättning. Åldern på de med och utan sysselsättning skiljde sig något åt, 54,0 år respektive 47,6 år, där de med sysselsättning alltså var något yngre. Skillnaden i ålder var dock inte statistiskt signifikant. Av dem som uppgivit någon yrkesbakgrund (8 st) nämns bl.a. byggarbetsledare, servicetekniker, träindustriarbetare och undersköterska. På frågan hur många timmar man arbetade per vecka hade 20 personer svarat och uppgav från 2 timmar i veckan till 48 timmar (medelvärde 20,5 timmar). Svaren här inkluderade även deltagande i annan form av daglig sysselsättning. Att man skulle vilja arbeta mer än man gör idag uppgavs av 5 personer.

De 6 personer som hade uppgivit att de hade arbete med lön har uppgett en bruttolön på mellan 500 och 25 000 kr i månaden. Uppgifterna här är dock tämligen osäkra beträffande om man avsett den aktuella situationen eller lönenivå som man ev. haft tidigare i livet.

TS med att inte ha ett arbete eller vara pensionerad = 4.5 (n = 40)

TS de som arbetar = 5.4 (arbete) + 4.8 (lön) = 5.1 (n = 5)

TS med att ha annan sysselsättning 5.1 (n = 16)

TS totalt med arbete/sysselsättningsituationen = 4.7.

En följdfråga till dem som inte hade ett arbete var vad som hindrade dem från att ha ett arbete. Denna fråga var inte med i undersökningen 1999. En majoritet svarade här att det berodde på hälsan psykiskt eller fysiskt t.ex. att man inte orkade på grund av sin sjukdom. Några andra svar tog upp osäkerhet, att man inte skulle klara det pga. stress, utbildning, eller att man inte känner rätta livsglädjen. Ytterligare några hänvisade till att de var ålderspensionärer.

FRITIDSAKTIVITETER

TABELL 16. DELTAGANDE I FRITIDSAKTIVITETER, ANDEL "JA" SVAR (N = 56)

Aktivitet	%
Deltagit i eller varit åskådare till något sportevenemang	30
Varit ute och handlat	91
Åkt med buss, bil, tåg eller annat förutom till arbetet	80
Tittat på TV eller lyssnat på radio	95
Har det under året hänt att du skulle velat delta i fler fritidsaktiviteter men inte kunnat?	50

De flesta hade varit ute och handlat och lyssnat på radio medan färre varit på något sportevenemang (tabell 16). Tillfredsställelse med det man gjorde hemma var 4.8, det man gjorde utanför hemmet var 4.7 och med att se på TV eller lyssna på radio var 5.0 (n = 54). Totalt var medelvärdet för tillfredsställelsen med fritiden 4.8.

EKONOMI

Majoriteten av dem som svarat på denna fråga (n = 47) uppgav inkomster mellan 3 500 kr – 15 000 med ett extremvärde på 31 000 kr inklusive alla bidrag, pension etc. Medelinkomsten var 9 805 kr (median 9 000 kr). Avslag på ansökan om ekonomiska bidrag under det senaste året hade förekommit för 10 personer (18 %). Beträffande hur mycket mer pengar man behöver per vecka för att leva det liv man önskar angavs mellan 0 kr – 20 000 (n = 52) kr med ett medelvärde på 1 809 kr (median 750 kr). Över hälften (66 %) svarade att det hänt det senaste året att de inte har haft pengar nog för att kunna känna glädje över vardagen.

Medelvärde av tillfredsställelse med den ekonomiska situationen som helhet och den summa man hade att använda till nöjen och fritidsaktiviteter (n = 56 respektive 52) var 3.7.

JURIDISKA FÖRHÅLLANDEN OCH PERSONLIG SÄKERHET

Mycket få, (n = 2) hade under det senaste året blivit anklagade för något brott medan 8 personer (14 %) hade blivit angripen, slagen, misshandlad eller på något annat sätt utsatt för våld. Detta är en högre andel än i undersökningen 1999 där 5 % svarade ja på denna fråga. Ett antal (n = 5) hade också under året velat få hjälp från polisen eller rättslig hjälp men inte kunnat få det.

Tillfredsställelse med den personliga säkerheten var 4.8 (n = 56) och med säkerheten i grannskapet var 5.0 (n = 53), totalt medelvärde 4.9.

FAMILJEFÖRHÅLLANDEN

Sex personer (11 %) uppgav att de var gifta. Övriga var vid intervjutillfället ensamstående, 16 % hade tidigare levt med en partner (var skilda eller änka/änkling). Majoriteten (64 %) hade inga barn. Kontakt med någon släkting hade 75 % dagligen eller varje vecka och 32 % uppgav att de under det senaste året skulle ha velat delta i familjeaktiviteter men inte kunnat.

Tillfredsställelse med sina familjerelationer: familjesituationen i allmänhet = 4.8 (n = 55), hur mycket man har kontakt med släktingar = 4.7 (n = 49); äktenskapet, om aktuellt = 5.4 (n = 7). Totalt blev medelvärdet 4.8.

SOCIALT NÄTVERK

TABELL 17. SOCIALT NÄTVERK, ANDEL "JA" SVAR (N = 56)

Fråga	%
Skulle du vilja säga att du är en person som klarar sig utan vänner	27
Har du någon som du skulle kunna kalla en "nära vän" (dvs någon som känner dig mycket väl)	73
Har du en vän som du skulle kunna vända dig till för att be om hjälp om du behöver det	70
Har du under den senaste veckan hälsat på någon vän	46

Majoriteten, 70 % eller mer uppgav att de hade en nära vän (tabell 17) och att de hade en vän som de kunde vända sig till för att be om hjälp vid behov. En fjärdedel ansåg att de är en person som klarar sig utan vänner.

TS med socialt nätverk: hur man kommer överens med andra människor = 5.1; antalet vänner man har = 4.5 (n=55). Totalt blir medelvärdet 4.8.

HÄLSA

TABELL 18. HÄLSA OCH SJUKVÅRDSUTNYTTJANDE, ANDEL "JA" SVAR (N = 56)

Fråga	%
Under det senaste året varit hos doktorn på grund av fysisk (somatisk) sjukdom	63
Under det senaste året varit hos doktorn på grund av psykiska problem	38
Under det senaste året varit inlagd på sjukhus på grund av psykiska problem	23
Använder medicin på grund av psykiska problem	82
Har något fysiskt handikapp som påverkar rörelseförmågan	39
Under det senaste året velat få hjälp av läkare eller annan sjukvårdspersonal men inte kunnat få det	32

I genomsnitt var personerna 25-26 år när de första gången blev inlagda på psykiatriskt sjukhus (n = 51). Användning av sjukvården (besök hos doktorn) gällde oftare somatiska än psykiska problem (tabell 18) även om den stora majoriteten använde medicin på grund av psykiska problem. Nära 40 % uppgav också att de hade ett fysiskt handikapp som påverkade rörelseförmågan.

