Det är mitt hem

Vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning

Socialstyrelsen

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bild och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha nens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-86585-75-4
Artikelnr 2010-12-26

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2010

Förord

Socialstyrelsen initierade 2008 ett program för att ge stöd till de kommuner och andra vårdgivare som vill utveckla och förbättra boendet och boendestödet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Programmet har huvudsakligen gått ut på att ta fram detta vägledningsdokument och på att överföra kunskap genom regionala konferenser och kommunbesök för att på plats stimulera utvecklingen av olika verksamheter.

Vägledningen vänder sig i första hand till alla yrkeskategorier som på olika sätt arbetar med boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning, inom både kommunala och enskilda verksamheter. Den kan även läsas av personer ur målgruppen och deras närstående för att ta del av den kunskap som presenteras. Vägledningen bygger på rättskällor, bästa tillgängliga forskning samt erfarenheter från brukare och professionen. De olika kapitlen fokuserar på olika områden inom boende- och boendestödsverksamheter och lyfter fram den tillgängliga kunskap som kan användas på olika nivåer: från kommunernas övergripande planeringsnivå till den individuella nivån där enskilda brukare får stöd från sina boendestödjare. Socialstyrelsens förhoppning är att skriften ska vara en informativ och tankeväckande inspirationskälla när det gäller hur professionen bäst kan stödja en person i målgruppen så att han eller hon kan skapa sig ett eget hem och få vardagen att fungera så bra som möjligt.

Boendeprogrammets projektledare *David Brunt* har tagit fram vägledningen tillsammans med en intern arbetsgrupp bestående av *Ulla Clevnert, Helena Forssell, Lennart Jansson* och *Helena Nordman*. I arbetet med vägledningen har Socialstyrelsen fått värdefulla synpunkter från deltagarna i en referensgrupp med representanter från Föreningen Sveriges Socialchefer, länsstyrelserna, Nationell samverkan för psykisk hälsa, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsens regionala tillsyn samt Värmdö kommun. Referensgruppen har bestått av *Elisabet Alphonce, Åsa Blennborn, Lena Fyhr, Karin Lindström, Yngve Sundin, Päivi Suomivirta* och *Ulla-Britt Zoannos*.

Anders Tegnell
Avdelningschef

Innehåll

Förord *3*
Inledning *7*
Innehåll och läsanvisning **9**
Kapitel 1 – Från mentalsjukhus till ett eget hem *11*
Inledning **11**
Mänskliga rättigheter och politiska mål **11**
Det historiska perspektivet **12**
Från Psykiatriutredningen till Nationell psykiatrisamordning **16**
Uppföljningar på boendeområdet **18**
Bostaden som hem och arbetsplats **19**
Vad utmärker ett hem? **19**
De boendes syn på betydelsen av ett hem **20**
Kapitel 2 – De boende *22*
Inledning **22**
Insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning **22**
Målgruppen – personer med psykisk funktionsnedsättning **23**
Behov av hjälp och stöd **26**
Var och hur man vill bo **29**
Kapitel 3 – Mål och planering för boende och boendestöd *31*
Inledning **31**
Mål- och planeringsarbete på övergripande nivå **31**
Kommunernas ansvar för planering **32**
Bestämmelser om planering **33**
Kommunens redskap för planeringsarbetet **36**
Åtgärder som kan underlätta mål- och planeringsarbetet **39**
Kapitel 4 – Bedömning av behov – en kontinuerlig process *41*
Inledning **41**
Ansökan om bistånd eller insats **41**
Utredningssamtalet med klienten **43**
Professionella bedömningar **44**
Att formulera ett beslut **48**
Samordnad individuell plan **49**

Individuell plan enligt LSS **49**
Genomförandeplan **49**
Uppföljning av insatsen **50**
Dokumentation **50**
Slutord **51**
Kapitel 5 – Bostaden ***53***
Inledning **53**
Vad de gamla institutionerna kan säga oss **53**
Hur kan man bo? **54**
Miljöaspekter **56**
Vad kännetecknar en god boendemiljö? **59**
Tillsynens bedömningskriterier på boendeområdet **60**
Kapitel 6 – Psykosociala boendestödsinsatser ***62***
Inledning **62**
Boendestöd – vad är det? **62**
Vem arbetar som boendestödjare? **65**
Att arbeta i någon annans hem **66**
Hur de boende vill att boendestöd ska ges **68**
Kapitel 7 – Insatser för att förebygga fysisk ohälsa och förbättra fysisk hälsa ***77***
Inledning **77**
Fysisk hälsa hos personer med psykisk funktionsnedsättning **78**
Att förebygga fysisk ohälsa och förbättra fysisk hälsa **82**
Kapitel 8 – Ansvar för hälso- och sjukvård i olika boendeformer ***87***
Inledning **87**
Vem ansvarar för hälso- och sjukvården i olika boenden? **88**
Kapitel 9 – Kognitiva hjälpmedel ***92***
Inledning **92**
Kognitiva funktionsnedsättningar i vardagen **92**
Kognitiva hjälpmedel **93**
Att få tillgång till kognitiva hjälpmedel **94**
Att tänka på vid användning av kognitiva hjälpmedel **95**
Exempel på kognitiva hjälpmedel och vanliga produkter som kan köpas i affär **96**
Referenser ***101***

Inledning

De senaste 20–30 åren har inneburit stora förändringar inom psykiatrisk vård och omsorg och de har haft en direkt inverkan på boendet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Tidigare bodde många på mentalsjukhus och sjukhem, inom ramen för hälso- och sjukvården. Efter psykiatrireformen 1995 har det dock blivit vanligt med kollektiva boendeformer som bostad med särskild service och boendestöd i ordinärt boende. Dessa former av boende ger en större möjlighet att leva ett självständigt och värdigt liv, och enligt bl.a. FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna att ha tillgång till en bostad bör ses som en grundläggande rättighet (Förenta Nationerna, Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna, 10 december, 1948).

Kommuner och enskilda verksamheter förväntas sträva efter att kunna erbjuda en så bra boendemiljö och ett så bra boendestöd som möjligt i dessa nya boendeformer. Dessutom förväntas miljön och stödet vara anpassade till varje individs behov och önskemål.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd innehåller rekommendationer om boende och specifikt anpassat stöd till målgruppen [1]. I riktlinjerna rekommenderas även andra specifika insatser som socialtjänsten bör erbjuda dessa personer. Vissa insatser (metoder) kan tillämpas av personal som arbetar med att ge boendestöd till exempel metoder för att förbättra sociala färdigheter. Dessa metoder har ett vetenskapligt stöd för att de ger positiva effekter för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

En evidensbaserad praktik har definierats som ”en noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfället bästa evidensen för beslutsfattande om insatser till enskilda individer” [2]. Att ha ”kunskap om vilka typer av insatser som är verkningsfulla för vilka grupper av klienter/brukare samt under vilka omständigheter de är verksamma” [3] är en central del i en evidensbaserad praktik, likaså klienters erfarenhet och önskemål samt den professionelles erfarenhet. I en evidensbaserad verksamhet vägs kunskap samman från dessa tre källor: den bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen, brukarens erfarenheter och önskemål samt den professionelles erfarenhet och expertis (3).

Det finns många forskningsstudier som fokuserar på skilda aspekter av boende och boendestöd för personer från målgruppen, se Socialstyrelsens kartläggning av publikationer för åren 1980-2007 [4]. Underlaget till denna vägledning har hämtats från den bästa vetenskapliga kunskap som i dag finns tillgänglig när det gäller boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. I underlaget ingår också erfarenheter från både brukare och professionella. Vägledningen innehåller dessutom referenser till aktuella rättskällor samt till Socialstyrelsens och andra statliga myndigheters erfarenheter.

Gruppen som söker och får boende och boendestöd har förändrats under den relativt korta tiden sedan psykiatrireformen trädde i kraft 1995 och gruppen är nu betydligt mer heterogen i flera avseenden. I den finns ett bredare spektrum av behov än tidigare och man kan i dag urskilja många fler potentiella undergrupper, vars behov både liknar och skiljer sig från dem hos personer med schizofreni. Ett exempel på detta är personer med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning vars särskilda behov har uppmärksammats först på senare år.

I denna vägledning är målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Målgruppen är heterogen, och en människas funktionsnedsättning kan bero på skilda diagnoser och innebära olika behov av stöd, omsorg och service. De olika undergruppernas karaktäristika berörs bara i kapitel 2 som innehåller en kort beskrivning av målgruppen. Kategoriseringen i undergrupper kan göra det lättare att specialisera olika insatser men det är samtidigt viktigt att hela tiden se till den enskildes individuella förutsättningar och behov.

Boendestöd är ett av vägledningens centrala teman. Insatsen har blivit betydligt vanligare, och boendestöd till målgruppen är i dag en etablerad, särskild insats enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, trots att begreppet inte förekommer i någon lagstiftning. I Socialstyrelsens termbank [5] definieras boendestöd som ”bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper i eget boende”. Vidare skriver man att ”till särskilda målgrupper hör bl.a. personer med funktionsnedsättning eller missbruksproblem. Boendestödet anpassas till den enskildes behov av och möjligheter att utveckla ett normalt vardagsliv”. I definitionen anges arenan för insatsen – ett eget boende. Den andra arenan är en bostad med särskild service, och i denna insats ingår en bostad för den enskilde samt personal som ger stöd och service. Stödet som ges i dessa båda boendeformer är dock i princip det samma. I figur 3 (s. 63) visas ett antal arbetsuppgifter som en boendestödjare kan ha, där samtliga är oberoende av vilken boendeform individen har. Termen boendestöd används i denna vägledning för det stöd som en person kan få både i sitt eget boende och i en bostad med särskild service, om inte något annat anges.

I förordet beskrivs vilka vägledningen vänder sig till. Dessa olika kategorier av läsare kan ha skiftande kunskaper och utgångspunkter när det gäller de olika aspekterna av boende- och boendestödsverksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning. Vägledningen innehåller således både ”självklarheter” och kunskap på en mer avancerad nivå.

I texten refereras på flera ställen till Boendeprojektet, vilket är ett projekt som initierades av kansliet för Nationell psykiatrisamordning, och projektledaren är densamme som för denna vägledning. Resultaten från Boendeprojektet har presenterats skriftligt (se referenserna) och muntligt vid ett antal regionala konferenser och vid besök till enskilda kommuner. I samband med projektledarens många möten med verksamhetsföreträdare runt om i landet har dessa talat om ett stort kunskapsbehov vad gäller boende och boendestöd för målgruppen. De efterlyser resultat från forskning om boende och boendestöd och de önskar stöd för att kunna fullfölja regeringens intentioner på området. Företrädarna vill också ha vägledning eftersom de upplever att målgruppens karaktär har förändrats och numera har en betydligt mer

komplex behovsbild än tidigare. Denna vägledning kan således ses som en strävan att tillmötesgå dessa önskemål.

Innehåll och läsanvisning

Vägledningen innehåller information och kunskap inom ett brett område från ett övergripande mål- och planeringsarbete till arbetet med de dagliga psykosociala boendestödsinsatserna i en kommunal eller enskild verksamhet. Några av vägledningens kapitel har en specifik inriktning och kan därför vara särskilt intressanta för vissa professionella. Några av kapitlen är däremot av mer allmän karaktär och vänder sig till alla.

– Kapitel 1 och 2 ger en bakgrund i ämnet: dels en historisk tillbakablick för att förstå nutiden och dels en presentation av viktiga aspekter som gäller personerna som är mottagare av boende- och boendestödsinsatser. Det första kapitlet innehåller det historiska perspektivet och beskriver utvecklingen av boende- och boendestödsverksamheterna sedan psykiatrireformen. Kapitlet avslutas med en definition av vad ett hem är, hemmets betydelse för den enskilde personen och den etiska plattformen som dessa verksamheter ska bygga på. Kapitel 2 handlar främst om målgruppen med fokus på dess heterogenitet och de skillnader som beror på ålder och diagnos. Dessutom presenteras målgruppens behov av stöd och service samt önskemål om var och hur man vill bo.

– Kapitel 3 handlar om kommunens mål- och planeringsarbete för boendeverksamheter på ett övergripande plan. I kapitlet fokuseras innehållet på lagstiftningen, olika tillsynsresultat samt villkor och redskap för denna verksamhet. Texten innehåller också förslag på åtgärder som kan underlätta kommunernas arbete med mål och planer. Kapitlet vänder sig främst till personer som arbetar med kommunal verksamhetsledning och enhetschefer.

– Kapitel 4 handlar om ansökan, biståndsbedömning och beslut när någon ansöker om insatser på boendeområdet. Socialstyrelsen har tidigare publicerat en handbok om handläggning och dokumentation och därför fokuseras här på utredningsmomentet och bruket av standardiserade bedömningsinstrument. Dessutom betonas att behovsbedömningar är en kontinuerlig process eftersom en individs behov förändras över tid. Kapitlet vänder sig främst till biståndsbedömare men innehåller även information till boendestödjare.

– Kapitel 5 ger viktig bakgrundsinformation om hur man kan tänka kring bostaden och här diskuteras aspekter såsom fullvärdig bostad, institutionell prägel, fysisk och psykosocial miljö och vad som kännetecknar en god boendemiljö. Kapitlet vänder sig främst till enhetschefer och boendestödjare.

– Kapitlen 6, 7 och 9, fokuserar på tre viktiga typer av stöd som förekommer i boendeverksamheter: psykosocialt boendestöd, stöd för att förebygga fysisk ohälsa och förbättra fysisk hälsa samt kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning. I kapitel 6 fokuseras på boendestöd som funktion, vem som arbetar med stödet samt vad man kan tänka på när man arbeta i någon annans hem. Kapitlets kärna är ny forskning som består av intervjuer med boende om hur de vill att boendestödet ska ges. Målgruppens fysiska hälsa har visat sig vara ett mycket eftersatt område och i kapitel 7 presenteras forskning som jämför målgruppen med befolkningen

i övrigt. Texten har ett folkhälsoperspektiv och kan stimulera till insatser i ett boendesammanhang för att förebygga fysisk ohälsa och förbättra gruppens fysiska hälsa. I kapitel 9 presenteras exempel på kognitiva funktionsnedsättningar som komplicerar vardagslivet, en del kognitiva hjälpmedel samt vad man kan tänka på när de ska användas. Dessa kapitel vänder sig främst till boendestödjare men är även viktiga för övriga kategorier av läsare.

– Kapitel 8 fokuserar på ansvarsfrågor när det gäller hälso- och sjukvården i olika permanenta boenden och vänder sig främst till ledningsnivån, enhetschefer och medicinskt ansvariga.

I vägledningen används uttrycket ”personer med psykisk funktionsnedsättning” för att beskriva målgruppen, detta i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation. Tidigare användes uttryck som ”psykiskt funktionshinder” och ”psykiskt störda”, och de kan förekomma eftersom de finns i lagtexten och i den historiska kontexten. Dessutom används uttryck som ”den boende”, ”den enskilde”, ”personen”, ”brukaren” eller ”han eller hon”. Behovet av språklig variation och kontexten har varit ledande i valet av uttryck för att beskriva en person ur målgruppen i varje enskild mening.

Hänvisningar till juridiska texter som lagar, förordningar, föreskrifter, allmänna råd, propositioner, betänkanden, mm görs i den löpande texten. Övriga hänvisningar till t ex vetenskapliga artiklar, rapporter och böcker görs till en referenslista längst bak i vägledningen.

Kapitel 1
– Från mentalsjukhus till ett eget hem

Inledning

Boende- och boendestödsverksamheterna för personer med psykisk funktionsnedsättning bygger på ett antal viktiga principer och en etisk plattform. Syftet med detta kapitel är att redogöra för dem genom en historisk beskrivning, en presentation av relevanta lagar och förarbeten samt genom en definition av ett hem och vad ett hem betyder för personer ur målgruppen. Kapitlet är således utgångspunkten för denna vägledning.

Mänskliga rättigheter och politiska mål

Att ha någonstans att bo är ett grundläggande behov, oavsett eventuella övriga problem som en person kan ha. Enligt Förenta Nationerna (FN) ska staterna sträva mot en tillfredsställande levnadsstandard för alla medborgare, och i det ingår en bostad [6]. Denna rätt skyddas i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948, i artikel 11 i FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter från 1966 samt i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning från 2006. På det nationella planet är också de handikappolitiska målen en utgångspunkt för denna strävan. Tidigare skapades institutioner för personer med funktionshinder för att bl.a. skydda dem från det övriga samhället och ibland tvärtom, men sådana tankegångar skiljer sig markant från målen i dagens handikappolitik. Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken slår fast att målet är ”ett samhälle utformat så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet”. Detta mål är en viktig grund för arbetet med boende- och boendestödsverksamheter för målgruppen.

Fram till för cirka 20 år sedan bodde många personer med psykisk funktionsnedsättning på ett mentalsjukhus, på en psykiatrisk klinik eller på ett sjukhem. Först under 1900-talets senare del förändrades detta radikalt och ”boendet” för målgruppen flyttades ut från institutionerna till mer integrerade och hemlika boendeformer. I stället för mentalsjukhusets storskaliga institution består dagens samhällsbaserade boendelösningar av bostäder med särskild service, som är oftast av småskalig karaktär, samt av ordinära bostäder där man strävar efter att ge ett individuellt anpassat stöd. Samtidigt förändrades boendeformens placering: från stora byggnader i lummiga parkområden, bakom höga murar och utanför stadskärnorna, till bostäder med särskild service i mer tätbebyggda stadsdelar och enskilda lägenheter utspridda i olika delar av en vanlig stadsmiljö.

I vardagligt språkbruk pratar vi om bostaden och hemmet när det gäller enskilda människors boendeförhållanden. När vi pratar om var och hur per-

soner med psykisk funktionsnedsättning bor använder vi vanligtvis termer som gruppboende eller eget boende. Ordvalet visar att vi tydligen inte ser boendet som ett *hem*.

Viktiga principer som mänskliga rättigheter och normalisering har under många år styrt samhällets sätt att ge stöd till personer med olika former av funktionsnedsättningar. Personer ur målgruppen behöver individuellt stöd för att kunna skapa sitt eget hem, och det är en etisk plattform i arbetet med boende och boendestöd.

Det historiska perspektivet

Detta avsnitt innehåller en mera faktabetonad beskrivning av mentalsjukhusens avveckling och de alternativa samhällsbaserade boendeformernas utveckling. Beskrivningen varvas med vinjetter, skrivna av Boendeprogrammets projektledare, som beskriver samhällets omhändertagande av ”Kalle 30 år gammal med diagnosen schizofreni” vid tre olika tidpunkter: år 1960, 1980 och 2005.

Från mitten av 1800-talet fram till omkring 1960 var mentalsjukhusen den vanligaste miljön för att behandla patienter med psykiska sjukdomar. Dessa sjukhus erbjöd det nödvändigaste för att personer med psykiatriska sjukdomstillstånd skulle överleva, och boendet var ett av de viktigaste grundläggande behoven som tillfredsställdes i denna miljö. Mentalsjukhusen låg ofta långt utanför stadskärnan, inom ett inhägnat parkområde, för att lugna allmänheten som ansåg att patienterna var farliga. Placeringen stämde dessutom med dåtidens uppfattning att återhämtningen gick lättare i lugna och lantliga miljöer [7]. Känslan av isolering från det omkringliggande samhället förstärktes av att sjukhusen drevs så självförsörjande som möjligt med grönsaksodlingar, djurhållning, stall- och ladugårdsbyggnader, verkstäder och även egna kyrkogårdar [8]. Livet på ett mentalsjukhus karaktäriserades av rutiner, uniformitet, brist på frihet och ett minimum av privat boendeyta [9]. Inställningen var att man inte kunde botas från allvarliga psykiska sjukdomar, så för många människor blev boendet på mentalsjukhuset livslångt.