Tillfredsställelse med hälsa: allmänt hälsotillstånd 4.2 (n = 55); hur ofta man träffar en doktor 4.9 (n = 49); den psykiska hälsan 4.3 (n = 54), totalt 4.5.

Något fler hade sökt läkare för somatiska problem än i undersökningen 1999 (46 %) medan färre hade besökt doktorn för psykiska problem (50 %, 1999). Färre hade också varit inlagda på grund av psykiska problem (32 %, 1999) men fler uppgav att de velat få hjälp av läkare eller annan sjukvårdspersonal (22 % 1999).

TABELL 19. KÄNSLOUPPLEVELSE, ANDEL "JA" SVAR (N = 56/51), %

Fråga	2005	1999
Har du under senaste månaden känt		
.. dig nöjd med att du lyckats med något	77	76
.. dig nöjd med att du haft medgång	70	76
.. dig stolt för att någon berömt dej för något du gjort	63	58
.. dig speciellt upptagen eller intresserad av något	55	48
.. att du mår toppen	54	66
.. dig för rastlös för att kunna sitta stilla i en stol	45	48
.. dig uttråkad	57	44
.. dig deprimerad eller olycklig	54	47
.. dig mycket ensam eller isolerad från andra människor	45	48
.. dig upprörd för att någon kritiserat dej	38	24

Svaren på frågorna om känsloupplevelse visade ett likartat mönster med svaren från 1999 (Tabell 19). Något fler kände att de haft medgång och att de mårde toppen 1999 medan något fler upplevde stolthet eller var speciellt intresserade av något 2005. På den negativa sidan var det fler som upplevde sig uttråkad, deprimerad eller upprörd för kritik 2004. Totalt sett var dock affektbalansen positiv, dvs. det förelåg en övervikt för positiva känslor. Skillnaden mellan medelvärdet för de positiva affekterna (3,17) och de negativa känslorna (2,37) var signifikant, $p = .007$.

SJÄLVBILD

TABELL 20. SJÄLVBILD, ANDEL "JA" SVAR, (N = 56/51), %

Påstående	2005	1999
Du känner att du är en värdefull person, åtminstone lika värdefull som andra	77	78
Du känner att du har många goda egenskaper	82	84
Som helhet känner du dig misslyckad	16	26
Du kan göra saker lika bra som andra	71	64
Du känner att du inte har mycket att vara stolt över	21	50
Du har en positiv inställning till dig själv	66	80
Du är i stort sett nöjd med dig själv	73	78
Du önskar att du hade mer självrespekt	52	46
Du känner dig då och då helt värdelös	41	46
Du känner då och då att du inte duger någonting till	39	46

Beträffande självbilden (tabell 20) var det återigen ganska stora likheter mellan de bägge undersökningarna. Största skillnaderna är att färre kände att de inte hade mycket att vara stolt över, och färre som kände sig misslyckade 2005. Däremot var det också färre som hade en positiv inställning till sig själv 2005. Liksom för känsloupplevelsen övervägde de påståenden som speglar en positiv självbild. Medelvärdespoängen för positiv självkänsla (3.7) var signifikant högre än poängen för negativ självkänsla (1.7), $p = .000$.

ALLMÄNT VÄLBEFINNANDE OCH LIVSKVALITET

De flesta i undersökningen var relativt nöjda med sitt liv. Den funktionshindrede själv ombads att på en stege (Cantrils stege) markera en bedömning av sin livssituation där 0 representerade sämsta tänkbara och 100 bästa tänkbara livssituation. Medelvärdet för undersökningsgruppen var 53.9. Intervjuarnas skattning ($n = 54$) av de funktionshindrades livssituation (0 – 100) stämde väl överens med detta, medelvärdet för deras skattningar var 54.9. Den globala livskvaliteten som är medelvärdet av frågorna: Hur bedömer du ditt liv just nu? och Vad du tycker om ditt liv som helhet?($n = 56$ respektive 53) var 4.4.

TABELL 21. SKATTNING AV HUR LYCKLIGT LIVET SOM HELHET VARIT (N = 56)

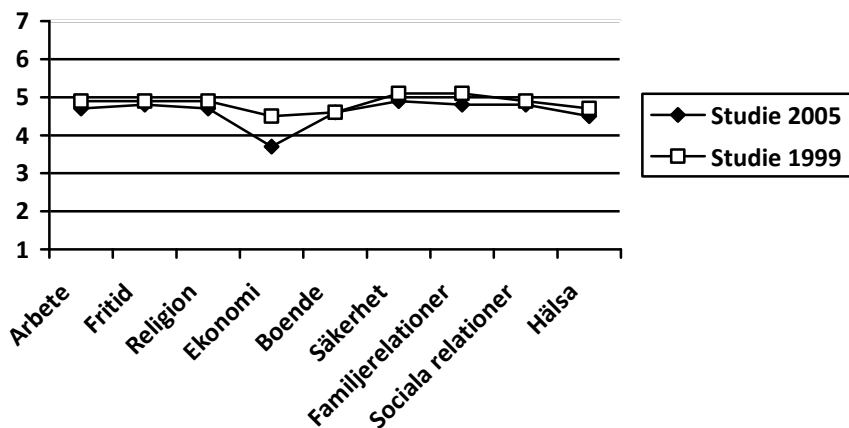
	2005	1999
	%	%
Mycket lyckligt	4	18
Ganska lyckligt	59	52
Inte lyckligt	13	15
Vet inte	25	15

Över 63 % skattade att livet hade varit mycket lyckligt eller ganska lyckligt år 2005 vilket är något lägre än 1999 då andelen var 70 % (tabell 21). Skillnaden i fördelning är nära men dock inte statistiskt signifikant (Chi-två test, $p = .065$).

NÅGOT SOM KAN FÖRBÄTTRA LIVSKVALITETEN

Personerna ombads att nämna 3 saker som skulle förbättra deras livskvalitet. Exempel på det som tagit upp i intervjuerna var (ej rangordnat): arbete, att bli frisk, mera pengar, träffa en partner, ha någon som man har förtroende för, resor, större lägenhet.

LIVSKVALITETSPROFIL



FIGUR 4. LIVSKVALITET I 9 OMRÅDEN. JÄMFÖRELSE MELLAN STUDIEN 2005 (N = 56) OCH STUDIEN 1999 (N = 51). MEDELVÄRDEN AV SKATTNINGAR I 7 GRADIG SKALA

Medelvärdena för de olika livskvalitetsområdena ligger i huvudsak mellan 4 och 5 på skalan och skillnaderna mellan grupperna är små då kurvorna följer varandra (figur 4). Det område som fick lägst skattning i båda studierna var ekonomin. Här skattade sig undersökningsgruppen 2005 tydligt lägre än de som intervjuades 1999. Den totala livskvaliteten (medelvärdet av de 9 områdena i figur 3) fick värdet 4.7 vilket kan jämföras med 4.8 i den tidigare undersökningen.

5. SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Undersökningen har utifrån sitt syfte om kartläggning av personer med psykiskt funktionshinder och deras behov gett information om ett stort antal individer. Uppgifter om 75 % av det förväntade antalet med diagnos (i rapporten kallad Grupp 1) har inkommit. Dessa personer är i huvudsak rapporterade från psykiatri och socialtjänsten. Av de inrapporterade i Grupp 1 var drygt en tredjedel inrapporterade av psykiatri eller annan myndighet men ej av kommunerna. Detta kan tolkas som att dessa personer och deras behov inte var kända hos kommunerna vid inventeringstillfället. Utöver de rapporterade i Grupp 1 har också uppgifter om 329 personer som av handläggare bedömts ha sådana problem att de hör till målgruppen/har liknande behov (i rapporten kallade Grupp 2) men där vi inte kunnat verifiera diagnos eller kontakter med psykiatri, kommit in. Dessa personer är i huvudsak rapporterade från socialtjänsten. Man kan mycket väl tänka sig att med fördjupade utredningsmöjligheter så skulle ytterligare ett antal ur Grupp 2 kunnat visa sig höra till grupp 1 och att man därigenom skulle komma närmare det förväntade värdet. Utifrån detta syfte kan man konstatera att kartläggningen fungerat väl. Dock har svårigheterna att få in uppgifter från primärvård, försäkringskassa och arbetsförmedling inneburit att det fortfarande finns ett stort mörkertal beträffande antalet personer samt att det inte gått att ge en fullständig bild av de identifierade personernas myndighetskontakter, behov och insatser. De metodiska problemen kring detta belyses nedan i avsnittet ”Metoddiskussion”.

I intervjuundersökningen om livskvalitet har vi trots ett högt (delvis förväntat) bortfall fått en fördjupad bild av målgruppens behov och syn på sina livsförhållanden.

Sammantaget bör rapporten i dessa avseenden, inte minst utifrån informationen om Grupp 2, ge ett bra planeringsunderlag för utveckling av verksamheter och uppsökande arbete. Den pekar också på många av de problemområden som tagits upp i den nationella tillsynsrapporten och det som diskuteras i den Nationella psykiatrisamordningen.

Beträffande syftet om utvecklande av uppsökande verksamhet har inte projektet tidsmässigt kunnat arbeta direkt med denna fråga utom, i viss mån, i intervjudelen. Former och modeller för uppsökande arbete har dock diskuterats en hel del i projektgruppen och några förslag tas upp i avsnittet ”Förslag till åtgärder och fortsatt arbete”.

Identifiering av gråzoner och samarbete kommun – psykiatri samt övriga myndigheter belyses i den följande diskussionen.

Syftet om möjligheter till kommunvisa jämförelser kommer främst att ske genom att svaren på de ingående frågorna i myndighetsenkäterna presenteras kommun för kommun i en särskild tabellbilaga som kommer att finnas på FoU – Jämts hemsida. I huvudrapporten tas endast undantagsvis skillnader mellan kommunerna upp. Beträffande livskvalitetsundersökningen är det totala antalet svarande för lågt för att det ska gå göra meningsfulla jämförelser mellan kommunerna. Dock går data att ta fram även här för den kommun som särskilt vill det.

DEFINITION AV MÅLGRUPPEN

Det har i inledningen konstaterats att målgruppen i stort är jämställd med vad som i tidigare utredningar betecknats som psykiskt långtidssjuka. Vi valde att använda den definition som Socialstyrelsen (1999) angett. Definitionen som sådan är dock till vissa delar öppen för olika tolkningar t.ex. gränsdragning gentemot LSS personkrets beträffande personer med lindrigt förståndshandikapp med psykiska pålagringar och gruppen med neuropsykiatriska störningar, t.ex. Aspergers syndrom. Den grupp som vi betecknat som Grupp 2 visar på ytterligare problem där man som handläggare kan uppleva att personen uppfyller den problembild som ges i definitionen (och därmed troligen likartade behov av insatser) men där t.ex. ingen formell diagnos finns. Ett arbete har pågått för att utveckla en gemensam definition av psykiskt funktionshinder (Markström och Sandlund i Psykiatrisamordning, 2006). Markström och Sandlund framhåller att när samhället vill uppmärksamma en viss grupp måste denna grupp kunna definieras på ett rimligt sätt och att medicinska diagnoser ofta är otillräckliga när det gäller att beskriva hur man fungerar i en viss situation och liksom att påvisa vilka behov av stöd som kan behövas från samhället. De anger också i diskussionen kring detta att

man idag bör kunna innefatta personer med neuropsykiatriska funktionshinder (Aspergers syndrom och övriga autismspektrumstörningar i de fall där personen inte lider av påtaglig utvecklingsstörning) bl.a. genom att diagnostiken här har förbättrats på senare år. Det förslag till definition som de arbetat fram och skall vara Nationell psykiatrisamordnings definition är följande (Nationell psykiatrisamordning, 2006:5, s. 6):

En person har ett psykiskt funktionshinder om hon/han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.

I definitionen har man också utgått från kriterier om delaktighetsinskränkningar och aktivitetsbegränsningarna i WHO's klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF (ICF, 2003).