Kalle: 30 år, diagnos schizofreni – 1960

Kalle föddes 1930. Under skoltiden märkte föräldrarna att han började bete sig konstigt. Han började tappa kontakt med sina kamrater och låste ofta in sig i sitt rum och hade underliga idéer om att vara förgiftad. När han var 18 år togs han in på ett mentalsjukhus och har varit där i 12 år nu. Han har flyttats runt på olika avdelningar för manliga patienter. De kvinnliga patienterna är placerade på avdelningar som ligger på andra sidan av sjukhusparken.

Sammanlagt 1 200 patienter bor på sjukhuset och det finns 40 patienter på den avdelning där Kalle vistas. Han får tre måltider per dag, vilka han äter tillsammans med de andra patienterna i en stor matsal. Ibland tillåts han duka fram på borden samt plocka av, men han får aldrig röra knivarna. Han delar sovrum med 15 andra patienter, ljuset släcks vid tio på kvällen och då ska det vara tyst. Det finns en tv i dagrummet,

fast det är endast personalen som får sätta igång den. Två förmiddagar i veckan går Kalle till en verkstad på sjukhusområdet där han får göra enkla träarbeten och på hösten arbetar han med en grupp patienter som har ansvar för att samla upp alla löv i den stora sjukhusparken. Ibland går personalen ut på promenad med några av patienterna.

Alla patienter bär sjukhuskläder och Kalle använder sina egna bara när föräldrarna kommer för att hälsa på honom en gång om året, på hans födelsedag. En ur personalen åker till staden som bud för att köpa cigaretter till Kalle och de andra patienterna. Cigaretterna delas ut en gång i timmen och ingen av patienterna får ha egna tändstickor eller tändare. Avdelningssköterskan har hand om Kalles pengar och förvarar dem i ett kuvert i medicinskåpet. Kalle har tappat intresset för att läsa tidningen och spela gitarr som han gjorde förr och han ligger för det mesta på sin säng eller väntar i dagrummet på nästa måltid. Hans medicinering gör honom trött och apatisk.

Avvecklingen av mentalsjukhusen som boendeform berodde huvudsakligen på kliniska, humanitära eller ideologiska samt ekonomiska faktorer. De kliniska faktorerna handlade bl.a. om introduktionen av antipsykotiska läkemedel [10] och utvecklingen av de s.k. terapeutiska samhällena [11]. Den ideologiska debatten rörde bl.a. det negativa med att leva på en institution [12]. På det ekonomiska planet såg administratörer möjligheter till besparingar genom att avveckla de kostsamma, personaltäta mentalsjukhusen [13]. Avinstitutionaliseringen innebar färre traditionella institutionsmiljöer och fler samhällsbaserade stödformer. Olika skyddade boendemiljöer med behandlingsinslag etablerades, vilka hade olika karaktär och skiftande kontroll- och bemanningsnivåer. Patienterna erbjöds inte plats i vanliga boenden, utan i behandlingsorienterade boendemiljöer med psykiatriskt utbildad personal i en kollektiv terapeutisk miljö [14].

Kalle: 30 år, diagnos schizofreni – 1980

Kalle föddes 1950. Under skoltiden märkte föräldrarna att han började bete sig konstigt, så de kontaktade den barnpsykiatriska kliniken och han lades in några månader där. Hans beteende förändrades inte nämnvärt och han skickades hem. När Kalle slutade skolan fick han några ströjobb och prövade några yrkesutbildningar, men klarade aldrig att stanna mer än ett par veckor på varje ställe. Han tappade kontakten med sina kompisar och började låsa in sig i sitt rum, och klagade över att han var förgiftad och att någon var ute efter honom. Vid 21 års ålder togs han in på en vuxenpsykiatrisk avdelning. Han har varit på flera olika avdelningar sedan dess, några för endast manliga patienter och några med både manliga och kvinnliga patienter. I två år vistades han på ett behandlingshem och därifrån skrevs han ut till en egen lägenhet.

Några månader senare togs Kalle in på sjukhuset igen, denna gång för tvångsvård. Hans tillstånd hade blivit mycket sämre än tidigare, han

hörde röster och var ofta våldsam. Nu vistas han på en avdelning med 17 andra patienter och det finns totalt 500 patienter på sjukhuset. Han delar ett tvåbäddsrum och kan titta på tv när han vill på kvällarna. Dessutom får han ha sina egna cigaretter och tändare och han har sina egna kläder på sig. Tre gånger i veckan arbetar han i snickeriavdelningen på sjukhusets arbetsterapienhet och han går ut på stan och handlar tillsammans med en ur personalgruppen. Nu tillåts han promenera själv på sjukhusområdet. Tillsammans med några andra patienter ansvarar han för att duka och plocka av borden två dagar i veckan. En kurator hjälper till med ekonomin så att Kalle har tillräckligt mycket av sjukpenningen kvar för att kunna köpa en tidskrift en gång i veckan. Nyligen har han börjat läsa engelska tillsammans med patienter från andra avdelningar och läraren kommer till sjukhuset en gång i veckan. Hans föräldrar hälsar på honom några gånger om året och ibland får han vara hos dem över en helg. Personalen har pratat om att flytta honom till ett sjukhem eftersom tidigare försök med en egen lägenhet har misslyckats.

I början av 1990-talet blev en boendestödsmodell den vanligaste lösningen på boendefrågan. I Sverige innebar modellen att småskaliga kollektiva boendeformer etablerades men också boendestöd i personens egen bostad. Denna fas innebar också en attitydförändring på så sätt att personer med psykiska funktionshinder inte längre bara sågs som servicemottagare utan också som medborgare med möjlighet till att vara delaktiga och att integreras i samhället. I stället för den tidigare behandlingsinriktningen fick brukarna bl.a. inflytande över valet av bostad och ett bredare utbud av stöd och service, där behandling endast var en del. De tidigare och mer tillfälliga boendeformerna ersattes av permanenta boendealternativ [15]. Den ideala boendemiljön ansågs vara ett litet, familjeliknande boende där atmosfären präglades av ömsesidigt stöd och förväntningar på ett ansvarsfullt beteende [16].

Kalle: 30 år, diagnos schizofreni – 2005

Kalle föddes 1975. Under skoltiden märkte föräldrarna att han började bete sig konstigt, så han skickades till skolpsykologen som remitterade honom till den barnpsykiatriska kliniken. Där deltog hela familjen i behandlingen. Så småningom tappade han kontakten med sina kompisar och började låsa in sig i sitt rum, Kalle klagade också över att han var förgiftad och pratade med sig själv som om han svarade en inre röst. De senaste tio åren har han varit intagen 15 gånger på sjukhusets psykiatriska intagningsavdelning. Ibland har han bara stannat några veckor, men vid andra tillfällen har han behövt vara på en rehabiliteringsavdelning i några månader innan han har skrivits ut till sin lägenhet.

För två år sedan flyttade Kalle till ett av kommunens gruppboenden för personer med psykiska funktionshinder. Han har en egen lägenhet i en trappuppgång där sex andra före detta patienter också har lägenheter.

Det finns en dagcentral på bottenvåningen och personalen där hjälper honom både praktiskt och känslomässigt. Han har inte haft råd att köpa mycket möbler till sitt rum, men trivs ändå med att bo där. Han kan välja mellan att äta tillsammans med de andra i dagcentralen eller laga sin egen mat. Om Kalle vill ha sällskap kan han gå ner till dagcentralen, men i lägenheten får han vara för sig själv. Två dagar i veckan lagar han mat tillsammans med sin kontaktperson ur personalgruppen och ibland går de till staden för att handla mat eller kläder. Nyligen fick han ett personligt ombud som har hjälpt honom att få plats i ett arbetsträningsprojekt där han deltar tre förmiddagar i veckan. Han bygger små båtar i trä och sedan målar han dessa. Kalle får hjälp med sin ekonomi av en god man som kommer med pengar en gång i månaden och ser till att räkningarna blir betalda. Hans föräldrar hälsar på honom ofta och de brukar ge honom lite extra pengar.

Dessa vinjetter skildrar en nästan 50-årig epok som innebar radikala förändringar i samhällets sätt att förhålla sig till personer med psykisk funktionsnedsättning. Beskrivningen i sig är positiv eftersom målgruppens dåliga levnadsförhållanden i institutionsmiljöer byttes ut mot mer hemlika boendeformer som var integrerade i samhället. Goffman skrev på 1960-talet om ”totala institutioner” [12]. Han gav en inblick i det totalitära systemet på mentalsjukhus där patienterna var tvungna att underkasta sig institutionens regelsystem och övervakades av personalen. Patienterna kontrollerades i vardagslivets alla delar – vad, när och hur allting skulle göras på avdelningarna. Inget utrymme var fredat och privat för de intagna och ingen hänsyn togs till ”enskilda individers individualitet” [17, 18].

Många forskningsrapporter har vittnat om hospitaliseringseffekter på patienter som har vistats länge på en institution som ovan, och sådana effekter är vanliga bland människor som i dag bor i bostäder med särskild service i kommunal eller enskild regi. Hospitalisering kännetecknas av apati i varierande grad, bristande förmåga till initiativ och planering samt en utslätning av personens individuella egenskaper. Men det är inte bara patienterna som har formats på detta sätt. Personal som tidigare skulle upprätthålla det totalitära systemet har tagit med sig en del av systemets tankemodell till de nya samhällsbaserade arenorna. Detta institutionstänkande syns exempelvis i låsta utrymmen som endast personalen kan öppna, ett låst kylskåp i det gemensamma köket och andra restriktioner som hindrar patienterna från att man leva vad som kan betraktas som ett normalt liv. Sådana inskränkningar kan bero på okunskap men de kan också vara något som ”sitter i väggarna” eller vara en del av omedvetna handlingar som personalen inte ser eller förstår konsekvenserna av. Okunskap kan rättas till med hjälp av kunskap, men det är svårare att bearbeta och förändra omedvetna handlingar och inarbetade mönster.

Det finns inga vetenskapliga studier som har fokuserat på bostäder med särskild service eller motsvarande och om dessa kan ses som institutioner, och i vilken grad en sådan miljö kan påverka de boende. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) framhålls dock att bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS inte ska ha en institutionell prägel. I väntan på evidensbaserad kunskap kan man inom kommunala och

enskilda verksamheter ändå minska risken för att institutionens tankestrukturer inverkar negativt. Att arbeta med värdegrunden är ett sätt att göra personalgrupper medvetna om det som ”sitter i väggarna”, exempelvis genom studiecirklar, fokusgrupper eller vanliga personalmöten där personalgruppen diskuterar värdegrunden för sitt arbete. De boende kan också vara med i diskussionen för att föra resonemanget vidare, eftersom brukare har god kunskap och kan bidra med exempel och erfarenheter som personalen aldrig har. Dessutom kan de anhöriga bidra med sina erfarenheter och kunskaper.

Från Psykiatriutredningen till Nationell psykiatrisamordning

År 1989 tillsattes en särskild utredning för ”att överväga och föreslå åtgärder för att uppnå en förbättrad och effektivare service och vård till psykiskt störda”. Utredningen förändrades så småningom till en parlamentarisk kommitté som antog namnet Psykiatriutredningen och åtgärdsförslagen presenterades i Välfärd och valfrihet: service, stöd och vård för psykiskt störda (SOU 1992:73).

Psykiatriutredningen

I Psykiatriutredningen skrev man för första gången specifikt om boende för personer med psykisk funktionsnedsättning. I ett delbetänkande till regeringen 1991, ”Rätt till bostad – om psykiskt stördas boende” (SOU 1991:92), konstaterades följande:

> *Trots att utvecklingen mot en avinstitutionalisering inom den psykiatriska vården pågått i mer än två decennier har utredningen inte kunnat finna några skrifter eller motsvarande som särskilt behandlat frågor om psykiskt stördas boende.*

Vidare gör man detta konstaterande:

> *Rätten till egen bostad för psykiskt störda handlar om den grundläggande mänskliga rättigheten att kunna skapa sig ett eget hem.*

I samma dokument skriver utredaren visserligen inte direkt om ett hem, men använder sig av dåtidens terminologi ”bostad” med dåtidens betoning på de fysiska aspekterna av hemmet snarare än de sociala [19]. I betänkandet listas ett antal faktorer som är särskilt betydelsefulla för att anpassa boendet till olika behov och valfrihet:

- *Möjligheten till avskildhet men också möjligheten till kontakt och gemenskap, i den egna bostaden, i huset, i kvarteret och grannskapet.*
- *Möjligheten att dra sig undan och att vara samman.*
- *Möjligheten till ett avskilt sovrum i den egna bostaden.*
- *Den individuella friheten och tillfredsställelsen att själv göra avvägningar mellan olika behov och önskemål.*

- *God ljudisolering, badkar.*
- *Möjligheten till skapande verksamhet och meningsfulla uppgifter i bostaden, trädgården, kvarteret.*
- *Möjligheten att klara sig själv, men också att få hjälp.*
- *Närheten till bostadskomplement, service och arbetsplatser.*
- *Möjligheten till identifikation, hemkänsla och tillhörighet.*

Psykiatriutredningens slutbetänkande låg så småningom till grund för regeringens proposition, Psykiskt stördas villkor (prop. 1993/94:218), där regeringen angav följande motiv för sina förslag på boendeområdet:

> *Målet för bostadspolitiken är att hela befolkningen skall beredas bostäder av god kvalitet till skäliga kostnader. Också personer med psykiska funktionshinder har rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad och där han kan få sina behov av stöd och service i den dagliga livsföringen tillgodosedda. Detta gäller således även personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar.*

Regeringen slog således an samma ton som utredarna och inkluderade målgruppen i den allmängiltiga principen om att alla ska ha en egen bostad. Dessutom skrev man vidare i motiven att gruppboendelösningar hade varit bra alternativ till institutionsvård för andra grupper, t.ex. bland äldre och funktionshindrade i samhället, och att man skulle stimulera utvecklingen och påskynda utbyggnaden av gruppbostäder m.m.(prop 1993/94:218 s 94). Utbyggnaden ledde till att cirka 8 000 personer hade plats i kommunala eller enskilda boendeformer av kollektiv karaktär i början av 2000-talet [20].

Benämningarna på dessa boendeformer har varierat mycket, t.ex. gruppboende, särskilt boende, stödboende, trapphusboende, serviceboende och korridorboende. Bostad med särskild service är den korrekta termen i dag, och den kanske viktigaste ändringen är att ordet ”grupp” inte längre finns i beteckningen. De tidigare gruppboendelösningarna betonade gruppkaraktären på bekostnaden av det individuella. Många innehöll gemensamma utrymmen som kök och vardagsrum medan de boende hade var sitt sovrum och personalen hade ett eget rum.

I Psykiatriutredningens delbetänkande Rätt till bostad - om psykiskt stördas boende (SOU 1991:92) används uttrycket ”fullvärdig” som markerar ytterligare ett steg mot skapandet av ett hem. För att kommuner eller privata vårdgivare ska få tillstånd för att driva en bostad med särskild service måste bostäderna vara fullvärdiga, enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Boverkets byggregler (BFS 1993:57) anger att följande ska finnas i en fullvärdig bostad:

> *Rum med inredning och utrustning för personlig hygien, rum eller avskiljbar del av rum för samvaro och sömn och vila, rum eller del av rum för matlagning etc. Avskiljbar del av rum skall ha fönster och utformas så att den med bibehållen funktion kan avskiljas med väggar från resten av rummet.*

Uppföljningar på boendeområdet

Socialstyrelsen har följt upp utvecklingen av boendeformer för personer med psykisk funktionsnedsättning. År 1998 publicerades en undersökning av de sociala förhållandena i särskilda boendeformer [17] där det framgick att det fanns många institutionella inslag i det stöd som gavs, t.ex. att stödet gavs på villkor att de boende skulle bete sig på ett visst sätt. Efter ytterligare några år genomförde Socialstyrelsen [20] en ny undersökning om kommunala boendeformer och om hem för vård eller boende (HVB). Fokus i undersökningen lades bl.a. på att studera ”hemlika förhållanden” och ”institutionsprägel”. Indelningen baserades på både fysiska och sociala kriterier som

- institutionsstorlek
- eget eller delat rum och toalett
- egen nyckel
- besök på rummet utan tillstånd
- möjlighet att komma och gå som man vill.

I studien fann man att 40 procent av personer med psykisk funktionsnedsättning boende i dessa två boendeformer bodde i boenden med ”hemlika förhållanden” och 33 procent i boenden med ”institutionsprägel” medan de övriga uppgavs bo i mer blandade miljöer. Dessa undersökningar visar att kollektiva boendelösningarna fortfarande präglas av institutionens tankemodell. Man behöver således arbeta på bred front för att ytterligare stödja personer med psykisk funktionsnedsättning att kunna skapa sig ett hem, oavsett om det gäller en egen lägenhet i det vanliga bostadsbeståndet eller en fullvärdig lägenhet i en bostad med särskild service i kommunal eller enskild regi.

Hittills har fokus lagts på de kollektiva boendelösningarna, men den vanligaste boendeformen är egen bostad med boendestöd. Socialstyrelsen gjorde 2008 en kartläggning[1] av kommunernas stöd och service, och den visar att cirka 15 500 personer med psykisk funktionsnedsättning fick boendestöd alternativt hemtjänst i ett ordinärt boende. Cirka 8 000 personer bodde i en bostad med särskild service eller i kollektiva boenden i enskild regi.

Nationell psykiatrisamordning betonade i betänkandet Ambition och ansvar (SOU 2006:10) att en människas behov och önskemål bör styra utformningen av den insats han eller hon får från sin hemkommun. Dessutom har regeringen angett följande i skrivelsen ”En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning” (Rskr 2008/09:185)

> *Kommunerna ska erbjuda olika boendeinsatser till personer med psykisk funktionsnedsättning, anpassade efter dessa personers behov.*

[1] Ej publicerad ännu. 2008 års kartläggning fungerar som ett jämförelsematerial för kommande kartläggningar.

Bostaden som hem och arbetsplats

I detta inledningskapitel är det också viktigt att nämna två andra principer som rör behovsstyrda verksamheter och den privata miljön som en arbetsplats. Båda dessa principer markerar ytterligare ett steg från tidigare tankestrukturer om ett totalitärt omhändertagande. I en insatsstyrd verksamhet kan stöd- och servicemottagaren bara få insatser utifrån det befintliga serviceutbudet, men behovsstyrda verksamheter tar hänsyn till individens önskemål. Det ställer större krav på kommunerna och andra vårdgivare och personalen på alla nivåer måste bl.a. ha ett annat förhållningssätt gentemot den som söker stöd. Större krav ställs också på mottagarna; tidigare under mentalsjukhustiden var de passiva mottagare och var tvungna att underkasta sig det regelsystem som rådde. Detta innebär ytterligare en förskjutning i förhållandet mellan dem som ger och dem som tar emot stöd. En behovsstyrd verksamhet tar hänsyn till individuella behov och önskemål, men det innebär alltså ett mer aktivt deltagande från individens sida i samverkan med dem som tillhandahåller stödet och servicen.