På Nationell psykiatrisamordnings hemsida (www.sou.gov.se/psykiatri) och i en delrapport (Nationell Psykiatrisamordning, 2006:5) diskuteras och ges exempel på tillämpningen av denna definition. Vårt arbete med kartläggningen påbörjades innan denna definition blivit formulerad men i våra diskussioner har vi också valt att inkludera personer med Aspergers syndrom men däremot ej tagit med personer med utvecklingsstörning eller demens. På detta sätt har vårt arbete varit "up to date" med denna nya definitionsformulering. Definitionen är kanske inte så problematisk beträffande de som redan har en diagnos inom området. Det stora problemet vi kan peka på är Grupp 2. Kravet att svårigheterna skall vara en konsekvens av psykisk störning ställer i slutändan stora krav på att någon (rimligen psykiatri) skall kunna fastställa detta med åtföljande krav på utredningsresurser etc. Socialarbetare eller LSS-handläggare inom kommunerna kan inte rimligtvis förväntas ha denna kompetens.

BOENDE

Den övervägande andelen i båda grupperna bodde i egen bostad medan andelen i gruppboende var dubbelt så hög i Grupp 1. Andelen som bodde hos föräldrar var lika stor medan annat boende (stödlägenhet, bostadslös, Hvb-hem) var högre i Grupp 2. Fördelningen i eget boende, gruppboende, boende hos föräldrar var

relativt lika den av Rosenberg (2001) redovisade fördelning av boende redovisade från socialpsykiatrin i Sundsvall. Något olika definitioner av boendeformerna gruppboende/servicelägenhet/stödlägenhet kan vara upphov till några av skillnaderna mellan grupperna. Boendefördelningen visar en skillnad i lägre andel av eget boende gentemot uppgifterna om dem som blivit intervjuade i livskvalitetsundersökningen. Skillnaden kan troligen förklaras av det frivilliga urvalet till intervjuundersökningen. För Grupp 2 fanns ett mindre bortfall beträffande boendeform men detta bortfall är klart bekymmersamt beträffande personerna i Grupp 1. Här saknas uppgifter om boende för 76 personer (17 %) av gruppen. En rimlig uppskattning kan vara att boendet liknar dem som det finns uppgift om men det kan också röra sig om en t.ex. högre andel bostadslösa eller annat boende.

Hur har dessa personer det i sitt boende? En knapp fjärdedel i Grupp 1 har kommunalt stöd i eget boende och lika stor andel har tillsyn, telefonsamtal eller besök, ledsagarservice eller kontaktperson. Från psykiatrin kan man ha stödkontakt. Bland dem som bedömts ha behov av sådana insatser är bedömningarna i enkäterna att behoven är helt eller delvis uppfyllda i mycket hög grad. Man kan dock observera att i genomsnitt anges behoven delvis uppfyllda för ca 30 % vilket alltså indikerar att mer insatser kan göras för dessa personer. I grupp 2 är behoven av de tidigare nämnda insatserna (ej stödkontakt från psykiatrin) uppfylld i något lägre grad, delvis i ca hälften av fallen. En viktig fråga, som inte inventeringen kan svara på, är hur det ser ut för den grupp som inte har någon insats relaterat till boendet från kommunen (eller psykiatrin) beträffande sociala kontakter eller meningsfull sysselsättning dagtid. Man kan också fråga sig i vilken mån man bor på sådant sätt att sociala kontakter, delaktighet och aktiviteter underlättas eller om man har ett boende som underlättar isolering.

ARBETE/SYSSELSÄTTNING

Enligt denna kartläggning saknar den stora majoriteten av personer både i Grupp 1 och 2 arbete eller sysselsättning dagtid. Endast drygt en fjärdedel av dem i arbetsför ålder i Grupp 1 och 2 hade någon form av organiserad sysselsättning (kravlös eller målinriktad arbetsrehabilitering) enligt kommunernas uppgifter. Läger man därtill att man från försäkringskassan rapporterat 1 person som har

arbetslivsriktad rehabilitering och från arbetsförmedlingen 4 personer med lönebidrag och 5 med afrehab i Grupp 1 ökar andelen i sysselsättning till 117 personer (31 %) av dem i arbetsför ålder. I Grupp 2 anges för 4 personer skyddat arbete, utbildning eller afrehab vilket ökar andelen till 28 %. Andelen i sysselsättning är lägre än i Rosenbergs (2001) undersökning som visar på sysselsättning i arbete/dagverksamhet på knappt 50 %. En jämförelse med uppgifterna om arbete/sysselsättning i livskvalitetsundersökningen som visar på att 55 % har någon form av sysselsättning visar också på en relativt stor diskrepans mellan undersökningarna. Denna skillnad kan delvis bero på skevheter i urvalet t.ex. att personer med större problem, och troligtvis då också utan sysselsättning, valt att inte delta i intervjuerna vilket medverkat till att andelen med sysselsättning blivit högre. En annan möjlighet i kombination med föregående är *underskottet* av information från försäkringskassa och arbetsförmedling. Om information förelegat om ett större antal personer är det troligt att fler rapporterats vara i någon form av åtgärd (t.ex. samhäll, lönebidrag etc.) och därvid ökat andelen i någon form av sysselsättning. Den övergripande slutsatsen kring sysselsättning måste ändå bli att omkring hälften av den inventerade gruppen saknar meningsfull sysselsättning och att endast en mycket liten andel har arbete med lön. Detta ställer mycket stora krav på både uppsökande verksamhet och utvecklande av daglig verksamhet, arbetsrehabilitering och stödformer för att komma i ”vanligt” arbete.

INSATSER OCH BEHOV

Psykiatrin och kommunerna är de stora insatsgivarna enligt denna inventering vilket också är förväntat. Det som inte syns så tydligt, beroende på underskottet i rapporteringen, är den grundläggande ekonomiska insats som försäkringskassan står för i form av sjukersättning eller pension (för de äldre) och som alltså rör majoriteten både i Grupp 1 och 2 där andelen med lönearbete är liten.

Beträffande insatser från psykiatrin (gäller endast Grupp 1) är medicinering och läkarkontakt de vanligaste insatserna och behoven bedöms också i hög grad vara tillgodosedda. För övriga insatser kan konstateras att de är tillgodosedda endast delvis i ca 30 % av fallen och mer kan alltså göras. Särskild behovet av stödkontakt och samtalsstöd/krisstöd förefaller behöva kunna erbjudas i högre grad. Detta behov bedömdes ej tillfredsställt för 8 % respektive 11 % av dem som bedömdes

behöva denna insats. När man skrivs ut från psykiatrin förs man över till primärvården som då ska ha ansvar för viss uppföljning. Av de svar som inkommit från primärvården framgår att läkarbesök, samtal, provtagning och depåmedicinering var vanliga insatser i Grupp 1. På grund av den låga svarsfrekvensen är det omöjligt att på något reliabelt sätt avgöra i hur hög grad som utskrivna med psykiskt funktionshinder har insatser och kontakt med primärvården och i vilken mån behoven är tillfredsställda.