Som nämnts ovan är det svårt att helt frigöra sig från en tankemodell som präglas av institutionsvården, och det gäller främst kollektiva boendemiljöer. I både enskilda och kollektiva boendemiljöer har man dock problemet med att individens eget hem också är arenan för en yrkesmässig vård- och stödinsats. Dessa yrkesmässiga insatser har konsekvenser för mottagaren men också för personalen som ger dessa tjänster. Den privata miljön i en bostad med särskild service bör ses som lika viktig som den privata miljön i ett ordinärt boende där man tar emot boendestöd, vilket Borell och Johansson [21] berör:

> *Hemmet är nämligen inte vilken ”lokal” som helst, utan innefattar en speciell kombination av materiella och symboliska aspekter. En central aspekt är avskildhet. Hemmets väggar utgör en fysisk gräns mellan det offentliga och det privata, och den förstärks av kulturella regler om tillträdet till ett hem.*

Att arbeta i en annan människas hem och privata sfär ställer stora krav på personalen i båda de nämnda boendeformerna och det väcker många frågor som handlar om respekt för individens privata sfär. Personalen i en institutionell miljö tog ingen hänsyn till människors individualitet, men dessa frågor måste ställas nu när hemmets väggar är gränsen mellan det offentliga och det privata.

Vad utmärker ett hem?

För att förstå den etiska plattformen som boende- och boendestödsverksamheter ska bygga på är det viktigt att definiera vad ett hem är och tydliggöra dess betydelse för personer med psykisk funktionsnedsättning. I detta avsnitt presenteras ett antal beskrivningar av hemmets betydelse för människor i allmänhet.

I ett historiskt perspektiv har begreppet hem länge förknippats med föreställningar om avskildhet, intimitet, hemtrevnad och komfort. Hemmet har

beskrivits i litteraturen som en tillflyktsort eller fristad, en plats dit man kan dra sig tillbaka och koppla av [22]. Denna beskrivning bygger bl.a. på föreställningar om skiljelinjen mellan det offentliga och det privata och den interna och den externa världen. Hemmet blir då en bekväm, säker och trygg plats. Den offentliga sfären förknippas med arbete och relationer med andra än familjen, medan hemmet erbjuder frihet, kontroll, trygghet, säkerhet, ett utrymme för kreativitet, återhämtning samt ett sammanhang för nära relationer [23].

Somerville [24] identifierade sex saker som betecknar ett hem: skydd, härd, hjärta, avskildhet, rötter samt boning. *Skydd* är den fysiska byggnaden som erbjuder skydd medan *boning* är en plats där man kan stanna. *Härd* står för en välkomnande, varm och avkopplande fysisk miljö och *hjärta* symboliserar en kärleksfull, stödjande och trygg miljö. *Avskildhet* betyder ett utrymme där man kan etablera och kontrollera personliga gränser och *rötter* betecknar hemmet som en källa för identitet och mening i världen.

Ginsburg [25] skriver följande om hemmet:

> *Vi skapar våra hem. Inte nödvändigtvis genom att bygga dem själva, även om några gör det. Vi bygger vårt livs intima skal genom organisationen och inredningen av det utrymmet där vi bor. Hur vi fungerar som människor associeras till hur vi gör oss hemmastadda. Vi behöver tid för att omvandla vår bostad till vårt hem . . . . Vår bostad är var vi bor, men vårt hem är hur vi bor. (Översättning av D. Brunt)*

och Young skriver om föremål i hemmet [26]:

> *... (de) stödjer de kroppsliga vanorna och ritualerna hos dem som bor där. Hur placeringen av möbler i utrymmet skapar stigar för vanorna – läslampan placeras just här, tv:n just här, de speciella kryddorna placerade på hyllan just för att passa till denna individs smak och matlagningsvanor. (Översättning av D. Brunt)*

Sjöström [19] lyfter fram fyra andra dimensioner som har betydelse för ett hem:

- *Kontroll:* Man kan vara sig själv och bestämma över sin vardag, kan bestämma om vem som får komma in samt hur hemmet ska utformas och disponeras.
- *Identitet:* Hemmet är en viktig markör för den personliga identiteten och platsen där man kan uttrycka sin personliga livsstil.
- *Relationer:* Hemmet är en viktig plats för att upprätthålla relationer.
- *Aktivitet:* Hemmet kan ses som ett aktivitetscentrum.

De boendes syn på betydelsen av ett hem

När man intervjuar enskilda personer om vad som utmärker ett hem innehåller svaren ofta personliga värderingar. Dessa svar kan ge kommuner kunskap om hur de kan stödja en person att utforma sitt hem utifrån sina egna

värderingar och önskemål. Här nedan berättar ett par personer med psykisk funktionsnedsättning vad ett hem betyder för dem. (Namnen är fingerade.)

”Lisa”:

Ett hem är Mitt Eget. Det är att ha någonstans att längta till, att komma hem till, när man varit ute och rest. Att bo på ett ”boende”, det är inte tänkbart en gång. Jag anser mig frisk och vill inte ha främmande människor omkring som talar om vad jag ska göra. En gång i tiden när jag sågs som ett ”hopplöst fall” bodde jag för mig själv i en lägenhet. En godhjärtad människa, en sjuksköterska, kom hem till mig och hjälpte mig att komma igång. Hon gav mig inga ”pekpinnar” utan ställde sig bara och diskade. Självklar hjälp. Då härmade jag henne. Då kom jag igång med att sköta mitt hem.

”Lotta”:

Hemmet ska vara inbjudande att bo i. Rent, inte stökigt. Trevliga tavlor på väggarna, mysigt. Det ska finnas sovrum, vardagsrum, toalett och kök. Internet och telefon måste man ha. Och en stereo så man kan lyssna på musik. Man ska kunna ha en guldfisk också om man vill det. Man ska känna sig säker i sitt bo. Man ska ha bra grannar som inte är bullriga, eller som klagar på att man stör. Hemmet ska se representativt ut när man får besök.

Kapitel 2 – De boende

Inledning

I kapitel 1 lades fokus på hemmet för personer i målgruppen. Detta kapitel handlar om personerna som bor i bostäder med särskild service eller får boendestöd i sin egen bostad. Redogörelsen bygger på följande frågor:

- Vilka är de? Är alla lika? Finns det urskiljbara undergrupper i målgruppen?
- Vilka är stöd- och servicebehoven och vad vill man ha hjälp med i sitt eget hem? Skiljer sig behoven mellan undergrupperna?
- Var och hur vill man bo?

Svaren på frågorna kan utgöra ett viktigt kunskapsunderlag för dem som ska fatta beslut om eller utföra boendestödet.

Insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning

Under 2008 besvarade Sveriges kommuner en enkät från Socialstyrelsen om deras insatser för målgruppen och antalet mottagare. Bortfallet var relativt litet och svaren redovisas i tabell 1 nedan.

Tabell 1. Mottagare av boende- och boendestödsinsatser år 2008

Insats	Antal personer (avrundat)
Bostad med särskild service	6 200
Boendestöd i ordinärt boende	13 000
Hemtjänst i ordinärt boende	2 400
HVB, annan enskild verksamhet	2 000
Summa	23 600

Enkäten visade att knappt 24 000 personer ur målgruppen fick någon form av boende eller stöd i boendet. Totalt 217 kommuner (70 procent av de kommuner och stadsdelar som svarade) erbjöd bostäder med särskild service enligt socialtjänstlagen (SoL), och 204 kommuner (66 procent) erbjöd bostäder med särskild service för vuxna enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Boendestöd för målgruppen erbjöds av 292 kommuner och stadsdelar (94 procent) enligt enkätsvaren.

En fråga i enkäten rörde utbudet av boendeformer för specifika grupper bland personer med psykisk funktionsnedsättning. Svaret redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Antal kommuner med boendeformer för specifika grupper

Specifika grupper	Antal
Personer med psykisk funktionsnedsättning och missbruk	79
Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	78
Unga vuxna med psykisk funktionsnedsättning	49
Personer över 65 år med psykisk funktionsnedsättning	62

Målgruppen – personer med psykisk funktionsnedsättning

Den målgrupp som vi i dag benämner ”personer med psykisk funktionsnedsättning” har bara under de senaste 20 åren haft en rad olika benämningar. Under 1990-talet, i samband med Psykiatriutredningen och psykiatrireformen, användes termerna ”psykiskt långtidssjuka” och ”psykiskt störda”. Så småningom blev det vanligare med ”personer med psykiska funktionshinder” och sedan 2008 rekommenderar Socialstyrelsen ”personer med psykisk funktionsnedsättning [27], vilket också stämmer med den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Den sistnämnda termen tar fasta på konsekvenserna av sjukdomen i stället för själva sjukdomen och dess officiella benämning, dvs. diagnosen [28].

Kansliet för Nationell psykiatrisamordning såg behovet av att tydliggöra vad som menades med den dåvarande benämningen ”psykiskt funktionshinder”. I sitt slutbetänkande (SOU 2006:100) presenterade psykiatrisamordningen en definition som har varit vägledande. Med den ovan nämnda förändringen från ”funktionshinder” till ”funktionsnedsättning” och får då definitionen följande lydelse:

> *Den målgrupp som Nationell psykiatrisamordning definierat består av personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen.*

I samband med psykiatrireformen i mitten av 1990-talet betraktades målgruppen som en ganska homogen grupp i fråga om diagnos, och man ansåg att de flesta hade vistats på mentalsjukhus och behövde en hel del praktisk hjälp för att klara grundläggande vardagssysslor. Dessa behov sågs som en konsekvens av sjukdomen i sig men också som en följd av sjukhusvistelsen,

s.k. hospitalisering. En genomsnittlig bild kunde således beskrivas på följande sätt: En man i 45–55 års ålder med en psykosdiagnos, lång erfarenhet av att ha vistats på mentalsjukhus och med behov av hjälp att klara mat, tvätt, städning och hygien i sitt nya boende i samhället. De flesta kommuner satsade då på gruppboenden och/eller boendestöd i det ordinära boendet för att tillfredsställa hjälp- och stödbehoven hos personer med psykisk funktionsnedsättning.

Denna bild ändrades dock ganska snabbt. Kansliet för Nationell psykiatrisamordning tog initiativ till Boendeprojektet, och vid starten år 2005 gjordes en inventeringsresa till ett tjugotal svenska kommuner. Projektledaren noterade då att målgruppen hade ändrat karaktär. Personalen i kommunerna berättade att ganska många av de biståndssökande var personer med neuropsykiatriska tillstånd som autismspektrumstörningar eller Aspergers syndrom. Några av kommunerna lyfte fram en ny grupp som framför allt ansökte om boendestöd och som den psykiatriska vården inte ansåg behövde någon vård. Gruppen var ofta yngre än den grupp som psykiatrireformen hade utgått ifrån, och dessa personer hade inte vårdats särskilt länge och var inte hospitaliserade på det sätt som ursprungsgruppen hade varit. En del av dem hade dock ett självskadebeteende som man inte var van vid att hantera. Några av kommunerna påtalade också att ganska många av dem som man hade tagit emot vid psykiatrireformens början i mitten av 1990-talet nu var äldre än 65 år eller närmade sig denna åldersgräns. I dessa kommuner diskuterades hur man på bästa sätt kunde tillfredsställa behoven hos gruppen som nu hade fler somatiska besvär och färre psykiska symtom. Frågan gällde även om stödbehovet bäst kunde erbjudas inom ramen för kommunens socialpsykiatriska verksamhet eller inom äldreomsorgen.

Gruppen av personer med psykiska störningar och en i huvudsak gemensam behovsprofil hade således efter kort tid blivit betydligt mer heterogen. Dock kunde man urskilja undergrupper med vissa gemensamma nämnare. Kategorisering av människor i grupper är vanligtvis baserad på kända karaktäristika eller interna organisationsgränser. I detta fall går det att använda ålders- och diagnoskategorier, och vi kan således tala om kategorier eller undergrupper som yngre eller äldre, med psykosdiagnos eller neuropsykiatrisk diagnos. Stora kommuner har ett större antal individer som kan tillhöra dessa olika kategorier, och där kan stödet till en viss undergrupp organiseras utifrån gruppens speciella behov medan detta naturligtvis blir omöjligt i mindre kommuner. Nedan följer en kort beskrivning av en del gemensamma drag hos dessa möjliga undergrupper. Kategoriseringarna är inte heltäckande och det kan finnas andra möjliga undergrupper. Med hjälp av kategoriseringen blir det lättare att förstå hjälpbehovet, att sortera och differentiera stödet till målgruppen och att kunna använda resurserna på ett effektivt sätt. Tanken är dock inte att skapa gränser som kan leda till att vissa personer inte får tillgång till ett visst stöd eftersom de inte tillhör ”rätt” grupp. Den grundläggande principen är fortfarande att se till den enskilde individen med sina unika förutsättningar och unika behov.

Åldersgrupper

Yngre människor

I denna vägledning kan det vara meningsfullt att skilja på yngre och äldre människor. Med yngre avses i detta sammanhang personer från målgruppen som är ungefär 18–35 år. I förhållande till övriga grupper har dessa människor relativt kort erfarenhet av psykiatrisk slutenvård, vilket innebär att de troligen är mindre hospitaliserade än sina föregångare. En annan konsekvens är att de yngre, till skillnad från de äldre, inte har socialiserats till att tro att de måste bo i en kollektiv lösning med personal och de flesta söker därför boendestöd i ett ordinärt boende framför en bostad med särskild service. Studier om gruppens boendepreferenser [29] visar att många efterfrågar mindre stigmatiserande miljöer, mer avskildhet och personal som är tillgänglig på ett flexibelt sätt.

Forskningen visar också att denna undergrupp har en delvis annorlunda problematik och ställer andra krav på stöd och service i samhället än de äldre [29]. Förutom sitt psykiatriska sjukdomstillstånd har de i större utsträckning även problem med alkohol- och/eller drogmissbruk, svårigheter att infoga sig i stöd- och serviceprogram samt problem med ett självskadebeteende. I en av Boendeprojektets delstudier [30] fokuserades behoven hos olika undergrupper i en medelstor kommun, bl.a. en grupp som i studien kallades för ”ny grupp”. Diagnosprofilen för den bestod mestadels av ångestsyndrom och personlighetsstörning. En biståndsbedömare i denna kommun berättade att de flesta ansökningar om plats i en bostad med särskild service eller boendestöd, under 2007, kom från personer som hör till denna yngre grupp samt personer med neuropsykiatrisk problematik.

Äldre människor

Många som berördes av psykiatrireformens satsningar under 1990-talet var då 45–65 år gamla. De har nu uppnått eller kommer snart att uppnå den magiska gränsen vid 65 år, vilket innebär pensionsåldern. Det är oklart hur många äldre som har en psykisk funktionsnedsättning eftersom det finns olika definitioner och sätt att räkna. Dock kan siffror från Kungsholmsstudien [31] visa omfattningen: vid 75 års ålder hade 15 procent av befolkningen någon psykisk sjukdom, och ytterligare 10 procent ansågs ha ett dagligt lidande på grund av psykiska symtom utan att ha en diagnos.

Det kan vara missvisande att skriva om en undergrupp eller en kategori av äldre med psykisk funktionsnedsättning eftersom olika varianter kan dölja sig i kategorin [32]. Exempelvis finns det många äldre som har drabbats av psykisk ohälsa och en funktionsnedsättning i samband med åldrandet. En annan stor grupp är de som åldras efter att tidigt i livet ha drabbats av psykisk ohälsa, och de har också ofta en nedsatt fysisk hälsa (se även kapitel 7). Ytterligare tre mindre grupperingar av äldre kan vara de som har upplevt något trauma under sin livstid, de som har missbruksproblem och de som har ADHD, ADD eller Aspergers syndrom [33]. Dessa olika personer kan ha kontakt med olika delar av en kommuns socialtjänst, t.ex. äldreomsorgen, någon socialpsykiatrisk verksamhet, funktionshinderomsorgen eller den övriga socialtjänsten. Den gemensamma nämnaren är hög ålder i kombina-

tion med en psykisk funktionsnedsättning, och stödet och organiseringen kring det kan variera mycket. Alla delar av socialtjänsten måste dock uppmärksamma dessa personers olika behov för att kunna erbjuda en bra boende- eller boendestödsverksamhet (se även kapitel 4).

Diagnosgrupper

Diagnosen är en central del av all medicinsk verksamhet eftersom den ligger till grund för specifika behandlingar, fortsatt utredningsstrategi, råd om livsstil, förutsägelser om prognos m.m. Genom att dela in målgruppen i diagnosgrupper går det att se om en specifik diagnos kan leda till specifika behov av hjälp och stöd, eller när ett specifikt förhållningssätt bäst tillfredsställer dessa behov. Större kommuner med flera sökande till sina boende- och boendestödsverksamheter kan då organisera ett särskilt stöd som är riktat till en specifik undergrupp. Samtidigt tar en sådan indelning för lite hänsyn till individuella drag och skillnader.

Neuropsykiatrisk diagnos

Den diagnosgrupp som det kan vara meningsfullt att beskriva lite mera utförligt här är personer med neuropsykiatriska diagnoser, bl.a. ADHD, ADD, Aspergers syndrom, autism, atypisk autism och Tourettes syndrom. Många av dessa personer har som ovan nämnd ansökt om bostad med särskild service eller boendestöd. Personer med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har ofta

- begränsad förmåga till ömsesidig social interaktion
- begränsad förmåga till ömsesidig kommunikation
- begränsad beteenderepertoar, social lek och social fantasi samt
- begränsade intressen [34]

Svårigheterna för personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning varierar mycket mellan olika individer beroende på uttryck, förmåga och oförmåga, ålder m.m., liksom hos personer med andra psykiatriska diagnoser. Undergruppen utmärker sig dock genom att svårigheterna alltid framträder i samspelet med andra. Avvikelser i hjärnfunktioner påverkar bl.a. hur personen tolkar och upplever sinnesintryck från omvärlden, förstår sammanhang och hur han eller hon löser problem. Den enskilde kan också ha svårt för att planera och organisera sin vardag [34]. Människor som har drabbats av en psykos kan uppleva liknande svårigheter, men även om olika diagnosgrupper har liknande behov av hjälp och stöd kan problemen och lösningarna variera.

Behov av hjälp och stöd

Många behöver hjälp och stöd för att kompensera konsekvenserna av en psykisk sjukdom, och det behovet utgör grunden för de insatser som en kommun erbjuder målgruppen. De vanligaste insatserna är ett boende i bostad med särskild service eller boendestöd i det ordinära boendet eftersom

de tillfredsställer en mängd olika behov. I kapitel 4 berörs ansökningsproceduren när någon har lämnat in en ansökan om boende eller boendestöd. Nedan berörs kort de vanligaste stödbehoven som personer i målgruppen kan ha och hur man som personal kan tänka och resonera kring dessa. I Sverige finns två vetenskapligt testade instrument för att kartlägga behoven: Camberwell Assessment of Need (CAN) [35] och Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ) [36]. Fler instrument finns i bruk men de har inte genomgått någon vetenskaplig prövning.

De viktigaste behoven

I en undersökning fick personer som bodde i bostäder med särskild service i kommunal regi [37] ange de vanligaste, icke behandlingsrelaterade behoven, och svaren rörde följande livsområden: daglig sysselsättning, boende, mat, sociala kontakter, ekonomi, skötseln av bostaden och fysisk hälsa.

I en annan svensk studie fann man att de som behövde mer hjälp och stöd än andra hade en eller flera av de följande egenskaperna: svåra psykiatriska symtom, lägre funktionsnivå, högre ålder och längre sjukdomstid. Forskningsresultat har också visat att det finns skillnader mellan kvinnors och mäns självskattade behov. Fler kvinnor än män anser att de behöver vård och stöd när det gäller den fysiska hälsan. Män däremot rapporterar i större utsträckning att de behöver hjälp och stöd med att etablera och/eller handskas med intima relationer, drogmissbruk, boendesituationen samt mathållning och skötsel av det egna hemmet [38]. Ett annat viktigt behov är stöd i föräldraskapet. En person som har barn och som kanske sällan träffar sitt eller sina barn kan behöva stimulans och konkret stöd i att förbättra alternativt återuppta kontakten med barnen.

Behov av trygghet

De svårast sjuka bor oftast i en bostad med särskild service och kan ha specifika behov som behöver få särskild uppmärksamhet, t.ex. kan dessa ha ett större behov av trygghet i sitt boende än andra med mindre påtagliga problem. Tidigare i denna vägledning har institutionerna kritiserats för sin negativa påverkan och hospitaliseringseffekterna, men sådana miljöer hade inte enbart negativa konsekvenser. En fördel med institutionsboendet var att patienterna fick trygghet och struktur när de inte förmådde att skapa det själva. Det är viktigt att personal i bostäder med särskild service tar hänsyn till de personer som har stora behov av trygghet. De kan dock få en något högre grad av trygghetsskapande åtgärder och struktur än i andra boendetyper, men personalen behöver samtidigt vara försiktiga för att inte skapa en institutionsliknande boendemiljö.

Olika syn på behoven

Kommunen gör en behovsbedömning när någon ansöker om en bostad med särskild service alternativt boendestöd i sin egen bostad, och då inhämtar handläggaren individens egna önskemål om hjälp och stöd samt synpunkter från läkare eller annan personal inom psykiatrin som känner individen. Ibland får handläggaren olika uppgifter om vilka behov som bör tillfreds-

ställas genom de beslutade insatserna eftersom den professionelle och individen själv kan ha olika syn på behovet. Forskningsstudier bekräftar detta förhållande och generellt sett stämmer individens egen bedömning ganska dåligt med personalens [39]. Detta har naturligtvis också betydelse för boendestödjarna som regelbundet behöver kontrollera om de har samma syn som de boende när det gäller behoven och hur de ska tillfredsställas. När den boendes egna önskemål får vara vägledande ökar chanserna för ett bra samarbete mellan boende och boendestödjare och ett bra resultat av boendestödsarbetet. Den boende kan delta i planeringen av insatsen med hjälp av genomförandeplanen (se kapitel 4). Dessutom bör individen själv kunna vara delaktig och ha möjlighet att påverka utbudet av hjälp- och stödinsatser, och därför behöver han eller hon ha tillräcklig information om vilka insatser som har visat sig vara effektiva för personer med liknande problem och behov.

Behoven kan skilja sig mellan undergrupper

Inom ramen för Boendeprojektet genomfördes 2008 en studie [30] av 50 ansökningar om någon form av boendeinsats från personer som bedömdes tillhöra tre skilda undergrupper: personer med huvudsakligen en psykosdiagnos (U-gruppen), personer med en neuropsykiatrisk diagnos (NP-gruppen) samt personer från den nya gruppen (NG-gruppen) som oftast var yngre samt hade en annorlunda diagnosprofil (se s. 24). I studien granskades ansökningarna, biståndsbedömarens behovsbedömning samt beslutet och arbetsplanen. Vid den första anblicken får man intrycket att grupperna inte skiljde sig nämnvärt åt beträffande antalet behov och vilka behov som identifierades. En närmare granskning av olika behovsområden visar dock att det fanns skillnader mellan undergrupperna. I den nedanstående texten används exemplet ”matsituation” från studien för att visa hur skillnaderna kan te sig i verkligheten och för att ge boendestödjare hjälp i hur man kan tänka när det gäller stödet i en vanlig vardagssituation:

Matsituationen inkluderar alla moment som förknippas med mat och matlagning, dvs. planera mathållningen, planera och genomföra inköpen, välja produkter samt laga maten. I U-gruppen var det 11 (av 20) som behövde någon form av stöd. För 4 av dessa var det inköpsmomentet som krävde stöd varav 2 i gruppen hade uttalade behov av planeringsstöd. Enkel matlagning förekom bland dessa som ofta åt färdiglagad mat.

I NP-gruppen var det 12 (av 20) som behövde stöd. För sex av dessa 12 gällde det planering och strukturen kring mathållningen. Även i denna grupp var det någon som åt färdiglagad mat, men de övriga stödbehoven skilde sig från ursprungsgruppen. De hade svårt att avgöra vad som är lagom matmängd och en person hade ett kontrolltvång som gjorde det svårt att använda en spis, med konsekvensen att personen mest åt kall barnmat. En annan åt bara ordentligt om någon satt med under måltiderna medan en behövde sitta ensam och äta eller endast i en liten grupp och hade således svårt att bo kollektivt.

I NG-gruppen behövde 7 (av 10) hjälp och stöd i matsituationen. Av dem var det 3 personer som mådde dåligt i just den situationen men som annars klarade sig bra. Övriga svårigheter yttrade sig i att någon slarvade med maten och behövde stöd vid planeringen och matlagningen, en annan hade ett besvärligt förhållande till mat och behövde stöd medan ytterligare en hade svåra kostproblem på grund av att han inte kunde äta fast föda.

De beskrivna skillnaderna kan ge ett visst stöd i arbetet med målgruppen, men även om man kan skönja likheter inom undergrupperna varierar behoven mellan olika personer samt för en och samma person över tid.

Var och hur man vill bo

En översikt [40] av studierna om målgruppens boendepreferenser visade att de flesta föredrog en egen bostad framför en bostad som ordnades av vård- och stödsystemet. En annan studie visar att de med en egen bostad var mer tillfredsställda med sitt boende och majoriteten föredrog att bo själv (eller tillsammans med en partner) i stället för tillsammans med andra personer med funktionsnedsättning [41]. Ytterligare en undersökning [42] visade att denna målgrupp värdesatte en boendeform som tillfredsställde deras grundläggande behov av avskildhet, mat, ett tak över huvudet och ett boende som inte var alltför betungande för ekonomin. Dessa grundläggande behov skiljer sig dock inte på något sätt från andra medborgare i samhället.

I en intervjustudie fann Warren och Bell tre huvudteman när det gällde boendepreferenser [43]:

- Platsen. Respondenterna ville ha någonstans där de kände sig trygga och säkra, inte bara fysiskt utan också psykiskt beträffande rätten att bo kvar.
- Andra boende. Många hade åsikter om vilka personer de ville bo tillsammans med och merparten av de intervjuade ville inte bo tillsammans med andra som hade psykiska funktionshinder.
- Önskan om ett normalt liv. Svarspersonerna pekade på att allt stöd och all service organiserades utifrån deras sjukdomar och brister, och inte utifrån deras egna önskningar beträffande livsstil och framtid.

Den enda publicerade svenska studien som fångar de boendes preferenser handlar om den psykosociala miljön i bostäder med särskild service. Här ansåg de boende att det skulle finnas en hög grad av engagemang, stöd, självständighet och struktur, samtidigt som de betonade att en känsla av trygghet och gemenskap var viktiga egenskaper i en sådan miljö [44]. Inom ramen för Boendeprojektet fick ett 40-tal medlemmar i Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, rangordna 19 egenskaper hos boendet och boendemiljön utifrån hur viktiga de var. Dessa egenskaper handlade om tre

aspekter: bostaden, bostadens läge och tillgången till personal. Bostadens egenskaper var t.ex. skicket, avskildheten, storleken, hyresbeloppet och områdets grad av trygghet. Bostadens läge handlade om närheten till busshållsplatser, centrum, familj och vänner, affärer, sjukvårdsinrättningar m.m. Den tredje aspekten berörde tillgången till personal under dagtid alternativt dygnet runt. Enligt de tillfrågade var följande tre egenskaper viktigast:

1) Hyresbeloppet
2) Tryggt område
3) Bra skick

Tillgången till personal hamnade långt ner på listan av viktiga egenskaper. Resultatet av denna studie bekräftar det som redovisas ovan, nämligen att målgruppen har samma önskemål när det gäller boendet som andra medborgare i samhället. Detta har också bekräftats av bl.a. representanter för kommunala bostadsbolag som menar att dessa är de tre viktigaste egenskaperna som allmänheten frågar efter. För de som läser denna vägledning – planerare, administratörer, enhetschefer och boendestödjare – är det därför viktigt att tänka på att en person med t.ex. ett till synes avvikande beteende och en psykisk funktionsnedsättning ändå kan resonera såsom man själv gör när det gäller önskemål om boendet. För att kunna föreställa sig hur andra vill ha det kan man nog utgå från sig själv.

Kapitel 3 – Mål och planering för boende och boendestöd

Inledning

Detta kapitel handlar om lagstiftning, tillsynsresultat samt villkor och redskap för kommunernas mål- och planeringsarbete. Betydelsen av samverkan mellan kommunens nämnder och förvaltningar lyfts fram samt att brukar- och anhörigorganisationernas delaktighet och inflytande efterfrågas. Slutligen ges förslag på åtgärder som kan underlätta kommunernas arbete med mål och planer på boendeområdet.

Mål- och planeringsarbete på övergripande nivå

Politiska mål

Kommunernas verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning styrs till stor del av socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Kommunpolitikernas mål och planering för verksamheterna blir därför väldigt viktiga för hur målgruppen uppmärksammas och vilka resurser de får.

> *Uppgiften för politikerna på lokal nivå är att bryta ner de övergripande målen i lagstiftningen till mer konkreta och tydliga mål för kommunernas verksamhet för personer med psykiska funktionshinder. Målen kan med fördel ingå i kommunernas handikappolitiska program och också beakta FN:s standardregler. De bör utmynna i en hög grad av konkretion och fokusera på frågor av specifik betydelse för målgruppen. [45, s. 79]*

Planering på verksamhetsnivå

Planeringen på verksamhetsnivå syftar i sin tur till att bryta ner de politiska målen till konkreta mål och handlingar på t.ex. boendeområdet. Hela planeringen ska utgå från målgruppens identifierade behov av insatser och hur dessa ska kunna tillfredsställas. Om verksamhetsmålen är tydliga kan de följas upp och det blir möjligt att bedöma om de insatser som ges motsvarar målgruppens behov.

Kommunens organisering

Varje enskild kommun avgör själv hur arbetet inom de olika förvaltningarna ska organiseras, vilket innebär att ansvaret för personer med psykisk funktionsnedsättning fördelas olika från kommun till kommun. Det är inte ovanligt att ansvaret för målgruppen är uppdelat på flera förvaltningar och det är inte heller ovanligt med återkommande omorganisationer. En splittrad orga-

nisation med flera ansvariga förvaltningar försvårar dock troligen den övergripande planeringsprocessen när det gäller insatser för målgruppen.

> *I en splittrad organisation saknas en samlad ledning som har överblick över kommunens verksamheter och har kunskap om målgruppens behov. Det innebär att målgruppen inte har en självklar plats i organisationen och därmed inte heller på ledningens dagordning. [45, s. 15]*

I en splittrad organisation krävs förmodligen en omfattande samverkan på övergripande nivå för att målgruppens behov ska bli synliga.

Kommunernas ansvar för planering

Socialtjänstlagen, 1981, kompletterades med en bestämmelse om att socialtjänsten skulle delta i samhällsplaneringen. Tanken var att socialnämnden skulle bidra med kunskapsunderlag och delta i planeringen på alla områden. Nämnden skulle också delta i uppföljningen av planeringsarbetet och komma med förslag till förändringar. [46, s. 104 f.]

> *Socialtjänsten gavs med andra ord ett mycket vidsträckt mandat att påverka kommunens samhällsplanering utifrån sociala aspekter (s. 106).*

För att demokratisera planeringsprocessen och få med alla berörda har olika förslag på hur medborgarna ska bli delaktiga i samhällsplaneringen vuxit fram. Syftet med förslagen var att åstadkomma en dialog med dem som berörs av den aktuella planeringen.

Genom psykiatrireformen 1995 (prop. 1993/94:218) förtydligades kommunernas ansvar när det gäller att planera och samordna de insatser som personer med psykisk funktionsnedsättning behöver. Samtidigt fick kommunerna ett tydligare ansvar för att utveckla boendeformer.

Dagens lagstiftning när det gäller kommunernas planering innehåller kopplingar bakåt i historien. Exempelvis nämns brukarorganisationernas möjligheter att påverka planeringen direkt i lagstiftningen, vilket speglar tanken på en dialog mellan de som planerar och de som berörs av planeringen (prop. 1993/94:218 s. 6).

Tillsynsresultat

Det finns undersökningar som visar att psykiatrireformen inte var tillräckligt förankrad i kommunernas ledning, bl.a. länsstyrelsernas tillsyn under 2000-talet [45] och en enkätundersökning från Socialstyrelsen 2008 (ej publicerad). I många kommuner saknar de lokala politikerna och chefstjänstemännen kunskap om målgruppens behov av socialtjänstinsatser. Målgruppen är inte heller tillräckligt synlig i kommunernas styrdokument och det saknas tydliga politiska mål för insatserna. På många håll saknas också planering för verksamheten och uppföljningar av den. För att verksamheten ska kunna förstå och utveckla sitt uppdrag är det viktigt att det finns tydliga styrdokument för planering och uppföljning.

Åren 2008/2009 gjordes en ny nationell tillsyn av länsstyrelserna i 47 kommuner [47]. Denna tillsyn visade att åtminstone de kommunerna hade blivit bättre när det t.ex. gäller övergripande mål även om det fortfarande fanns brister i områden som ledningssystem för kvalitet, inventering av målgruppens behov och uppsökande verksamhet. Av tillsynsrapporten 2010 [47] framgår också att de flesta kommunerna saknade ett varierat utbud av bostäder med utgångspunkt från brukarnas behov. Många enskilda brukare som behöver omfattande stöd i boendet måste därför bo permanent på hem för vård eller boende, HVB, under många år. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för hem för vård eller boende (SOSFS 2003:20) ger följande definition av vården och behandlingen där:

> *Grunden för att vistas på ett HVB ska vara att vård och behandling behövs; dvs. att "omvårdnad och stöd" samt "särskilda åtgärder som syftar till att komma till rätta med eller minska ett eller flera hos individen identifierade problem som faller inom socialtjänstens område.*

Denna definition stämmer ofta inte med människornas behov av ett långvarigt stöd inom flera livsområden. När kommunerna planerar boendet för personer med psykisk funktionsnedsättning är det viktigt att tänka på att HVB inte kan jämställas med ett särskilt boende enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL. Behovet av en egen bostad, i ett ordinärt boende eller i en bostad med särskild service, kan aldrig ersättas med vård eller behandling i ett hem för vård eller boende. En placering i ett familjehem eller i ett HVB kan inledningsvis ha vård eller behandling som primärt syfte men så småningom behöver biståndet övergå till en insats där boendet är det primära.

Tillsynen fann också några få bostäder med särskild service som inte var fullvärdiga, och i några bostäder med särskild service bodde ett stort antal personer. I några kommuner låg boendena i samma byggnad som andra bostäder för socialtjänstens målgrupper så att bostaden och området fick en institutionsprägel. Enligt principerna om bl.a. normalisering (se kapitel 1) är det olämpligt att ett stort antal personer ur målgruppen bor i samma fastighet och att de samlokaliseras med andra målgrupper.

Bestämmelser om planering

Bestämmelser om planering återfinns främst i SoL, Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och LSS. Vissa av bestämmelserna finns samtidigt i mer än en lagstiftning.

Socialtjänstlagen

SoL innehåller flera bestämmelser som lyfter fram kommunens ansvar för t.ex. personer med funktionshinder. Det står bl.a. att kommunen ska medverka i samhällsplaneringen utifrån nämndens sociala erfarenheter, informera om socialtjänsten, bedriva uppsökande verksamhet och främja den enskildes rätt till en bostad (3 kap. 1, 2, 4 och 6 §§). Lagen anger också att socialnämnden ska inrätta bostäder med särskild service för de personer som bl.a. av psykiska skäl har betydande svårigheter i vardagen, att nämnden ska

göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena för människor med fysiska och psykiska funktionshinder samt bedriva uppsökande och informerande verksamhet för personer med sådana svårigheter (5 kap. 7 och 8 §§). Kommunen ska också planera sina insatser för människor med funktionshinder och i den planeringen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

I 6 och 15 §§ LSS står det att verksamheten ska bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter och att kommunen fortlöpande ska följa upp vilka som omfattas av lagen och vilka stöd- och servicebehov de har. Kommunen ska sträva efter att tillgodose behoven hos personer som får insatser enligt lagen samt informera om mål och medel för verksamheten. Slutligen ska kommunen samverka med organisationer som företräder människor med omfattande funktionshinder.

Hälso- och sjukvårdslagen

Landstingets planeringsansvar framgår av 8 § HSL, där det står att landstinget ska samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare när det gäller att planera och utveckla hälso- och sjukvården.

Gemensamma bestämmelser

Det finns bestämmelser om särskilda avgifter i såväl SoL som LSS (16 kap. 6 a–e §§ SoL och 28 a–e §§ LSS) som fungerar som en påtryckning för att kommunerna ska planera för insatser och verkställa de beslut och domar som är fattade av sina egna förvaltningar och av förvaltningsdomstolar. I vissa fall kan Socialstyrelsen ansöka hos en förvaltningsdomstol om att kommunen ska dömas att betala en särskild avgift, t.ex. om en person inte får bistånd inom rimlig tid trots att nämnden har beslutat att personen är berättigad till det. Detsamma gäller om en person inte får den insats han eller hon är berättigad till enligt ett avgörande från domstolen.

Den 1 januari 2010 tillkom bestämmelser i både HSL och SoL om att landstingen och kommunerna ska ingå överenskommelser om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning (8 a § HSL respektive 5 kap. 8 a § SoL). I paragraferna står det också att de organisationer som företräder målgruppen eller deras närstående bör få möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna, om det är möjligt. Bestämmelsen infördes eftersom regeringen bedömer att huvudmännen får ett tydligare och större ansvar på området om de måste ingå överenskommelser med varandra. Boendet är ett av de samverkansområden som har lyfts fram, bl. a. i regeringens proposition, ”Vissa psykiatrifrågor mm” (prop. 2008/09:193). Det gäller särskilt för utsatta personer i målgruppen, t.ex. de som tvångsvårdas eller är hemlösa (SOU 2006:100 s. 256, 636 och 644). Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen gett ut ett meddelandeblad som ska vägleda kommunerna och landstingen om innehållet i överenskommelserna [48].

Föreskrifter och allmänna råd om kvalitet och ledningssystem

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Enligt 3 § ska nämnden inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet så att verksamhetens kvalitet utvecklas och säkras kontinuerligt och långsiktigt. Detta innebär bl.a. att det finns uppföljningsbara mål utifrån SoL och LSS, att kvalitetsarbetets inriktning och omfattning är anpassat till vad som krävs för att uppnå verksamhetens mål, att ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet fastställs, att kvalitetsarbetet dokumenteras och kontinuerligt följs upp, att personalen deltar i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten samt att enskilda och grupper, t.ex. brukarorganisationer, kan vara delaktiga i det arbetet. I ett allmänt råd görs tillägget att ledningssystemet bör integreras med nämndens befintliga system för budget- och verksamhetsplanering.

Tillsynsresultat gällande kvalitet och ledningssystem

Som tidigare nämnts visar tillsynsresultaten under de senaste tio åren att det fortfarande finns brister i kommunernas ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, framför allt när det gäller mål- och planeringsarbetet. Bristerna gäller även brukarorganisationernas delaktighet i kvalitetsarbetet. Tillsynen visar att få kommuner utnyttjar möjligheten att ta kontakt med länsförbund eller nationella förbund, när det inte finns några lokala brukarorganisationer i kommunerna.

Tillsynens bedömningskriterier

År 2002 användes gemensamma bedömningskriterier för första gången på ett strukturerat sätt vid en nationell tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning eller psykisk sjukdom [45]. Bedömningskriterierna ger huvudmännen underlag till de krav som tillsynsmyndigheten ställer utifrån lagstiftningen.