Av de kommunala insatserna är kommunal hälso- och sjukvård, stöd i eget boende och kravlös sysselsättning de vanligaste insatserna i Grupp 1 medan kommunal hälso- och sjukvård, ekonomiskt bistånd och stöd i eget boende var vanligast i Grupp 2. Kontaktperson och annan insats i Grupp 1 var något som borde uppfyllas för fler, behovet var inte uppfyllt för 9 % respektive 32 % av dem som bedömdes ha behovet. Några insatser bedömdes som helt eller delvis uppfyllda i Grupp 1 medan de i viss mån var ej uppfyllda i Grupp 2 t.ex. behov av särskilt boende, kommunal hälso- och sjukvård och behov av målinriktad arbetsrehabilitering. Det kan utifrån detta förefalla som att Grupp 2 får sina behov tillfredsställda i något lägre grad än Grupp 1. Utan att ha hela bilden av insatser från olika myndigheter är det dock svårt att uttala sig om detta även om det kan vara en arbetshypotes att arbeta med.

Sammanfattningsvis bedömer både psykiatrin och kommunerna behovet av ytterligare stöd till målgruppen som stort, 25 % från psykiatrin (Grupp 1) och drygt 50 % i kommunerna. Det man i sina kommentarer pekar på som kan bli bättre är utredningar och stöd från psykiatrin, träning och sysselsättning, ökade kunskaper och handledning men även förbättring av boendemöjligheter.

PERSONALENS BEHOV AV MER STÖD ELLER KUNSKAPER

Svaren på denna fråga uppvisade klara skillnader mellan de olika myndigheterna. Från psykiatrin ansåg knappt en femtedel att man behövde mer stöd eller kunskap. Motsvarande för kommunerna var totalt drygt 60 %. Det är inte förvånande att man från en expertinstans som psykiatrin anser sig ha tillräckliga kunskaper. Från de övriga myndigheterna där svarsfrekvensen är lägre pekar tendensen mot en övervikt för att inte behöva mer kunskap eller stöd. Den låga svarsfrekvensen gör

svaren svårtolkade men kan innebära att man inom respektive myndighet anser sig ha den kunskap (via experter och konsulter) som krävs.

LIVSKVALITET

Angående livskvalitetsundersökningen måste man först konstatera att den låga svarsfrekvensen (som delvis var väntad med tanke på målgruppens problematik) innebär att svaren måste tolkas med stor försiktighet. Bortfallet och möjliga orsaker till detta (sjukhusinläggningar, skörhet inför nya kontakter etc.) innebär troligen att de som svarat hör till de mer välfungerande och att t.ex. skattningar av tillfredsställelse skulle bli lägre om man fått med en större del av den utvalda gruppen.

Intervjugruppens skattningar när det gäller profilen i sin livskvalitet visade att man var relativt nöjd med sin livskvalitet. De flesta medelvärdena låg mellan 4 och 5 i en sjugradig skala. Enligt Schneider m.fl. (2002) är värden från 4 och högre att betrakta som tillfredsställelse med sin situation och värden under 4 som missnöje. Lägsta värdet gällde ekonomin, som ligger under 4 och alltså indikerar missnöje, medan de högsta punkterna handlade om säkerhet och familjerelationer. Jämförelsen med undersökningen 1999 visar inte på några stora skillnader beträffande själva livskvalitetsprofilen förutom beträffande ekonomi där den nu intervjuade gruppen var ännu mera negativ än den tidigare intervjuade gruppen. En något lägre andel skattade sig som mycket lyckliga eller ganska lyckliga 2005 än 1999 (63 % respektive 70 %). Liknande gäller för ”stegen” där medelvärdet var 53.9 år 2005 och 64.2 år 1999. Man kan här möjligen spåra en tendens till lägre skattning av livskvaliteten. En anledning till skillnaderna kan vara att åldern spelar in då personerna i föreliggande undersökning är ca 5 år äldre än deltagarna i undersökningen 1999. Upplevelsen av livskvalitet är subjektiv och inte enkelt relaterad till t.ex. materiella förhållanden. Man skulle också kunna tänka sig att det är svårt för personer i målgruppen bl.a. på grund av de psykiska problemen att bedöma sin livskvalitet. Dock verkar personernas bedömningar stämma ganska väl med t.ex. intervjuarnas bedömningar. Intervjuarna bedömde också personens livskvalitet på en 0 – 100 skala (VAS-skala) och deras medelvärde var 54.9. Med hänsyn tagen till de något olika uppläggen på bedömningarna var resultatet alltså tämligen likvärdigt. I Bengtsson - Tops & Hansson (2003) bedömde intervjuarna

att livskvaliteten låg omkring 50 och den globala livskvaliteten enligt de intervjuades egna skattningar var 4.6 – 4.7. Schneiders m.fl. (2002) undersökning av grupper med ”severe mental problems” (liknande målgrupp som här) i fyra distrikt i England visar på värden för Cantrils stege på omkring 56 och global livskvalitet på 4.7-4.8. Dessa jämförelser pekar också mot en samstämmighet med föreliggande undersökning även om våra siffror ligger något under de ovan redovisade.

En till synes konkret skillnad mellan föreliggande undersökning och 1999 är uppgifterna om arbetssituation. Jonsson och Bergstedt (1999) uppger att 66 % av de intervjuade hade en strukturerad sysselsättning under dagen jämfört med 55 % i föreliggande undersökning. Anhöriga till de intervjuade 1999 uppgav dock att nära 50 % var utan sysselsättning vilket gör att skillnaden mellan undersökningarna inte är så stor. Sammanfattningsvis kan alltså man konstatera att sysselsättnings-situationen utifrån jämförelse mellan de bägge intervjuundersökningarna inte blivit bättre.