Kriterierna som låg till grund för bedömningen av huvudmännens insatser utgick från lagstiftningen och psykiatrireformens intentioner. De togs fram av den projektgrupp som lade upp arbetet med tillsynen tillsammans med en referensgrupp som bestod av forskare och representanter från RSMH och Schizofreniförbundet. Representanterna ansåg att de konkreta kraven var för lågt ställda i vissa fall men var i övrigt eniga med projektgruppen om de valda granskningsområdena och kriterierna. Sedan dess har bedömningskriterierna uppdaterats och de kommer att ses över kontinuerligt för att stämma med bl.a. ändringar i lagstiftningen och andra bestämmelser och rekommendationer.

2009 års bedömningskriterier som gäller mål och planeringsarbetet på en övergripande nivå inbegriper också strukturellt och allmänt inriktade insatser, dvs. kännedom om levnadsförhållanden samt uppsökande och informerande verksamhet. Nedan listas några exempel på kriterier.

Exempel på bedömningskriterier för strukturellt och allmänt inriktade insatser:

- Kommun och landsting har skaffat sig kännedom om behoven av insatser från socialtjänst respektive hälso- och sjukvård gällande målgruppen.

- Kommunen bedriver ett uppsökande arbete gällande målgruppen.

- Kommunen har informerat personer ur målgruppen och deras anhöriga om den enskildes rätt till socialtjänstens stöd samt om de verksamheter som finns i kommunen för att tillgodose målgruppens behov av stöd.

Exempel på bedömningskriterier för planering och styrning på övergripande nivå:

- Kommunen har tydliga styrdokument till grund för att utforma och följa upp verksamheten för personer ur målgruppen samt för att utveckla och säkerställa god kvalitet i verksamheten.

- Behov av vård, stöd och rehabilitering för personer ur målgruppen är en gemensam angelägenhet för berörda huvudmän. I planeringen av verksamheten samverkar kommun och landsting.

- Socialchefen eller motsvarande och verksamhetschefen för den psykiatriska vården/primärvården har fastställt en överenskommelse om samverkan som gäller arbetet med enskilda personer ur målgruppen.

- Socialchef eller motsvarande har genom samverkan med berörda intresseorganisationer möjliggjort ett inflytande på planeringen av verksamheten för personer ur målgruppen.

Kommunens redskap för planeringsarbetet

Underlag till planering

Att känna till målgruppens behov är en av de viktigaste förutsättningarna för att politiker och chefstjänstemän i både kommuner och landsting ska kunna planera, bygga upp och styra verksamheter som motsvarar dessa behov. Kommunen kan få underlag till det arbetet genom att inventera målgruppens behov och bedriva uppsökande och informerande verksamheter. De flesta personer med psykisk funktionsnedsättning har kontakt med flera myndigheter och organisationer, och därför kan också dessa inkluderas i arbetet för att få fler perspektiv på samma verklighet. Vilka myndigheter och organisationer som deltar kan variera utifrån de lokala förutsättningarna, men det är naturligt att involvera psykiatrin (både öppen- och slutenvården), primär-

vården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen liksom de olika enheter inom kommunen som har kontakt med personer i målgruppen [45].

Inventering för att få kännedom om målgruppens behov

Genom en inventering kan kommunen få reda på hur många personer som ingår i målgruppen och vilka behov av insatser de har. En sådan kartläggning kan göras med jämna mellanrum för att följa utvecklingen i kommunen. Enligt Socialstyrelsens bedömningskriterier bör större inventeringar göras vart tredje till vart fjärde år.

Uppsökande och informerande arbete

Enligt SoL ska kommunerna göra sig väl förtrogna med målgruppens levnadsförhållanden och i sin uppsökande verksamhet ska de upplysa om socialtjänstens verksamhet och erbjuda hjälp till både grupper och enskilda människor. Genom den uppsökande verksamheten får kommunen också information om utsatta gruppers behov av stöd. Ett exempel på en grupp som är särskilt utsatt i detta sammanhang är personer ur målgruppen som är hemlösa. Socialstyrelsens kontakter med landets kommuner har visat att de flesta saknar särskilt avsatt personal för den uppsökande verksamheten. Det finns inte heller några direkta forskningsresultat som visar hur man kan bedriva ett framgångsrikt uppsökande arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning. Intervjuer med ett 20-tal uppsökarteam i landet visar dock att teamen arbetar tämligen lika.

För att utsatta personer ska få ett snabbt och effektivt stöd bör det ges samordnat av landstinget och kommunen, t.ex. genom ett team med personal från landstinget som kan göra snabba bedömningar och ge insatser i personens närmiljö. Teamet kan också finnas till hands i nära kontakt med socialtjänsten och ge råd och delta i gemensamma planeringar kring den enskilde [SOU 2006:100 s. 169 f.]. Samordnade insatser enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment) har ett gott vetenskapligt stöd, och Socialstyrelsen rekommenderar modellen i de preliminära nationella riktlinjerna 2010 för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd [1].

Brukarorganisationernas delaktighet

I psykiatrireformen framhölls vikten av att kommunerna tar tillvara på brukar- och anhörigorganisationernas kunskaper i sitt planerings- och uppföljningsarbete. Organisationerna har ovärderliga kunskaper men det finns också demokratiska skäl till att brukare och deras närstående ska ha inflytande och vara delaktiga, inte bara när det gäller planering och uppföljning utan också innehållet i de verksamheter som riktar sig till personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialtjänstlagens och Hälso- och sjukvårdslagens nya bestämmelser om samverkan lyfter också fram brukar- och anhörigorganisationer som viktiga samverkanspartner. Samverkan med ”organisationer” nämns även i andra paragrafer i både HSL (8 och 21 §§) och i SoL (3 kap. 1, 4 och 5 § samt 5 kap. 8 §§).

För att organisationerna ska kunna ha något inflytande och medverka i planeringsprocessen är det viktigt att de får löpande information från kommunen, och på samma sätt är det viktigt att kommunerna efterfråga information från dessa organisationer.

> *Utan information i förväg om en planerad organisationsförändring i en verksamhet, kan inte brukarrepresentanterna utöva något inflytande över besluten. Tidsaspekterna är viktiga – om informationen lämnas i samma stund som besluten ska fattas, blir brukarrepresentanternas arbete svårt, och deras möjligheter att diskutera och förankra de olika förslagen bland medlemmarna försvinner (SOU 2006:100 s. 518).*

Det är också viktigt att tidigt i processen gå igenom de ”spelregler” som ska gälla i samverkansarbetet: tidsaspekter, vad kan organisationerna påverka, vad kan de inte påverka och i så fall varför, vilka ska delta m.m.

Kommunen kan även använda sig av s.k. brukarrevisioner, vilket innebär att verksamheten granskas av personer som har egen erfarenhet av psykisk funktionsnedsättning. En sådan revision är ett verktyg för verksamhetsutvecklingen och ett sätt att låta de egna brukarnas åsikter komma fram.

Samverkan i planeringsarbetet

13 kap. 2 § SoL och 26 § LSS innehöll tidigare en bestämmelse om att länsstyrelserna skulle verka för att kommunerna skulle planera för framtida behov av särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor och bostäder med särskild service för människor med funktionshinder. På flera länsstyrelser initierades ett samarbete mellan den sociala enheten och plan- och/eller bostadsenheten för att visa hur kommunernas ”hårda” förvaltningar (plan- och byggnadsförvaltningarna) skulle kunna samverka med de ”mjuka” (socialförvaltningarna eller motsvarande). Många av länsstyrelsernas tillsyner av kommunerna, bl.a. i Stockholm 2001 [49], har dock visat att den ”hårda” förvaltningen inte kände till den ”mjuka” förvaltningens behov och att den ”mjuka” inte kände till de planeringsvillkor som gäller för den ”hårda”. En god planering fanns däremot i kommuner med ett samarbete mellan förvaltningar och nämnder med ansvar för sociala frågor respektive fysisk planering. Enligt tillsynerna hade dessa kommuner också ett kreativt samarbete med brukarorganisationer. De ansåg att detta samarbete var nödvändigt för planeringsarbetet i stället för att betrakta brukarföreträdarna som en intressegrupp som ska informeras. Samarbetet inom kommunen och med brukarorganisationerna synliggjorde behoven så att kommunernas resurser kunde bli tillgängliga och utnyttjas på ett optimalt sätt. Förutsättningarna blir ännu bättre om också landstinget tas med i planeringsarbetet redan vid inventeringarna. En nyckel till framgång är att ta samverkan på allvar.

Uppföljning och utvärdering

Kommunledningen ska utforma system för att följa upp och säkerställa kvaliteten i verksamheten, vilket anges i Socialstyrelsens föreskrifter och all-

männa råd (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet . Av de allmänna råden framgår att uppföljningen och utvärderingen bl.a. bör innehålla uppgifter om hur de kommunala målen uppfylls, hur enskilda och gruppers behov tillgodoses och hur verksamheternas kvalitet uppfattas av enskilda och andra intressenter.

Åtgärder som kan underlätta mål- och planeringsarbetet

Framtidens boende

År 2002 startade Svenska Kommunförbundet ett projekt om framtidens boende för personer med funktionshinder [50]. Syftet var att stödja kommunerna i deras planering och uppbyggnad av bostäder för personer som behöver särskilt stöd på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl.

I arbetet ingick en kartläggning som innehöll: en enkätundersökning i 20 kommuner, intervjuer med kommunrepresentanter och brukarföreträdare, fokusgrupper med ungdomar som hade utvecklingsstörning och fokusgrupper med två referensgrupper – den ena med personer från sju kommuner med erfarenhet av boendeplanering och den andra med representanter från olika brukarorganisationer. Dessutom ingick litteratur- och statistikstudier.

Resultatet från ovan nämnt projekt visade att *framförhållning* är ett nyckelbegrepp liksom *samordning* mellan olika förvaltningar inom kommunen. I rapporten [50] skriver man att framförhållning går ut på att reservera mark för byggnationer i god tid, göra investeringsplaner och vara medveten om att en plan- och byggprocess kan ta lång tid, särskilt om planprocessen överklagas.

Dessutom skriver man i rapporten att planeringsarbetet kan organiseras genom att man t.ex. tillsätter en särskild samordningsfunktion som har ansvar för planeringen eller genom lokalresursplanering. Behovskartläggning innebär att regelbundet kartlägga behovet av och tillgången på bostäder. Uppgifter om behovet kan man t.ex. få genom att sammanställa information om olika förvaltningars insatser, bedriva uppsökande verksamhet och sammanställa information från individuella planer. Tillgången på bostäder kan kartläggas genom fältobservationer, genomgång av databaser och GIS-teknik. Det senare är ett geografiskt informationssystem där data och geografiskt läge kan ses i ett sammanhang, vilket ökar förståelsen för vår omvärld. Denna behovs- och utbudsanalys bör vara lättillgänglig för alla aktörer i processen. Ekonomiska analyser hör också till planeringsarbetet.

Vidare i rapporten [50] skriver man att kommunen också behöver ha kunskap om bostadens innehåll och utformning och om framtidens boende för planeringsarbetet. Det går att få veta mer om framtiden genom s.k. scenarioteknik och via omvärldsanalyser med bl.a. demografiska analyser och prognoser.

Viktigt att tänka på i mål- och planeringsarbetet

För att underlätta mål- och planeringsarbetet kan kommunerna sammanfattningsvis:

- ha framförhållning i kommunens plan- och byggprocesser
- organisera planarbetet genom t.ex. en särskild samordningsfunktion
- kartlägga målgruppens behov och kartlägga kommunens tillgång på bostäder
- ordna samverkan mellan olika förvaltningar inom kommunen men också med brukar- och anhörigorganisationer och landstinget och andra aktuella myndigheter och organisationer
- ta fram styrdokument med bl.a. uppföljningsbara mål, en gemensam värdegrund och rutiner för planeringsarbetet
- utbilda kommunens politiker och andra när det gäller konsekvenserna av psykisk sjukdom och funktionsnedsättning
- planera för framtiden genom omvärldsanalyser.

Kapitel 4 – Bedömning av behov – en kontinuerlig process

Inledning

Detta kapitel handlar om hur en bedömning av den sökandes behov i samband med en ansökan, utredning och uppföljning av insatserna, bostad med särskild service eller boendestöd, kan genomföras. Socialstyrelsen har tidigare publicerat en handbok om handläggning och dokumentation inom socialtjänsten [51] och i detta kapitel beskrivs därför endast momenten utredning, beslut om bistånd eller insats och uppföljning av insatserna mer ingående. Tyngdpunkten ligger på hur handläggaren kan göra bra behovsbedömningar i samband med ansökningar om bostad med särskild service eller boendestöd. En persons behov förändras över tid och därför är bedömningar av en individs behov en kontinuerlig process. Figur 1 visar ett förenklat flödesschema över de olika stegen i handläggningen av ett ärende.

Ansökan om bistånd eller insats

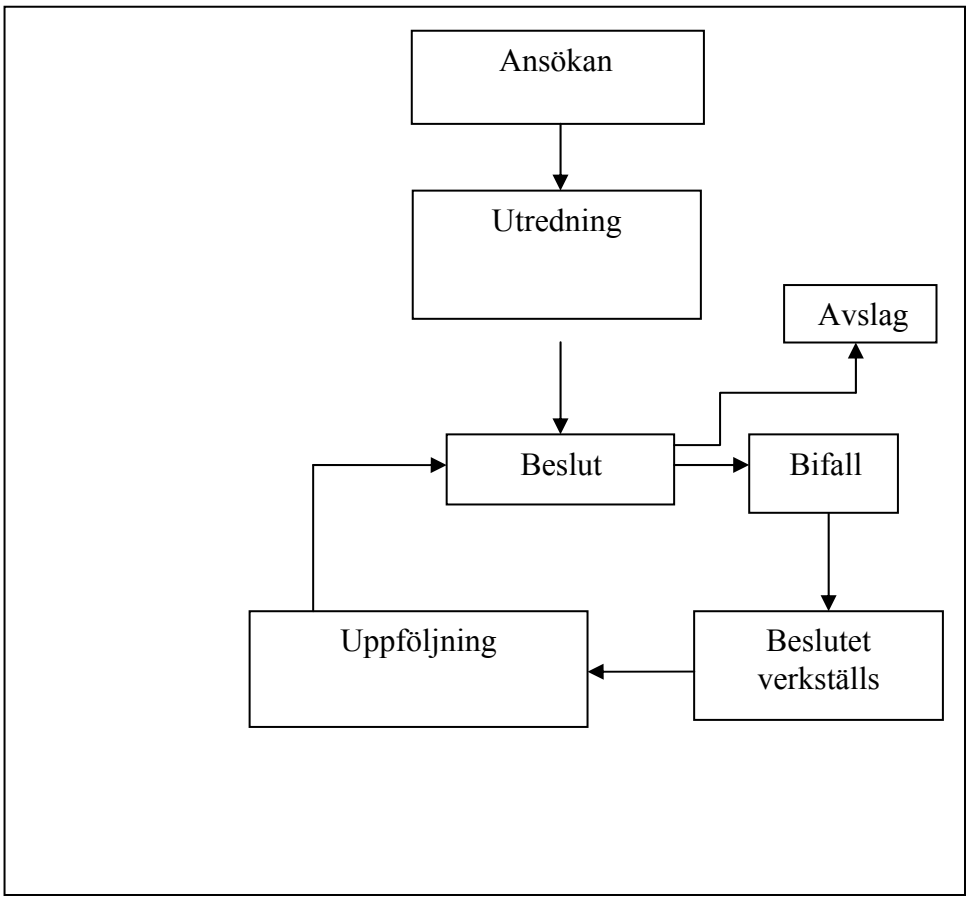
Ett ärende påbörjas i och med att socialtjänsten får in en ansökan om bistånd enligt SoL eller en begäran om en insats enligt LSS. I SoL finns det inga begränsningar av vad en person kan ansöka om men i LSS är de olika insatserna specificerade och den enskilde kan endast begära någon eller några av de tio insatserna som regleras i lagen. Handläggningen varierar lite beroende på om ansökan gäller bistånd enligt SoL eller en insats enligt LSS. En begäran om en insats som regleras i LSS bör i första hand prövas enligt denna lag eftersom personen i fråga oftast tjänar på det. I andra hand kan ansökan prövas enligt socialtjänstlagen, men det är den enskilde som avgör enligt vilken lag han eller hon vill få sin ansökan prövad. När behovet av insatser prövas enligt LSS kan det vara nödvändigt att samtidigt pröva om personen också behöver insatser enligt SoL.

Att bedöma rätten till insatser enligt LSS

För att få rätt till insatser enligt LSS måste personen tillhöra personkretsen (1 §). Personkrets 1 utgörs av personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. Personkrets 2 utgörs av personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter en hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller en kroppslig sjukdom. Till personkrets 3 hör personer som har andra stora och varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande och som ger betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service. För personkrets 1 och 2 avgör diagnosen om den sökande bedöms tillhöra personkretsen eller inte. För per-

sonkrets 3 krävs en bedömning av funktionsnedsättningens varaktighet och omfattning samt en bedömning av dess konsekvenser, oavsett diagnos.

Figur 1. Förenklat flödesschema över de olika stegen i handläggningen av ett ärende



När det gäller en ansökan om bostad med särskild service (9 § 9 LSS) görs därför först en prövning av om personen tillhör personkretsen. Detta görs vanligtvis med hjälp av ett läkarintyg som ska ange diagnosen samt hur varaktig och hur allvarlig funktionsnedsättningen är för individen, och eventuellt också vad som har orsakat svårigheterna i individens livsföring. Intyget bekräftar att personen har en funktionsnedsättning som har orsakats av en psykisk störning eller sjukdom. Om det är uppenbart att en person på grund av betydande svårigheter i den dagliga livsföringen, orsakade av ett varaktigt funktionshinder, har ett omfattande stödbehov, behövs normalt ingen särskild utredning om personkretstillhörighet. Däremot bör en utredning göras om tveksamhet råder om stödbehovets omfattning eller om sambandet mellan stödbehov och funktionshinder. Beslut om personkretstillhörighet ska inte fattas särskilt, utan det ska vara en del av beslutet om insatser (prop. 1992/93:159). Denna del av utredningen är avgörande eftersom personkretstillhörigheten är grundläggande för rätten till insats, men de som inte be-

döms tillhöra någon personkrets kan få någon insats enligt SoL i stället. Se även Socialstyrelsens handbok ”Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS” [52] Rätten till insatser enligt LSS handlar i korthet om att söka svar på följande frågor:

- Tillhör den sökande någon av de tre personkretsarna?
- Behöver han eller hon den begärda insatsen för att få goda levnadsvillkor?
- Är behovet redan tillgodosett?

Att bedöma rätten till bistånd enligt SoL

Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag som inte detaljstyr kommunerna. Verksamheten styrs i stället genom mål, vilket ger ett visst handlingsutrymme när lagen ska tillämpas. En person kan få bistånd till sin försörjning (försörjningsstöd) eller hjälp med livsföringen i övrigt (4 kap. 1 § SoL) förutsatt att han eller hon inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på något annat sätt. Insatserna ska ge en skälig levnadsnivå och därför är det viktigt att fokusera på personens behov och inte på vilka insatser som socialtjänsten kan tillhandahålla. Se även Socialstyrelsens handbok ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten” [51]. Rätten till bistånd enligt SoL handlar i korthet om att söka svar på följande frågor;

- Hur ser behovet ut?
- Kan den enskilde själv tillgodose behovet eller kan det tillgodoses på något annat sätt?
- Hur ska biståndet utformas för att ge personen en skälig levnadsnivå?