SAMVERKAN OCH GRÅZONER

När det gäller frågorna om samverkan i enkätmaterialet för Grupp 1 är svaren från psykiatrin och kommunerna positiva (50 % och däröver) dvs. både att det finns samverkan mellan myndigheter och att samverkan förbättrats till förmån för patienten. Av svaren från övriga myndigheter är det primärvården som mest tydligt svarar nej på att samverkan finns och att samverkan lett till förbättringar även om de övriga svaren också visar en tendens mot nej. Svaren i Grupp 2 pekar i samma riktning men är svåra att tolka då de är få, här saknas ju också svar från primärvården. Man kan förmoda att de senaste årens arbete med ökat samarbete mellan psykiatri och kommuner avspeglar sig i de positiva svaren och att de övriga myndigheterna kanske spelar en mer perifer roll i möjliga samarbetskonstellationer.

Några så kallade gråzoner kan identifieras utifrån materialet:

1. Grupp 2 utgör i sig en sorts gråzon där personernas diagnos och behov av utredningar och insatser från psykiatrin behöver klargöras.

2. Behovet av hälso- och sjukvård kan vara en gråzon mellan den hälso- och sjukvård som primärvården skall ge och det som ska ges via den kommunala hälso- och sjukvården.

3. Ansvaret för rehabilitering, arbetsträning, arbete och sysselsättning är idag uppdelat på flera aktörer. Detta alltifrån att arbetsförmedlingen bedriver rehabilitering utbildning osv. till att försäkringskassan bekostar arbetslivsinriktad rehabilitering och att kommunerna bedriver både kravlös sysselsättning och målinriktad arbetsrehabilitering, till på köpet utifrån två olika lagar, framförallt SoL men även LSS i vissa fall. Trots att många således har ett ansvar är resultatet tämligen magert. En stor andel av de psykiskt funktionshindrade har ingen meningsfull daglig sysselsättning, långt mindre något arbete som ger lön.

METODDISKUSSION

Allmänt sett uppfattar vi att de utdelade enkäterna inte varit svåra att svara på, särskilt första sidan som bygger på ”ja” och ”nej” frågor och att det varit väl strukturerade enkäter. Definitionsfrågor kring terminologin för insatser kan dock alltid uppstå t.ex. hur man benämner olika boendeformer vilket kan påverka både reliabiliteten och validiteten i undersökningen. Även frågorna kring samverkan ger utrymme för tolkningar beroende på vem som svarat. Man skulle kunna specificera tydligare vilken samverkan och med vem. Samverkan kan ju ske mellan myndigheter men man kan också avse samverkan mellan olika delar inom förvaltningen/kommunen.

För att ett enkätupplägg av det slag vi försökt göra här (och som följer socialstyrelsens förslag) skall bli helt lyckat krävs naturligtvis god svarsfrekvens från alla inblandade myndigheter. Det är på så sätt man kan ringa in så många som möjligt i den tänkta målgruppen och få en helhetsbild av myndighetskontakter, behov och insatser. Som vi flera gånger konstaterat har vi fått ett mycket gott underlag från psykiatrin och kommunerna som arbetat intensivt med att ta fram personer och uppgifter. Den låga svarsfrekvensen från de övriga kan till viss del hänföras till resurs- och tidsbrist att låta personal arbeta med att ta fram uppgifter. Framförallt för försäkringskassan gäller också att deras datasystem är tungarbetat och kräver manuellt sökande i akter för att få fram information. Till detta kommer

att målgruppen i sig (författarnas tolkning) inte är högprioriterad när det gäller insatser då man är under press att få många in i arbete och därvid koncentrerar sig på dem som snabbast kan uppnå detta.

Ett möjligt hinder kan ha varit att man som tjänsteman upplevt det som känsligt att lämna ut personuppgifter utan vederbörandes godkännande, något som vi fått diskutera grundligt med olika grupperingar och där det har känts bra att ha etiknämndens utlåtande i ryggen. I slutändan har detta dock inte förefallit påverka frekvensen av uppgifter från psykiatri och kommuner, vi har inte heller upplevt det som svårighet beträffande försäkringskassa och arbetsförmedling. När det gäller primärvården vet vi inte om detta har haft någon inverkan. Det som däremot kan ha inverkat (förutom tidspress osv.) är att det är otydligt vilket ansvar primärvården har för denna grupp vilket bl.a. påpekas i en rapport från lanstingets revisorer (Jämtlands läns landsting, 2005).

En svårighet med enkätmodellen i föreliggande undersökning är också ambitionen att ge en bild för hela länet. Det är troligen lättare att tillämpa modellen i en specifik kommun, eller möjligen kommundel i stora kommuner, där kontakter med de olika myndigheterna kan vara enklare och snabbare.

Framtida inventeringar kommer, i den mån kommunerna utvecklat någon form av övergripande organisation för arbete med målgruppen, rimligen att bli betydligt lättare att genomföra. Förhoppningsvis kommer man att ha bättre kunskap och information om de personer som är föremål för aktiva insatser och inventeringsarbetet kan fokuseras på situation och behov hos nytillkommande fall. Bra framtida inventeringsarbete förutsätter ett gott samarbete och goda möjligheter till informationsöverföring mellan berörda myndigheter.

FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER OCH FORTSATT ARBETE

ÖKADE RESURSER FÖR UTREDNINGAR

Förekomsten av den relativt stora grupp vi kallat Grupp 2 i denna kartläggning pekar på ett stort behov av ökade utredningsresurser för personer som ligger på gränsen till den identifierade målgruppen utan att vara akut psykiskt sjuka. Detta gäller inte minst personer med symtom som kan hänföras till neuropsykiatriska

störningar och/eller svårare personlighetsstörningar. Rimligen borde det vara psykiatrin (genom CNP har man i viss mån påbörjat detta) som skall ha dessa utredningsresurser.

UPPSÖKANDE VERKSAMHET OCH KÄNNEDOM OM MÅLGRUPPEN

Utöver behovet av djupare kännedom om målgruppens behov visar även andelen ej inrapporterade från kommunen men från andra myndigheter, främst psykiatrin, att uppsökande verksamhet måste prioriteras. Dock utvecklas inte uppsökande verksamhet och kännedom om målgruppen av sig själv utan måste organiseras. Genom att forma t.ex. socialpsykiatriska team som i Krokomborg och Berg kan man inom kommunen utveckla uppsökandet och hålla sig väl informerad om målgruppens omfattning och behov samt ge de insatser som behövs eller se till att de ges från rätt instans. Detta bör naturligtvis ske i samverkan med landstinget och även frivilligorganisationerna. En alternativ (eller kompletterande) modell här kan vara Case management (Björkman, 2005). De personliga ombuden kan ses som en typ av "case managers" men rollen behöver utvecklas och förtydligas för att kunna bli ett mer kraftfullt verktyg i utvecklingen av stödet till psykiskt funktionshindrade.