Utredningssamtalet med klienten

Om kommunen ska kunna erbjuda lämpliga insatser måste den enskildes behov av stöd och hjälp utredas och klargöras. Med utredning avses all den verksamhet som behövs för att göra det möjligt att fatta ett beslut i ärendet. Uttrycket utredning används även som ett sammanfattande begrepp på den slutliga dokumentationen som utredandet resulterar i. Syftet är med andra ord att få fram ett beslutsunderlag och för den enskildes rättssäkerhet är det viktigt att beslutet grundar sig på en utredning som är tillförlitlig. I detta avsnitt om utredningssamtalet med klienten och nästa avsnitt om professionella bedömningar används inte begreppet utredning i dess juridiska betydelse eller utredning i bemärkelsen dokumentation utan i stället utredning i meningen att ta reda på, klarlägga och klargöra. En utredning i denna mening handlar mer om att ställa frågor och skaffa sig en helhetsbild av såväl behov av stöd och hjälp som resurser och förmågor hos den enskilde. Det innebär att man tillsammans med den enskilde och eventuellt dennes företrädare och närstående/anhöriga tar reda på hans eller hennes behov och önskemål. Vid utredningssamtalet är det viktigt för handläggaren att tänka på att den sökande står i en beroendeställning. Därför kan man se det som ett möte mellan två experter där den sökande är expert på sin egen situation

och handläggaren är expert inom sitt yrkesområde. Som handläggare måste man därför ta reda på hur personen uppfattar sin situation och sina behov, och det är viktigt att vara lyhörd så att han eller hon inte känner sig ifrågasatt. Många kan ha svårt att identifiera och uttrycka sina behov, bl.a. på grund av sin sjukdom. En person som är mitt inne i en psykossjukdom kanske inte heller uppfattar att han eller hon har några som helst behov av stöd. I en del av dessa situationer kan det vara lämpligt att fundera om motiverande åtgärder kan övervägas. Om den sökande vill det kan man också ta hjälp av någon anhörig eller närstående person, eller god man om det finns en sådan. När personen har blivit bättre i sin sjukdom kan han eller hon kanske själv identifiera sitt stödbehov inom flera behovsområden.

Kognitiva störningar och begränsningar av specifika psykiska funktioner kan också göra det svårt för individen att förstå vissa frågor. Då kan det vara bra att ställa frågorna på ett annat sätt, och att välja praktiska och konkreta frågor för att få veta vad den sökande behöver hjälp med. Ibland kan bedömningssamtalet behöva delas upp på flera tillfällen eftersom den sökande kanske inte orkar eller kan koncentrera sig några längre stunder.

Ett professionellt bemötande handlar om att visa respekt, ödmjukhet och empati samt att kunna skapa och upprätthålla en förtroendefull relation till den sökande. Handläggaren behöver vara tydlig, saklig och kunna uttrycka sig – både muntligt och skriftligt – så att personen förstår. I ett professionellt bemötande ingår också att kunna bemöta människor i kris samt att hantera motstridiga intressen och konflikter. Det kan uppstå situationer där de anhöriga, personalen och den sökande har olika uppfattningar och önskemål.

Professionella bedömningar

Socialtjänstens bedömningar kan få långtgående konsekvenser för den person som söker hjälp. Både med tanke på de hjälpsökandes rättssäkerhet och på professionsetiken är det viktigt att man som professionell öppet kunna redovisa vilken information som bedömningen grundar sig på och hur bedömningen har gått till. Dessutom är det viktigt att alla personer få sina problem bedömda utifrån ett relevant underlag och på ett så öppet och enhetligt sätt som möjligt. Bedömningarna bör vara oberoende av var i landet den enskilde bor och vilken handläggare han eller hon träffar. Socialtjänstens insatser ska också vara av god kvalitet och tjänsterna ska utföras av personal som har lämplig utbildning och erfarenhet (3 kap. 3 § SoL). God kvalitet i omsorgen om personer med en psykisk funktionsnedsättning kan bl a innebära att behovsbedömningen är professionell, trygg och rättssäker och att insatserna utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål. (Se t.ex. prop. 1996/97:124 s52 f)

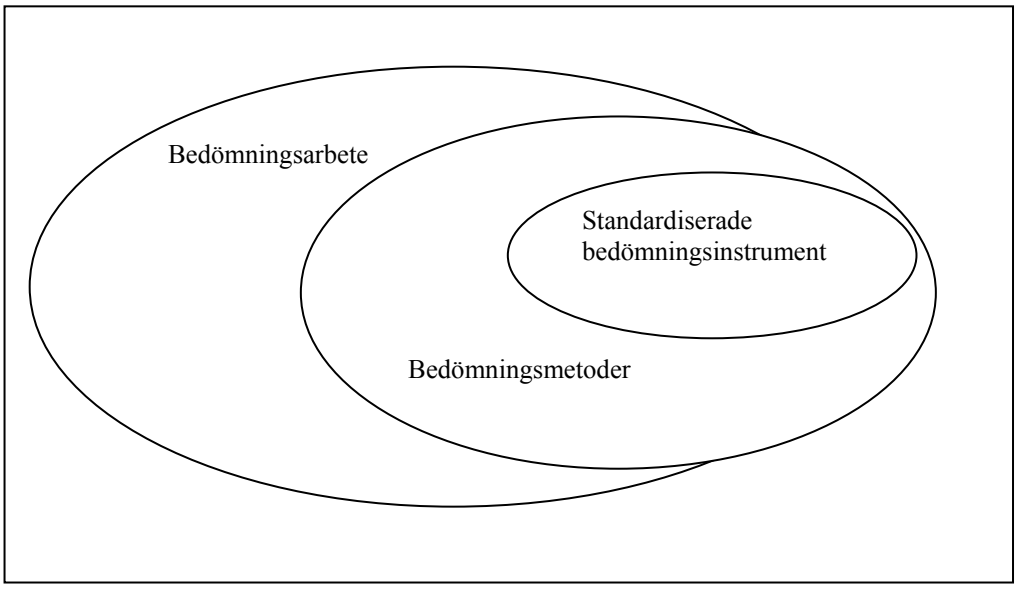
Under bedömningsarbetet, samlas olika typer av information i ärendet, t.ex. intyg från läkare eller bedömningar från en arbetsterapeut eller sjukgymnast om personens funktionsförmåga. Olika bedömningsmetoder används beroende på vilken frågeställning som ska besvaras. När det gäller en ansökan om bostad med särskild service eller en ansökan om boendestöd behöver man en mer detaljerad uppfattning om den sökandes funktionsnivå och hans eller hennes stödbehov i vardagen. Här ingår även att ta reda på individens resurser, både när det gäller förmåga och styrkor för återhämt-

ning. För att ta reda på detta har man i huvudsak använt följande fyra olika sätt:

- fråga den sökande
- fråga anhöriga eller närstående
- fråga personalen
- be personen utföra vissa aktiviteter och observera hur han eller hon klarar av att utföra dessa.

Att utreda och bedöma den enskildes behov är ett kvalificerat arbete och det är viktigt att detta görs av personal som har kunskap om funktionsnedsättningar och dess konsekvenser. Till stöd i detta arbete kan något standardiserat bedömningsinstrument användas i utredningen och som en del av beslutsunderlagen (figur 2).

Figur 2. Schematisk bild över relationen mellan bedömningsarbete, bedömningsmetoder och standardiserade bedömningsinstrument [53]



Ett standardiserat bedömningsinstrument i detta sammanhang är ett vetenskapligt utprövat instrument för att bedöma individers behov. Det innebär att alla som besvarar ett formulär eller en intervju får samma frågor och att det finns ett givet antal svarsalternativ att välja mellan. Svaren har en förutbestämd poängsättning som även möjliggör jämförelser av svaren vid olika tidpunkter. Genom att använda ett standardiserat bedömningsinstrument i beslutsunderlaget blir bedömningsprocessen mer transparant. Kraven på öppenhet, relevans och enhetlighet i bedömningen tillgodoses också genom att vi vet vilka frågor som har ställts, att de ställda frågorna är relevanta för utredningen och att frågorna har ställts på samma sätt. Givetvis är den sö-

kande som avgör om man vill medverka i användningen av ett sådant instrument.

Erfarenheten har också visat att när man använt sig av ett standardiserat bedömningsinstrument i en utredning har det framkommit att individen har behov som man inte känt till trots att man haft kontakt med individen under en längre tid. Genom att på detta sätt använda standardiserade bedömningsinstrument ges en möjlighet att fånga upp individens olika behov så att dessa blir synliggjorda och därmed skapas ett bättre underlag för den individuella prövningen.

Krav på bedömningsinstrument

Om man använder ett bedömningsinstrument i utredningen bör detta vara standardiserat och det finns generella regler för detta, se t.ex. [54]. Nedan presenteras de viktigaste av dessa:

a) Bedömningsinstrumentet innehåller relevanta frågor som ger svar på utredningens frågeställning.
b) Bedömningsinstrumentet är anpassat för den avsedda målgruppen, i detta fall personer med psykisk funktionsnedsättning.
c) Bedömningsinstrumentet är vetenskapligt utprövat med avseende på reliabilitet, dvs. frågorna har testats för att användningen ska ge så tillförlitliga data som möjligt och de olika frågorna ska inte ge utrymme för slumpmässiga fel.
d) Bedömningsinstrumentet är vetenskapligt utprövat med avseende på validitet, dvs. innehåller inga systematiska fel som innebär att samma fel upprepar sig vid olika tillfällen. I extrema fall kan en validitetsprövning visa att ett instrument mäter något annat än det man faktiskt avsåg.
e) Bedömningsinstrumentet innehåller frågor som täcker flera livsområden.
f) Bedömningsinstrumentet innehåller frågor om den sökandes behov av stöd för att kunna utföra en viss aktivitet (t.ex. laga mat) och inte frågor om behovet av specifika insatser från samhället (t.ex. hemtjänst eller boendestöd). Risken är att man endast frågar efter de insatser som finns att tillgå inom den egna kommunen.

CAN-skalan och NSSQ

Standardiserade bedömningsinstrument används i dag i relativt sällan för att bedöma stödbehovet hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Nationellt finns det endast två vetenskapligt utprövade bedömningsinstrument för att systematiskt bedöma behovet av stöd och service för dessa personer, CAN-skalan och NSSQ.

CAN-skalan (Camberwell Assesment of Need) är ett instrument för att bedöma målgruppens behov inom 22 områden [35] och det är upplagt som en strukturerad intervju med den sökande. För varje behovsområde är målet att identifiera om klienten har några svårigheter, om behoven är tillgodosedda ur klientens, personalens eller eventuellt de anhörigas perspektiv, vilken

hjälp klienten får för att hantera dessa problem och om klienten är nöjd med den hjälp han eller hon får. [2]

NSSQ (Need of Support and Service Questionnaire - Behov av boende, sysselsättning och stöd) består av 56 frågor fördelade på tre områden:

- bakgrund och aktuell livssituation (23 frågor)
- behov av stöd i ett antal ADL-aktiviteter (12 frågor)
- behov av insatser från kommun eller landsting (21 frågor).

NSSQ finns både i en personalversion och som en självskattningsenkät där klienten själv besvarar frågorna [36].[3]

Andra bedömningsinstrument

Det finns också andra skattnings- och bedömningsinstrument som främst används av arbetsterapeuter som ska bedöma hur en person klarar vardagen, med sina kognitiva svårigheter. Dessa ligger till grund för råd och stöd till klienten och personer i hans eller hennes omgivning. Nedan nämns några exempel på sådana instrument.

AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) är en observationsundersökning som tillåter att man samtidigt undersöker en persons motoriska färdigheter (hållning, rörlighet, koordination, styrka och ansträngning) och processfärdigheter (energi, kunskap, tidsorganisation, rum/föremål och adaptation) samt dess inverkan på en individs förmåga att utföra hushållsaktiviteter eller personliga aktiviteter. Bedömningen kan användas för att mäta om t.ex. en läkemedelsbehandling leder till några förändringar. AMPS består av 16 motoriska moment och 20 processfärdighetsmoment som representerar vanliga handlingar, och bedömaren observerar personen medan han eller hon utför aktiviteterna.

ADL-taxonomin är ett bedömningsinstrument som kan användas för att beskriva en persons aktivitetsförmåga, och det omfattar tre områden med ett antal aktiviteter, ADL (Activities of Daily Living). Varje aktivitet är definierad med hjälp av ett antal urskiljbara delaktiviteter som tillsammans har ett bestämt syfte. Taxonomin omfattar 12 aktiviteter som kan anses vara generella för de flesta och som utgör en bas för vardagen. Personens förmåga kan sedan beskrivas på aktivitets- eller delaktivitetsnivå och dokumenteras i ett cirkeldiagram eller på en bedömningsblankett.

Det kallas för en systematisk bedömning när man använder ett standardiserat instrument som mäter relevanta uppgifter om den sökande, samlar in dessa uppgifter med en viss systematik och använder ett metodiskt förfarande i bedömningsarbetet. Beslutet vägleds då av en tydlig modell där förutbestämda faktorer vägs samman på ett förutbestämt sätt för så många klienter som möjligt. Detta ställer dock också större krav på bedömningsmetoden, dvs. både på underlaget och på tillvägagångssättet.

---

[2] Svensk copyright för CAN-skalan innehas av leg psykolog Bo G Ericson, Psykologisk Konsult AB (PKAB), www.psykologiskkonsultab.se

[3] NSSQ (Need of Support and Service Questionnaire) kan erhållas från Med Dr Lennart Jansson, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet. E-post:
Lennart.Jansson@neuro.uu.se

Bedömningsinstrument och etik

Standardiserade intervjuer möts ibland av negativa reaktioner och etiska invändningar. En del ifrågasätter att man ställer dessa frågor till alla sökande eftersom det kan gälla frågor som är känsliga och som inte är direkt relevanta för den enskilde. Dessutom så anges i prop. 1979/80:1 s. 562 att ”en utredning ska begränsas till att avse omständigheter som har betydelse för sökandens behov av stöd och hjälp”. Men en fördel med ett standardiserat formulär är just att samtliga frågor ställs till alla personer, och genom frågorna kan man ringa in det som har relevans för beslutet. Vissa funktionsnedsättningar är synliga för omgivningen, men andra kan inte direkt ses trots att de medför stora konsekvenser för den enskilde. Det kan således anses vara oetiskt att inte ställa frågor som kan vara viktiga för den sökandes situation och därmed för bedömningen och beslutet.

En annan invändning gäller att vissa frågor väcker förväntningar som inte kan infrias pga. att kommunen saknar resurser. Om man inte ställer frågorna förutsättningslöst kan man dock inte heller förändra insatserna så att de bättre passar individens behov. Ett smalt frågeperspektiv innebär att man endast frågar om det som klienten specifikt har ansökt om eller de insatser som kommunen kan erbjuda, men då finns en risk att man vid slutbedömningen utesluter insatser som ligger utanför det egna verksamhetsområdet. Av ovanstående framgår att det kan vara speciellt viktigt att använda ett standardiserade bedömningsinstrument när det gäller nya klienter, klienter med en oklar problembild samt klienter med många olika problem.

Att formulera ett beslut

Prövningen som beskrivs ovan ska mynna ut i ett beslut från socialnämnden eller motsvarande. Beslutet kan vara bifall, delvis bifall eller avslag på den enskildes ansökan eller begäran, och det måste alltid vara skriftligt. Om ansökan avslås helt eller delvis ska beslutet innehålla information om hur det kan överklagas. Ett beslut kan antingen gälla tillsvidare eller förses med någon form av förbehåll, t.ex. vara tidsbegränsat. Se även Socialstyrelsens handbok ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten” [51].

Beslutet måste vara tydligt formulerat när det gäller insatsens innehåll. Om omfattningen och innehållet inte specificeras får utföraren bestämma det i stället, vilket innebär en risk för att den enskildes verkliga behov och önskemål inte blir tillgodosedda. Dessutom är det viktigt med ett tydligt formulerat beslut för att den sökande ska kunna förstå vilken rätt till hjälp han eller hon har. Annars kan det leda till problem när beslutet ska verkställas.

Om handläggaren gör en systematisk bedömning av den sökandes behov blir det lättare att närmare specificera innehållet i insatsen.

I ett beslut är det viktigt att det tydligt framgå [51]

- vad ansökan eller begäran gäller
- om beslutet innebär bifall, delvis bifall alternativt delvis avslag eller avslag på ansökan eller begäran
- vad som beviljas

- enligt vilket lagrum beslutet fattas
- eventuella förbehåll inklusive tidsbegränsning.

Samordnad individuell plan

När någon behöver insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska huvudmännen upprätta en individuell plan (2 kap. 7 § SoL och 3 f § HSL). Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att personen ska få sina behov tillgodosedda och om han eller hon går med på det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål och om möjligt ska den upprättas tillsammans med brukaren. Närstående personer ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och brukaren inte motsätter sig detta.

Den samordnade individuella planen ska ange:

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser som respektive huvudman ska ansvara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Individuell plan enligt LSS

När en person beviljas en insats enligt LSS kan han eller hon begära att få vara med om att ta fram en individuell plan med beslutade och planerade insatser. Den ska även redovisa de åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång om året (10 § LSS). Fr.o.m. den 1 januari 2011 ändras lagtexten så att det framgår att en person ska erbjudas en individuell plan när han eller hon beviljas en insats enligt LSS.

Genomförandeplan

I SOSFS 2006:5 (6 kap 1 § AR) står det ”Hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan, såvida det inte framgår av någon annan plan eller är uppenbart obehövligt. En genomförandeplan bygger på nämndens beslut men beskriver mer i detalj hur insatsen ska genomföras. En sådan plan kan ha många olika namn, t.ex. behandlingsplan eller service- och omsorgsplan. Syftet med genomförandeplanen är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Genom planen vet både brukaren och personalen vad som ska göras och vem som ska göra vad, när och hur. En genomförandeplan kan även underlätta och effektivisera arbetet med att dokumentera pågående insatser eftersom den används som utgångspunkt för vad som bör antecknas i journalen. När det gäller insatser enligt SoL eller LSS måste personen ifråga samtycka till planen och medverka i arbetet med att ta fram

den. Innehållet ska konkret beskriva personens behov och hur beslutet ska omsättas i praktisk handling. Av genomförandeplanen bör det framgå

- om det ingår flera delar i insatsen och i så fall vilka
- vilka mål som gäller för insatsen eller delar av den
- när och hur insatsen eller delar av den ska genomföras
- på vilket sätt den enskilde har haft inflytande över planeringen
- vilka personer som deltog i planeringen
- när planen fastställdes
- när och hur planen ska följas upp.

Genomförandeplanen bör finnas i brukarens personakt. Det är viktigt att den hålls aktuell och vid behov ska planen revideras i samråd med honom eller henne (SOSFS 2006:5 6 kap. 1 § AR).

Uppföljning av insatsen

Alla insatser ska följas upp. Vid uppföljningssamtalet kan det vara naturligt att ta reda på vad som har hänt sedan beslutet togs. Många kommuner använder sig av frågor som handlar om vilka insatser personen har fått del av och hur dessa har fungerat samt vilka resultat har uppnåtts med insatsen. Dessutom kan vara relevant att fråga om personen är nöjd med kvaliteten på den insats som han/hon har fått.

Frågorna kan vara många och för att få ett så bra underlag som möjligt kan handläggaren även använda sig av samma bedömningsformulär och ställa samma frågor som vid det första bedömningstillfället. En ny behovsprofil kan erhållas och insatsen kan eventuellt behöva förändras.

Beroende på resultatet måste handläggaren ta ställning till om personen behöver mer av insatsen, om den ska förlängas i samma omfattning eller om insatsen kan minska eller helt upphöra. De behov som personen hade när insatsbeslutet fattades finns kanske inte kvar. Han eller hon kan också ha nya behov inom andra områden som inte fanns vid det förra bedömningstillfället.

Dokumentation

Kraven på dokumentation regleras i 11 kap.5 § SoL respektive 21 a § LSS. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtagits i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Vidare ska det framgå vilka överväganden som har gjorts och vilka åtgärder som har vidtagits i ärendet. Dokumentationen ska kunna användas som grund för den individuella planeringen, för handläggningen av ärendet, för genomförandet och vid uppföljning av ärendehandläggningen och insatsen. Dokumentationen kan även få vidare betydelse i andra sammanhang t. ex. som underlag för kvalitetssäkring och forskning. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter

och allmänna råd (SOSFS 2006:5) där det framgår vad som gäller för dokumentation i samband med handläggning av ett ärende. För ytterligare information hänvisas till Socialstyrelsens handbok om Handläggning och dokumentation i socialtjänsten [51].

Slutord

Nyckeln i processen är den systematiska bedömningen som har följande stora fördelar:

- Kommunen kan erbjuda insatser som har visat sig vara verksamma för klienter med samma typ av problem i en liknande livssituation.
- Enheter inom kommunen kan följa upp resultaten av insatser som är riktade till flera individer med likartade behov. Detta kan ge en större överblick över olika insatsers resultat.
- Kommunens personal får ett gemensamt språk som underlättar kommunikationen kring den enskilde och hans eller hennes problem.
- Kommunen får underlag för sin planering och större möjlighet att förändra enhetens arbete och samarbeta med andra aktörer, t.ex. landstingets psykiatriska vård, primärvården, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen.

Ytterligare fördelar med systematiska bedömningar är att de underlättar samverkan och samarbete mellan forskningen och den praktiska verksamheten. På nationell nivå kan systematiska bedömningar också ge bidrag till en nationell statistik över t.ex. stödbehovet hos målgruppen.

Regelbundna, systematiska bedömningar med vetenskapligt utprövade bedömningsinstrument kan ge fördelar för den enskilde, för handläggaren och för verksamheten. Utifrån beprövad erfarenhet kan följande fördelar nämnas:

Den enskilde

- blir delaktig i utredningen
- blir tillfrågad om samma livsområden oavsett handläggare
- får en överblick över resurserna och behoven i sitt liv
- får möjlighet att berätta vad som är viktigt för honom eller henne
- får ge en nyanserad bild av sin situation
- får en planering som bygger på behov och aktuell livssituation
- vet att behovet och livssituationen följs upp över tid
- får ett stöd som förändras efter de aktuella behoven och situationerna.

Handläggaren

- kan involvera alla klienter
- underlättar och bidrar till en arbetsallians med klienten
- får snabb kännedom om den enskildes behov och livssituation
- får relevant kunskap till sin bedömning och planering

- får en struktur för utredningssamtalet
- ser tydlig skillnad mellan insamlandet av fakta och reflektionen över vad som händer med klienten
- får underlag till sin skriftliga dokumentation
- kan lättare samverka med andra vårdgivare som använder samma instrument och därmed samma språk
- bidrar till att klargöra vem som gör vad runt den enskilde – olika aktörer/myndigheter, sociala nätverk och den enskilde själv.

Verksamheten

- får sakliga och relevanta beslutsunderlag
- höjer kvaliteten i utredningsarbetet
- får mer kunskap om klienternas behov och situationer
- får en rättssäker dokumentation
- kan lättare följa utvecklingen över tid och justera eller utveckla verksamheten utifrån målgruppens behov
- får tydliga uppföljningsverktyg
- får nyanserad och aktuell information om målgruppen
- bidrar till ett resultatinriktat arbetssätt
- får ett sakligt underlag för diskussioner i arbetsgrupper, ledningsgruppen och vid samtal med politiker
- har en egen kunskapsproduktion.

Kapitel 5 – Bostaden

Inledning

Detta kapitel fokuserar på bostaden för personer med psykisk funktionsnedsättning. Exempelvis berörs olika boendetyper, miljöaspekter, vad som kännetecknar ett gott boende samt bedömningskriterierna vid tillsyner på boendeområdet.

Man kan finna beteckningar som ”stödboende”, ”gruppbostad”, ”servicebostad”, ”bostadsgrupper”, ”kollektivboenden”, ”trapphusboenden” m.m. I det här kapitlet används lagstiftarens term ”bostad med särskild service” konsekvent för alla varianter av boende i gruppform.

Vad de gamla institutionerna kan säga oss

För att lättare kunna formulera vad som är ett gott boende kan man inledningsvis reflektera över två viktiga egenskaper hos de tidigare mentalsjukhusen. Det gäller den fysiska inramningen och lokaliseringen samt den psykosociala miljön och relationerna mellan patienter och personal.

Mentalsjukhusen bestod oftast av stora huskroppar som var inbäddade i parkmiljöer och avgränsade från sin omgivning med murar eller stängsel. De var också placerade på behörigt avstånd från den ordinära stadsbebyggelsen. Den psykosociala miljön på mentalsjukhus präglades av personalens kontroll över patienterna och bristen på utrymmen där patienterna kunde vara ifred. Som Andersson beskriver [55]:

> *Kontrollen över individen i denna boendeform var i det närmaste total och trängde in i vardagslivets alla beståndsdelar: Det gällde vad som skulle göras, när det skulle ske och hur.*

Tillvaron på institutionen skapade ett socialt liv där det endast fanns två kategorier av människor – patienter och personal – med en tydlig inbördes ordning.

Den grönskande parkmiljön var dock i vissa avseenden välgörande och rogivande, men det var den enda positiva egenskapen hos mentalsjukhusen. Detta är något att tänka på och planera för i boendemiljöer för målgruppen medan de övriga egenskaperna tvärtom kan ses som något man bör undvika vid sådan planering.

Vårdhem och sjukhem betraktades som mindre institutioner med egenskaper som liknade mentalsjukhusens. Många har dock förändrats och anpassats till moderna krav på boendemiljöer för personer med en psykisk funktionsnedsättning även om den fysiska inramningen ofta påminner om en institution. Dessa boenden drivs i dag oftast i enskild regi och det är viktigt att de också erbjuder samma egenskaper som lyfts fram i detta kapitel för de kommunala bostäderna med särskild service.

Hur kan man bo?

Ordinärt boende

Ordinärt boende, egen bostad, egen lägenhet, eget hus m.m. är olika benämningar för en bostad som man själv äger eller hyr. Denna bostadstyp är således som vilken bostad som helst förutom att ägaren eller hyresgästen tillhör målgruppen, dvs. personer med psykisk funktionsnedsättning, och får boendestöd i den egna bostaden.

Bostad med särskild service

Skillnaden mellan ett ordinärt boende och en bostad med särskild service är att det krävs ett myndighetsbeslut för att få en bostad med särskild service. Dessa bostäder är ofta av kollektiv karaktär där flera bor tillsammans eller i närheten av varandra med gemensamma utrymmen. Samtliga personer som bor där har någon form av funktionsnedsättning.

En del personer med funktionsnedsättning behöver bo i en bostad där det också finns personal som ger stöd och service, och för dem finns insatsen bostad med särskild service som regleras i både SoL och LSS. Insatsen bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS är relativt väl beskriven i förarbetena till LSS även om lagen inte i detalj reglerar hur boendet ska vara organiserat. Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd samt en handbok som gäller bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS [52].

Personer med psykisk funktionsnedsättning kan också få en bostad med särskild service enligt SoL, men varken lagen eller förarbetena anger hur den ska vara utformad. Det finns dock inget som talar för att en sådan bostad ska vara utformad på något annat sätt än en bostad med särskild service enligt LSS eller en helt vanlig (ordinär) bostad för permanent boende.

En bostad med särskild service enligt LSS kan vara utformad som en gruppbostad eller en servicebostad (prop. 1992/93:159). För båda boendeformerna finns tre viktiga kriterier som även beskrivs närmare nedan. Bostaden

- ska vara fullvärdig
- är den enskildes permanenta hem
- ska inte ha en institutionell prägel.

Fullvärdig bostad

Om en sökande bedöms ha rätt till insatsen bostad med särskild service för vuxna ska kommunen erbjuda en fullvärdig bostad [52]. Uttrycket ”fullvärdig bostad” ställer särskilda krav på bostadsstandarden men i första hand gäller de generella byggbestämmelser som också gäller för bostäder i allmänhet (prop. 1992/93:159). I Boverkets byggregler – föreskrifter och allmänna råd (BFS 1993:57) anges att en fullvärdig bostad ska ha ett rum med inredning och utrustning för personlig hygien, ett rum eller en avskiljbar del av ett rum för samvaro och sömn och vila, ett rum eller en del av ett rum för matlagning m.m. De enda undantagen gäller studentbostäder och vissa bo-

städer för personer med demens. De bostäder som uppfyller detta kallas ofta för fullvärdiga, och att bo i en fullvärdig bostad är en viktig förutsättning för att kunna leva ett självständigt liv.

Den enskildes hem

Alla människor behöver känna att ens hem är något permanent och stabilt över tid, och det är ytterligare en förutsättning för att kunna leva ett självständigt liv. Många personer med psykisk funktionsnedsättning har erfarenheter av att ha flyttats runt på olika avdelningar och det gäller särskilt dem som tidigare har vara patient på ett mentalsjukhus. Tidigare tvingades patienterna att flytta mellan olika enheter i en tänkt vårdkedja där restriktionerna minskade och rehabiliteringsinslagen ökade i takt med att patienten blev bättre. Dessa till synes goda principer skulle stimulera patientens utveckling, men de innebar att den enskilde patienten aldrig hann ”rota sig” och behålla kontakten med samma personal. En psykiatrisk avdelning är visserligen inte tänkt som ett permanent hem där man ska ”rota sig”, men patienten behöver ändå tid och ro för att utvecklas.

Detta ”vårdkedjetänkande” som en administrativ lösning har även fortplantat sig i de kommunala boendeverksamheterna. När någon som bor i en bostad med särskild service blir bättre anser många inom dessa verksamheter att han eller hon kan flytta till ett ordinärt boende för att bereda plats för en annan boende. Resultatet av en sådan flytt är dock att personen ifråga bl.a. får byta bostad, etablera sitt hem på nytt och lära känna ny personal. Det finns många exempel på välmenande förändringar som i själva verket orsakar försämringar i den enskildes tillstånd eller en onödig tillbakagång i strävan mot ett mer självständigt liv. Socialstyrelsen rekommenderar långsiktiga boendelösningar till hemlösa personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd [1]. Enligt riktlinjerna finns ett visst vetenskapligt stöd för att stabilitet i boendet tycks minska inläggningar på sjukhus och kommuner rekommenderas att satsa på stabilitet och permanens i boendet. Dessutom visar forskning att personer med schizofreni och andra långvariga psykossjukdomar har svårt att ta med sig nyvunna färdigheter från en miljö till en annan. Detta visar också hur viktigt det är att personer ur målgruppen har stabila och permanenta boenden.

Å ena sidan finns alltså krav på stabilitet i boendet och å andra sidan administrativa krav på ett effektivt utnyttjande av resurser i form av boendeplatser och personal. Hur kan man då resonera när två till synes motstridiga principer ställs mot varandra? På mentalsjukhus och inom många kommunala boendeverksamheter var lösningen att personen fick flytta eller övertalades att flytta. Den gällande principen kan i stället vara att stödet ska anpassas efter personens minskade eller ökade behov medan han eller hon bor kvar i sin lägenhet. Vissa vill dock flytta, t.ex. från en bostad med särskild service till en egen lägenhet, och då är det den enskildes eget val som är avgörande.

Ingen institutionell prägel

Enligt förarbetena till LSS ska gruppbostäder ligga i vanliga bostadsområden och de bör utformas och lokaliseras så att de inte får en institutionell

prägel. Det får inte finnas för många boende i en gruppbostad och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS rekommenderar Socialstyrelsen 3–5 personer. Det kan vara acceptabelt med ytterligare någon boende men bara om alla får goda levnadsvillkor. I en servicebostad bör det inte finnas fler boende än att serviceboendet integreras i bostadsområdet och man inte får en institutionell miljö.

Socialstyrelsens allmänna råd anger också att en bostad med särskild service för vuxna inte bör ligga nära en annan sådan bostad eller andra bostäder som inte är ordinära, t.ex. korttidshem eller särskilda boendeformer för äldre. Som regel bör inte heller en bostad med särskild service för vuxna samlokaliseras med lokaler för daglig verksamhet. Samlokalisering är t.ex. när flera bostäder med särskild service finns i samma byggnad eller när det finns flera LSS- eller SoL-verksamheter i ett bostadsområde så att området kan präglas av det. En koncentration av bostäder med särskild service och andra sociala verksamheter bidrar inte till att skapa jämlika levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättningar som behöver stöd och det underlättar inte heller för den enskilde att leva som andra (SOSFS 2002:9).

Antalet boende i en bostad med särskild service regleras inte i SoL men man kan få en viss ledning av Socialstyrelsens ovan nämnda föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS (SOSFS 2002:9). Det finns också forskning som visar att småskalighet och ett mindre antal personer som bor tillsammans har positiva effekter. Hellman m.fl. [56] fann att de boende var mindre passiva samt kände mindre oro och ångest och större psykologisk närhet till sina medboende i boendeformer med ett mindre antal boende. I större enheter har man också oftast funnit en lägre grad av självständighet [57] och författarna menar att detta kan bero på en lägre grad av individualisering i sådana boendeenheter. Hull och Thompson [58] fann att de boendes individuella egenskaper inte var det viktigaste för normaliseringen (förutsättningar för att leva som andra), utan de viktigare faktorerna var i stället boendets storlek, antalet olika funktionshinder som de boende hade samt karaktären på området där boendet ligger. Detta bekräftar betydelsen av boendets utformning.

Socialnämnden eller den nämnd som kommunfullmäktige har utsett som ansvarig för sin LSS-verksamhet ska verka för att människor, som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring kan delta i samhällets gemenskap och leva som andra. För att kunna leva som andra ska ingen vara hänvisad till att bo permanent i en institutionell miljö. Inom alla kollektiva boendeformer är det viktigt att personalen är uppmärksam på riskerna för att ett institutionellt tänkande kan smyga sig in i vardagslivet och arbetar för att motverka dessa tendenser.

Miljöaspekter

”There is no patient untreated by his environment” (Det finns inga patienter som förblir opåverkade av den miljö de befinner sig i). Citatet [59] från 1962 gällde miljön på mentalsjukhus men är lika relevant i dag när det gäller boendemiljöer för personer med psykisk funktionsnedsättning. Den fysiska och den psykosociala miljön i en bostad med särskild service skapar at-

mosfär och förutsättningar för interaktionen mellan de boende och personalen [60].

Den fysiska miljön

Det är ingen ny tanke att den fysiska miljön inverkar på människors hälsa och välbefinnande i vård- och boendemiljöer. Florence Nightingale, en av grundarna till det moderna sjuksköterskeyrket, påpekade redan på 1800-talet att olikheter i design och konstruktion mellan olika sjukhusbyggnader kunde förklara skillnader i patienters överlevnadsgrad [61]. Dessutom har natur och grönska under lång tid använts inom vård och behandling; mentalsjukhus utformades så att det var lätt att ta sig ut till de omgivande markerna, fönster vette utåt, trädgårdar planerades och odlingsprogram genomfördes för att ge patienterna kontakt med naturmiljön. Evans har skrivit om en boendemiljös effekter på den psykiska hälsan hos dem som bor där [62] och han skiljer mellan direkta effekter och indirekta effekter. Direkta effekter är typen av hus, vilket våningsplan man bor på, kvaliteten på bostadsområdet, upplevd trängsel, förekomst av buller, luftkvaliteten inomhus, föroreningar i utomhusluften samt belysning och tillgång till dagsljus. Den fysiska miljön har indirekta effekter på de boende eftersom den påverkar individens upplevelse av personlig kontroll, känsla av socialt stöd och möjligheter till återhämtning.

Vilka aspekter av den fysiska miljön kan man tänka på och påverka? Resultaten från en svensk studie kan ge oss viktiga ledtrådar [63]. Studien genomfördes i två typer av bostäder med särskild service för målgruppen, de som var ”ändamålsenligt byggda” och de som var ”icke ändamålsenligt byggda”. De senare hade ursprungligen byggts för andra ändamål och hade oftast en mer institutionell karaktär. Studien fokuserade på tre delar av bostäderna: den privata lägenheten, de gemensamma innemiljöerna och utemiljön. I de icke ändamålsenligt byggda boendena fanns det betydligt färre aspekter i privatlägenheterna som signalerade självständighet. Det som saknades var bl.a. tydliga namnskyltar och brevlådor utanför privata ytor. Det fanns också flera störande miljöfaktorer som gjorde att miljön kunde beskrivas som mindre hemlik.

Studien av de gemensamma innemiljöerna visade liknande skillnader mellan de olika bostadstyperna. De ändamålsenligt byggda boendena hade en fysisk miljö som i många avseende var stödjande, t.ex. var det lätt att orientera sig och det fanns hemlik inredning samt utrymmen som främjade social samvaro. I de icke ändamålsenligt byggda fanns färre stödjande kvaliteter, dessa bostadstyper var svårare att orientera sig i och här påminde inredningen och möbleringen om institutionsmiljöer. De fysiska utemiljöerna hade dock många likheter mellan de olika boendena, t.ex. när det gällde tillgänglighet, trafik och buller. Alla boenden hade utemiljöer som var lätta att överskåda och tydligt avgränsade med grönska som träd, buskar och planteringar.

Den psykosociala miljön

Den psykosociala miljön syns inte, till skillnad från den ovan beskrivna fysiska. Den går inte att ta på men påverkar ändå de boende och är ett viktigt element i vård- och boendemiljöer. Vad kännetecknar då den psykosociala miljön? Peplau, en omvårdnadsteoretiker, menade att en sådan miljö består av strukturerade komponenter, t.ex. organiserade gruppaktiviteter, och ostrukturerade komponenter i form av spontan interaktion mellan de boende eller mellan de boende och personalen. Enligt Peplau är de sistnämnda aktiviteterna viktigast trots att de oftast försummas [64].

Hur kan enhetschefer eller personal i en bostad med särskild service tänka kring den psykosociala miljön? Hur kan man påverka och förbättra den svårgreppbara psykosociala miljön? Det första steget är att bli uppmärksam på den psykosociala miljön i bostäderna. Det finns uttryck som ”det känns i luften när man går in där” som syftar på en verksamhets *atmosfär* och alltså pekar mot detta svårgreppbara. Det kan vara viktigt att försöka skaffa sig en uppfattning om den psykosociala miljön och sedan diskutera tillsammans hur man bäst kan förbättra den. Miljön formas av dem som vistas där, och då är det viktigt att både de boende och personalen gemensamt diskuterar detta.

En sådan diskussion kan utgå från de fem funktioner som Gunderson identifierade som terapeutiska värden i vårdmiljöer [65]:

- *Omsorg och kontroll* innebär bl.a. att tillfredsställa grundläggande behov av mat, vård m.m. och att kontrollera individens beteende i t.ex. en akut psykotisk fas.
- S*töd* inbegriper miljöns och nätverkets försök att få individen att känna trygghet samt att ge stöd och uppmuntran för att öka hans eller hennes självkänsla.
- *Struktur* består av alla aspekter i miljön som förmedlar förutsägbarhet och en god organisation. Struktur bidrar självklart till en känsla av trygghet och hjälper individen att få en entydig upplevelse av miljön.
- *Engagemang* handlar om processer som hjälper individen att aktivt delta och interagera med sin omgivning i miljön.
- *Bekräftelse* hänvisar till processer som bekräftar personens individualitet och kan t.ex. ge acceptans trots misslyckanden, förståelse för individens symtom och en betoning av individuella kontakter.

Det är dock svårt att uppnå en hög grad av alla fem funktionerna för att skapa den perfekta boendemiljön. Exempelvis kan det vara motsägelsefullt att erbjuda engagemang och bekräftelse samtidigt som en boende behöver omsorg och kontroll. Likadant kan det vara att ge struktur och på samma gång bekräfta de boendes individualitet. Personalen behöver hitta den rätta balansen mellan dessa funktioner beroende på individens behov. Det är viktigt att individualisera och uppmärksamma behoven hos var och en som bor där, samt att komma ihåg att den psykosociala miljön eller ”klimatet” skapas av alla som vistas där, både de boende och personalen.