ARBETE/SYSSELSÄTTNING

För att förbättra möjligheterna till sysselsättning/arbete bör man inventera vad som finns och utifrån detta bygga upp ett mera varierat utbud av sysselsättning (träffställen, samverkan med andra aktörer m.m.). En positiv förändring skulle också vara att möjliggöra beslut om sysselsättning i LSS för personer i personkrets 3 liksom att ytterligare precisera kommunernas ansvar för sysselsättning enligt SoL?

Förtydliga ansvaret för sysselsättningsåtgärder mot "riktiga arbetsplatser" för denna grupp bl.a. genom att trycka på arbetsförmedlingens och försäkringskassans ansvar för rehabilitering även för denna grupp. Man måste inse att de funktionsnedsättningar som leder till psykiska funktionshinder också innebär att återhämtning/rehabilitering och återinträde i arbete/sysselsättning tar längre tid och kräver utvecklade stödformer. En metod som omnämns ha positiva effekter när det gäller arbetsrehabilitering är "arbete med bistånd" (supported employment), Hansson & Eklund, 2005). Även för personer som är sk. högfungerande med autism eller Aspergers syndrom rapporteras positiva resultat med denna metod (Howlin m.fl., 2005).

Att finna fungerande samarbetsformer mellan myndigheterna generellt (någon form av samverkansforum) och individuellt genom användande av individuell plan är viktigt för att utveckla möjligheterna till sysselsättning. Inom det finansiella samordningsförbundet J-SAM har man (2007) påbörjat ett sådant utvecklingsarbete kring arbete/sysselsättning. Arbetet är idag fokuserat på personer med neuropsykiatriska funktionshinder men leder förhoppningsvis till kunskaper som kan komma övriga med psykiska funktionshinder till del.

BOENDE

Många bor i egen lägenhet något som i kombination med de psykiska funktionshindret kan bidra till social isolering. Arbetet med uppsökande och boendestöd bör utvecklas för att öka möjligheterna till aktiviteter och samhällsdeltagande. Här kan mobila team kopplat till boendet innebära en modell att arbeta vidare med.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Kommunerna ger idag en relativt stor andel hälso- och sjukvård till personer i målgruppen (både Grupp1 och 2). Ett förtydligande av ansvarsfördelning mellan primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården liksom förbättrad kommunikation mellan psykiatri och primärvård är av stor vikt bl.a. utifrån Landstingets revisionsrapport (Jämtlands läns landsting, 2005).

VEM ANSVARAR FÖR SAMORDNINGEN KRING PERSONEN MED PSYKISKT FUNKTIONSHINDER?

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det finns ett antal frågor som inte är klart besvarade utan kräver fortsatt diskussion. Var/på vem ligger ansvaret för samordning av insatser för personer med psykiska funktionshinder? Vem har överblick över vad som finns i våra kommuner och insatser man kan få från andra myndigheter? Saknas former för att besluta om boende och sysselsättning för psykiskt funktionshindrade? Verksamhet som inte finns handläggs antagligen inte, se slutrapporten från den nationella tillsynen (Socialstyrelsen 2005). På vilket sätt och på vilken nivå integreras de personliga ombuden i ett fungerande system för stöd till målgruppen? Här finns ett stort behov av att finna former för att stötta varandra på olika sätt i länet och därigenom också uppnå ett bättre länsövergripande samarbete.

REFERENSER

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Baker, T. L. (1999). *Doing Social Research* (3rd ed.). Boston: McGraw-Hill International Editions.

Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2003). Clinical and social changes in severely mentally ill individuals admitted to an outpatient psychosis team: an 18-month follow-up study. *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 17, 3-11.

Björkman, T. (2005). Case Management. I D. Brunt & L. Hansson (Red.). *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* (s. 279 – 293). Lund: Studentlitteratur.

Grunewald, K. (Red.). (2000). *Psykiska handikapp. Möjligheter och rättigheter*. Stockholm: Liber.

Hansson, L., & Eklund, M. (2005). Arbetsinriktad rehabilitering. I D. Brunt & L. Hansson (Red.). *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* (s. 233 – 246). Lund: Studentlitteratur.

Hansson, L., Svensson, B., & Björkman, T. (1998). Quality of life of the mentally ill. Reliability of the Swedish version of the Lancashire quality of life profile. *Eur. Psychiatry*, 13. 31-34.

Howlin, P., Alcock, J., & Burkin, C. (2005). An 8 year follow-up of a specialist supported employment service for high-ability adults with autism or Asperger syndrome. *Autism*, 9, 533 – 549.

ICF. (2003). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Socialstyrelsen och WHO.

Jonsson, E., & Bergstedt, K-G. (1999). *Översyn av psykiatrireformens effekter i Jämtlands län. Delrapport – Livs kvalitetsundersökning*. Kommunförbundet i Jämtlands län

Jämtlands läns landsting. (2005). Granskning av tillgängligheten till psykiatri. Revisionskontoret, Dnr: REV 17/2005

Kommunförbundet Jämtlands län. (2004). *Projekt direktiv avseende inventering av psykiskt funktionshindrade samt livskvalitetsundersökning*. Kommunförbundet 2004-05-21.

Nationell psykiatrisamordning. (2006). Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Rapport 2006:5.

Oliver, J., Huxley, P., Priebe, s., & Kaiser, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire quality of Life Profile. *Soc. Psychiatr Epidemiol*, 32, 76-83.

Psykiatrisamordning. (2006). Viktigt med gemensam definition av psykiskt funktionshinder. *Nyhetsbrev från Nationell psykiatrisamordning*, Nr 2 mars, 2006.

Psyk-Ädel. (1995). *Samverkansrutiner för överflyttning av vissa medicinskt färdigbehandlade patienter från slutenvård inom länspsykiatri till primärkommunerna samt Avtal mellan Bergs kommun och Jämtlands läns landsting om överföring av ansvar och resurser avseende vissa psykiskt störda med anledning av psykiatrireformen*. Jämtlands läns landsting och Bergs kommun, 1995.

Rosenberg, D. (2001). Att planera en framtid utan gränser. Inventering av psykiskt funktionshindrade i Sundsvalls kommun. Arbetsutvecklingsrapport 3/01, *SoFo-Mitt* (FoU-Västernorrland).

Sandlund, M. (2005). Vad är psykiskt funktionshinder? I D. Brunt & L Hansson (Red.). *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* (s. 15 – 34). Lund: Studentlitteratur.

Schneider, J., Wooff, D., Carpenter, J., Brandon, T., & McNiven, F. (2002). Community mental health care in England: associations between service

organization and quality of life. *Health and Social Care in the Community*, 10, 6, 423 - 434

SFS 1965: 136. Lag om elevhem för vissa rörelsehindrade barn m.fl.

SFS 1982: 763. Hälso – och sjukvårdslag.

SFS 1985: 568. Lag om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl.

SFS 1994: 387. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.

SFS 1990: 1404. Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

SFS 2001: 453. Socialtjänstlagen.

Socialstyrelsen. (1999). *Att inventera psykiskt funktionshindrade persons behov*. Rapport 1999-8.

Socialstyrelsen (2003) *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder - Rapport framtagen i samverkan mellan Socialstyrelsen och Länsstyrelsen*.

Socialstyrelsen (2005). *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002 – 2004*.

SOU 1992: 73. *Välfärd och valfrihet – service stöd och vård för psykiskt sjuka*. Slutbetänkande från psykiatriutredningen.

ENKÄTFORMULÄR: EXEMPEL PSYKIATRI

Ett ex av enkäten ska fyllas i för varje vårdtagare/brukare och senast 11 april lämnas till någon av nedanstående kontaktpersoner.

Börje Nordenmark, tfn 15 37 12

KG Bergstedt, tfn 15 39 39

Anders Andersson, tfn 15 39 38

Kontaktpersonerna kan även svara på frågor om undersökningen.

1. Brukarens namn

.....

2. Kön

Kvinna

Man

3. Kommun

Berg

Ragunda

Bräcke

Strömsund

Härjedalen

Åre

Krokoms Östersund

4. Psykiatriska kliniken

Vilka insatser/stöd från psykiatriska kliniken fick patienten under det senaste halvåret? (Flera alternativ kan vara möjliga.)

	Har haft insatsen		Insatsen som ges tillgodoser brukarens behov		
	Helt	Delvis	Helt	Delvis	Ej
Medicinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkarkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social rehabilitering/social omvårdnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk omvårdnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtalsstöd/krisstöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stödkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan insats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilken?.....					

5. Behov av ytterligare stöd

Finns det ytterligare insatser/stöd som klienten behöver?

Ja, behöver mer stöd

Nej, behöver inget mer stöd

Vad kan bli bättre?

.....

.....

.....

.....

6. Personal

Behöver ni som personal ökat stöd eller kunskap?

Ja, behöver mer stöd eller kunskap

Nej, behöver inte mer stöd eller kunskap

Vad kan bli bättre?

.....

.....

.....

.....

7. Samverkan

a) Finns det samverkan mellan myndigheter?

Ja

Nej

b) Anser du att samverkan har förbättrats till förmån för patienten?

Ja, samverkan har förbättrats

Nej, samverkan har inte förbättrats

Vad kan bli bättre?

.....

.....

Tack för hjälpen!

ENKÄTFORMULÄR: EXEMPEL KOMMUN

Ett ex av enkäten ska fyllas i för varje vårdtagare/brukare och lämnas till Gunilla Henriksson senast 11 april. Har ni frågor går det bra att ringa Gunilla Henriksson, Projektledare 0647-16437 eller Bengt Åkerström FOU/Jämt 063-165758.

1. Brukarens namn

.....

2. Kön

- Kvinna
 Man

3. Kommun

- Berg Ragunda
 Bräcke Strömsund
 Härjedalen Åre
 Krokomb Östersund

4. Boende

- Egen bostad
 Bor hos föräldrar
 Servicelägenhet
 Gruppboende
 Annat boende, ange vad

5. Kommunala insatser

Vilka kommunala insatser/stöd fick vårdtagaren/brukaren under det senaste halvåret? (Flera alternativ kan vara möjliga.)

	Har insatsen		Insatsen har tillgodosett brukarens behov		
	Ja	Nej	Helt	Delvis	Ej
Stöd i eget boende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Särskilt boende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsrehabilitering (Målinriktad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sysselsättning (Kravlös)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mat-tjänst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillsyn (Tel samtal eller besök)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personlig assistans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledsagarservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trygghetslarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekonomiskt bistånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunal hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan insats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilken?.....					

6. Behov av ytterligare stöd

Finns det ytterligare insatser/stöd som klienten behöver?

Ja, behöver mer stöd	<input type="checkbox"/>
Nej, behöver inget mer stöd	<input type="checkbox"/>

Vad kan bli bättre?

.....

.....

.....

.....
7. Personal

Behöver ni som personal ökat stöd eller kunskap?

Ja, behöver mer stöd eller kunskap	<input type="checkbox"/>
Nej, behöver inte mer stöd eller kunskap	<input type="checkbox"/>

Vad kan bli bättre?

.....
.....
.....
.....

8. Samverkan

a) Finns det samverkan mellan myndigheter?

Ja
 Nej

b) Anser du att samverkan har förbättrats till förmån för patienten?

Ja, samverkan har förbättrats	<input type="checkbox"/>
Nej, samverkan har inte förbättrats	<input type="checkbox"/>

Vad kan bli bättre?

.....
.....
.....

Tack för hjälpen!

FoU Jämt genomförde en länsövergripande inventering av psykiskt funktionshindrade i Jämtlands kommuner under 2005. Syftet var att kartlägga personer med psykiska funktionshinder och deras behov, utveckla uppsökande verksamhet, identifiera gråzoner, ge underlag för att utveckla samarbetet kommun – psykiatri samt ge möjlighet till kommunvisa jämförelser. Som en del av inventeringen skulle också en livskvalitetsintervju göras med ett urval av de identifierade personerna. Kartläggningen genomfördes med hjälp av en enkätundersökning bland olika berörda myndigheter. Enkäterna innehöll frågor om insatser och behov från respektive instans samt i vilken mån de var tillfredsställda. Livskvalitetsundersökningen genomfördes i form av personliga intervjuer. Undersökningen har utifrån sitt syfte om kartläggning gett information om 454 personer där uppgift om relevant diagnos gått att belägga. I rapporten redovisas befintliga insatser till målgruppen samt deras behov av ytterligare stöd. Intervjuundersökningen om livskvalitet har gett en fördjupad bild av målgruppens behov och syn på sina livsförhållanden. Avslutningsvis ges förslag till åtgärder för personer med psykiska funktionshinder utifrån inventeringens resultat.

fou.jamtland.net

Kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län