Inom ramen för Boendeprojektet genomfördes en studie för att mäta den psykosociala miljön med hjälp av ett frågeformulär [66]. Fem kommuner deltog i studien som gick ut på att rangordna tre aspekter av den psykosociala miljön: ”relationer” (graden av fokus på relationer), ”rehab” (graden av fokus på individens utveckling) samt ”struktur” (graden av fokus på ordning, struktur och kontroll). Rangordningen gick ut på att ange vilka aspekter som förekom mest.

Enligt personalen var ordningen 1) relationer, 2) rehab och 3) struktur. Motsvarande rangordning bland de boende var 1) struktur, 2) rehab och 3) relationer. Skillnaden mellan de boendes och personalens uppfattningar var således ganska stor. De boende uppfattar strukturen som det dominerande medan personalen anser att arbetet med relationer är vanligast. I många sammanhang är det lätt att personalens synpunkter och åsikter väger tyngre än de boendes, och därför är det viktigt att de som bor där får chansen att bedöma den psykosociala miljön som är till för dem och som påverkar deras återhämtning.

Vad kännetecknar en god boendemiljö?

Följande citat är hämtade från intervjuer med boende och personal i bostäder med särskild service i kommunal regi. En av frågorna som ställdes var: Vad kännetecknar en god boendemiljö? I tabell 3 nedan redovisas tio korta citat från varje grupp för att i vardagsspråk komplettera och konkretisera det ovanstående resonemanget om viktiga miljöaspekter.

Tabell 3. Exempel på vad som kännetecknar en god boendemiljö

Boende	**Personal**
- lugnt och tyst och fridfullt	- en trygg bas där man är behövd
- fräscha lokaler, fin personal	- att ha en egen lägenhet med förstahandskontrakt
- ha möbler, min musik, att människor kommer och hälsar på, värme och kärlek	- trygghet och harmoni runtomkring samt möjlighet att krypa undan och också möjlighet att ha sällskap
- rent och snyggt i trappuppgången, rent och snyggt i tvättstugan, grannar som man litar på, att trädgård, gårdsplan sköts ordentligt, nyrenoverad, ej sliten	- att ha en egen bostad – det är mitt – där man kan få hjälp och stöd och trygghet
- rätt öppet, högt till tak, roligt tillsammans, gemenskap	- lämplighet i byggnadens utformning, bra fungerande personalgrupp och individuell kravnivå
- säkerhet och trygghet, lugn och ro	- att kunna känna tryggheten och att stimuleras till självständighet
- gemenskap med medboende	- egen lägenhet, egen nyckel och eget kontrakt som en Svensson, egen lägenhet med trygghet
- fysisk miljö som gör det tryggt	- att få vara själv när man själv vill det och personal respekterar att det är de boendes egna lägenheter
- städat, ordning, snyggt, gemenskap, närhet till andra människor	
- att kunna se fåglar utanför fönstret, att kunna se att det är liv ute – människor som rör sig – arbetare, verksamhet, naturligt liv	

	- ljusa, fina lägenheter med bra planlösning, att man kan komma och gå som man vill och nära till allt – post, bank, vårdcentral mm - så hemtrevligt som möjligt och ej stökigt och stimmigt

I citaten finns det exempel på egenskaper i den fysiska miljön och på aspekter av den psykosociala miljöns relations- och strukturkomponenter. En del uttrycker också hur viktigt det är med självständighet.

Tillsynens bedömningskriterier på boendeområdet

När länsstyrelserna år 2008/2009 gjorde tillsyner av kommunerna [47] användes ett antal bedömningskriterier som gäller boendeområdet. De inbegriper utbudet av verksamheter och insatser på boendeområdet samt kvaliteten och innehållet i verksamheterna.

Nedan ges några exempel på bedömningskriterier för utbudet av verksamheter och insatser på boendeområdet:

- I kommunen finns ett tillräckligt utbud av insatser/verksamheter för att möta personers med psykiska funktionshinder behov och ge en möjlighet till valfrihet, när det gäller stödet till ett anpassat boende.

- I kommunen planeras för och finns tillgång till varaktiga boendelösningar för personer med psykiska funktionshinder som är hemlösa eller vistas i olika former av tillfälliga boendelösningar.

Nedan ges några exempel på bedömningskriterier för kvalitet och innehåll i verksamheter på boendeområdet:

- Arbetssätt och insatser i en verksamhet för boende utformas utifrån gruppen personers med psykiska funktionshinder behov och kunskapsutvecklingen på området i syfte att ge målgruppen ökade möjligheter att delta i samhällets gemenskap och leva som andra.

- Insatser som genomförs för varje enskild person inom en verksamhet för boende planeras, dokumenteras och följs upp samt samordnas med insatser från andra enheter, organisationer och myndigheter när så är lämpligt.

- Enskilda personer med psykiska funktionshinder har inflytande över utformningen av de insatser/aktiviteter de får inom ramen för en verksamhet för boende.

- De boende/deltagarna i en verksamhet för boende respektive sysselsättning anser att verksamhetens innehåll är anpassat till deras behov och att kvaliteten i verksamheten är god.

- En bostad med särskild service (enligt SoL eller LSS) är en fullvärdig bostad som utformas och placeras så att den inte får en institutionell prägel.

Kapitel 6
– Psykosociala boendestödsinsatser

Inledning

Detta kapitel handlar om boendestöd (se även s. 8 om hur termen boendestöd används i vägledningen. Det kan verka befängt att i en vägledning beskriva vad boendestöd är för de personer som arbetar med detta dagligen, men kapitlet lyfter fram hur man kan tänka kring temat ”att arbeta i någon annans hem”. En stor del handlar också om hur de boende vill att boendestödet ska ges. Eftersom det inte finns någon forskning kring detta har Socialstyrelsen genomfört ett antal studier för att belysa detta.

Boendestöd – vad är det?

Boendestöd nämns inte i något regelverk och har ingen allmän betydelse [67]. Socialstyrelsens terminologiråd definierar dock boendestöd som ”bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper i eget boende” [5]. Kansliet för Nationell psykiatrisamordning beskrev boendestöd som ”ett socialt stöd som ges till den enskilde i dennes bostad och anpassats efter de behov som finns hos personer med psykisk funktionsnedsättning”. Nationell psykiatrisamordning konstaterade att beteckningen boendestöd bara delvis täcker insatsens hela innehåll. En utvidgad definition som kanske bättre speglar helheten av insatsen kan ses i Stockholm stads riktlinjer från 2002 [68]:

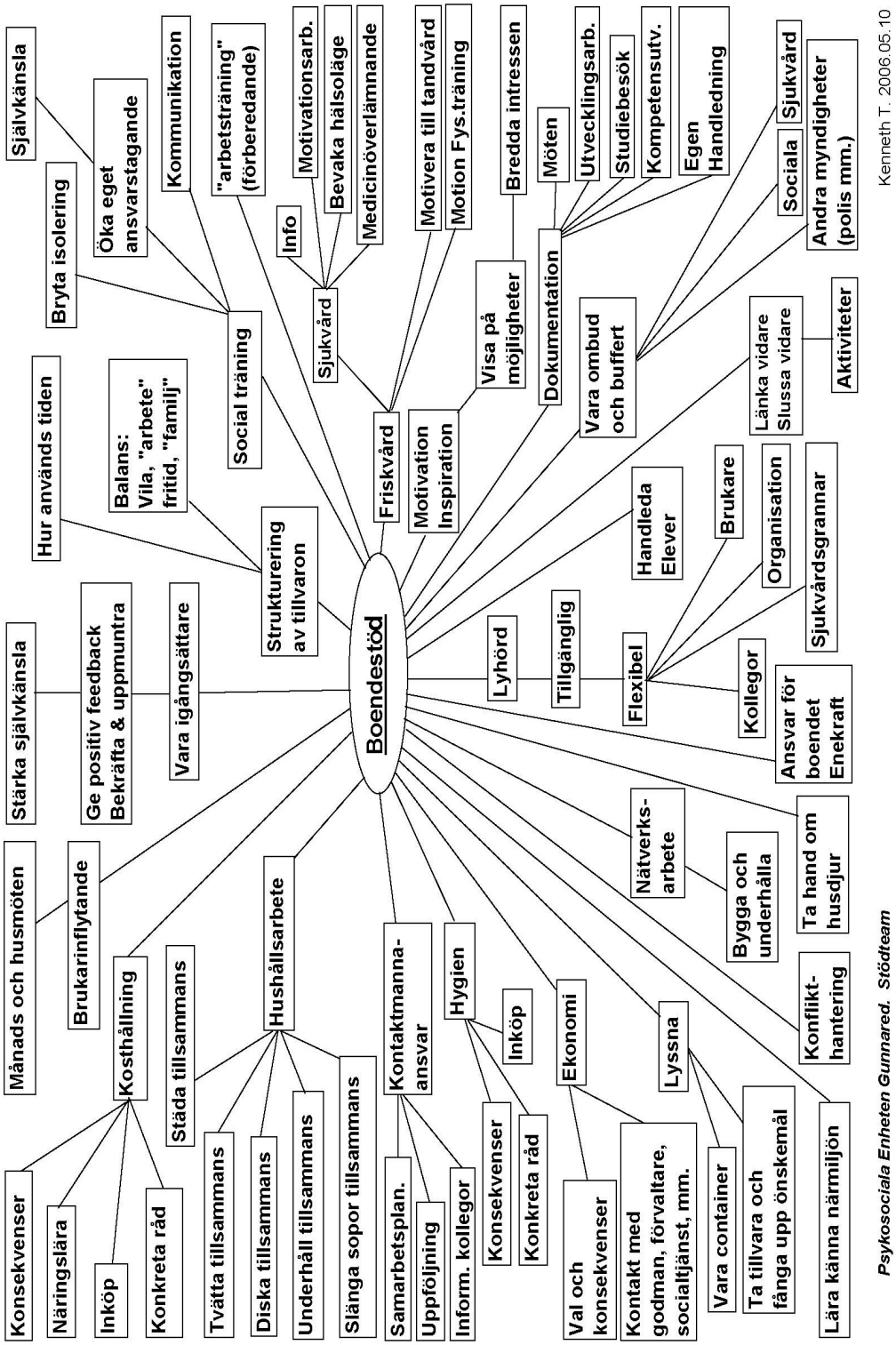
> *Boendestöd är en praktisk och social insats för personer med psykiska funktionshinder som syftar till att underlätta för den enskilde att hantera sin vardag. Insatsen är dock inte begränsad till hemmet utan kan även omfatta aktiviteter utanför boendet och en central del är att dessa aktiviteter bör göras tillsammans med brukaren.*

Dessa tre definitioner ger en bild av en aktivitet som har tre tydliga delmoment:

- innehållet – stöd i vardagen
- arenan – både i och utanför bostaden
- relationsaspekten – brukaren och boendestödjaren tillsammans.

Boendestöd har utvecklats som en insats för personer med psykisk funktionsnedsättning sedan psykiatrireformen i mitten av 1990-talet. Nationell psykiatrisamordning noterade att denna insats höll på att särskiljas som något annat än ordinarie hemtjänst och något som är mer kvalificerat och mångfacetterat [67]. Figuren på nästa sida har tagits fram av en boendestöd-

Figur 3: En boendestödjares arbetsuppgifter



jare i Mölndal [69] och den visar hur mångfacetterade boendestödjarens arbetsuppgifter kan vara när det gäller personer från målgruppen. Figuren ska inte ses som heltäckande och det kan naturligtvis finnas fler arbetsuppgifter. Dessutom varierar uppgifterna beroende på de individuella behoven hos personen som boendestödjaren arbetar för. Figuren får tala för sig själv, men det är viktigt att påpeka att figuren är ritad helt utifrån boendestödjarens perspektiv. Den person som tar emot boendestödet är självklart i centrum för alla aktiviteter som nämns och han eller hon ska också tillsammans med boendestödjaren bestämma vad som ska göras och hur.

Toll [69] skriver att arbetet som boendestödjare ofta är ett ensamarbete. Samtidigt får boendestöd inte ses som en isolerad företeelse. Stödet har blivit mycket viktigt för många ur målgruppen eftersom boendestödjaren utgår från hemmet som är deras plattform i vardagslivet. Brukarna kan även ha andra insatser från kommunen, landstinget och andra aktörer så att boendestödjaren också kan ha nära samarbete med t.ex. de anhöriga, psykiatrin, primärvården, en god man, en dagcentral, socialtjänsten, hemtjänsten, kontaktpersoner, personliga ombud m.fl. Det är viktigt för personalen i en boendestödsverksamhet att känna till vad dessa övriga aktörer gör och var de eventuella gränserna går mellan den egna verksamheten och den som utförs av andra. Det beskrivna samarbetet förutsätter givetvis att den enskilde känner till det och har gett sitt samtycke.

Både forskning och myndigheter bekräftar att boendestödjarens arbete inte bör vara en isolerad företeelse. Regeringen betonar bl.a. betydelsen av samarbete mellan huvudmän i sin proposition om ändringar i socialtjänstlagen (prop. 2008/09:193). Socialstyrelsen gör samma sak i sitt krav på gemensamma utbildningar för kommun- och landstingspersonal vid beviljande av stimulansmedel för kompetensutveckling för arbete med personer med psykisk funktionsnedsättning. I riktlinjerna [1] rekommenderar Socialstyrelsen insatser för personer med schizofreni och liknande tillstånd, t.ex. intensiv case management enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment), och de innebär att myndigheter integrerar sina vård- och stödinsatser runt individer i målgruppen. Boendestödjaren bör vara en självskriven del i detta teambaserade arbete.

Avslutningsvis finns det en specifik aspekt av boendestöd för målgruppen som är både ny och problematisk. 2008 kom nya bestämmelser i lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV (prop. 2007/08:70): öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk tvångsvård. De nya bestämmelserna ställer ännu högre krav på en specialiserad och hög kompetens hos personalen som ska kunna ge stöd till dem som omfattas av denna vårdform [69]. Boendestödjare kan dock hamna i etiska dilemman eftersom boendestöd i dag är en frivillig insats som kan villkoras enligt denna vårdform. Precis som vid andra etiska svårigheter i vård- och stödinsatserna behöver boendestödspersonalen handledning för att kunna utföra sitt arbete på bästa sätt.

Vem arbetar som boendestödjare?

De som arbetar med boendestöd till målgruppen har olika kvalifikationer beroende på kraven från arbetsgivaren, t.ex. kommunen eller en enskild verksamhet. De flesta har utbildat sig till skötare alternativt undersköterska, och många av dem har tidigare yrkeserfarenheter från den psykiatriska vården. En tydlig trend under senare tid har dock varit att anställa personer med högskoleutbildning. Exemplen nedan är utdrag ur annonstexter från två olika kommuner för arbete som boendestödjare, och de visar den bredd som kan finnas när det gäller kvalifikationskraven.

> *Vi kommer att prioritera personer med kunskap och intresse för målgruppen. Det är viktigt att du har förmåga att skapa förtroende, är trygg och stabil samt har stort tålamod och är uppmärksam på små framsteg. Jobbet ställer krav på din förmåga att självständigt kunna fatta beslut och agera handfast.*

> *Beteendevetenskaplig eller likvärdig högskoleutbildning gärna med någon form av omvårdnadsutbildning i botten […] att man har ett humanistiskt synsätt och tror att människan är utvecklingsbar bara den får växa efter sin förmåga.*

Dessa exempel visar bl.a. att formella kvalifikationer i form av utbildning är viktiga för att kunna arbeta med boendestöd till målgruppen, men också personliga egenskaper och rätt människosyn. Andra karaktäristika som personens ålder, kön, etnicitet och intressen bör också beaktas för att kunna göra rätt matchning. Det är självklart helt annorlunda att vara boendestödjare hos en yngre person med missbruk och en kriminell bakgrund än en äldre person med autism.

Inom ramen för Boendeprojektet intervjuades personer ur målgruppen om vilka egenskaper en boendestödjare borde ha. Förutom att boendestödjaren bör vara en enkel och vanlig människa betonades bl.a.:

- humor, empati, personlig värme, livserfarenhet, kreativitet samt tålamod
- förmåga att se personen i stället för röran, att lägga band på sina egna värderingar samt att stå med fötterna på jorden
- våga vara nära, se individen utan att ta över, visa vägen samt stå ut med kaos.

Varje kommun eller enskild verksamhet ska som arbetsgivare avgöra vilka kvalifikationer som ska gälla för de olika arbetsuppgifterna. Arbetsuppgifterna i figur 3 (s. 63) och listan ovan på personliga egenskaper ger dock en fingervisning om vad arbetsgivaren bör tänka på när det gäller att organisera boendestöd. De flesta tjänster i boendestödsgrupper har gått till skötare och undersköterskor, men på senare tid har det blivit vanligare att anställa beteendevetare. Detta trendbrott tyder på att man i vissa kommuner inte tror att skötare och undersköterskor fullt ut kan motsvara kraven som ställs. Med

tanke på innehållet i figur 3 ovan verkar det också osannolikt att en enskild yrkesgrupp kan behärska alla dessa uppgifter. Det är alltså relevant att reflektera över om boendestödjare ska vara generalister (kunna lite om allt) eller specialister (kunna mycket om lite).

En möjlig lösning är att ordna arbetslag eller boendestödsgrupper med olika yrkesgrupper som tillsammans kan ha kvalifikationer att klara det mångfacetterade arbetet. Boendestödsgruppen kunde exempelvis bestå av ett antal skötare eller undersköterskor som förstärks med andra kompetenser såsom en beteendevetare, en socionom, en arbetsterapeut, en fritidspedagog m.m. Den breda kompetensen borde kunna möta kraven som ställs samt bidra till en stimulerande och positiv dynamik i arbetsgruppen. Ett sådant arbetslag kan således innehålla både generalister och specialister.

Att arbeta i någon annans hem

En boendestödjare arbetar i någon annans hem och det får följder för både den boende och den som tillhandahåller stödet. Arbetet innefattar många svåra etiska ställningstaganden och bör ständigt debatteras bland alla kategorier av personal som arbetar i någon annans hem. Borell och Johansson skriver följande:

> *... hemmet är nämligen inte vilken ”lokal” som helst, utan innefattar en speciell kombination av materiella och symboliska aspekter. Hemmets väggar utgör en fysisk gräns mellan det offentliga och det privata, och den stärks av kulturella regler om tillträdet till ett hem. [21]*

Avskildhet, autonomi och gränser

Samma författare pekar på tre särskilt viktiga aspekter av hemmet, nämligen avskildhet, autonomi och gränser. Alla som arbetar i någon annans hem behöver förhålla sig till dessa tre aspekter. Avskildhet förutsätter förmågan att exkludera och inkludera, med andra ord att ha kontroll över vem som får tillträde till hemmet. Gränsen mot det yttre markeras med fysiska markörer, t.ex. grindar, dörrar och trösklar, samt med kulturella regler, men inom institutioner överskrids ofta dessa markeringar utan att någon reflekterar över det. I privata hem är det väsentligt att upptäcka och respektera behovet av avskildhet och även de individuella skillnaderna i uttryckssätt mellan olika personer som bor i en bostad med särskild service.

Hemmet karaktäriseras i hög grad av autonomi, dvs. självbestämmande. I kapitel 1 nämns att hemmet är en miljö som vi kan påverka och sätta vår egen prägel på, och att det är ett uttryck för vår identitet. Personal som arbetar i någon annans hem behöver självklart visa samma respekt för den enskildes hem och egna val som de förväntar sig av sina egna besökare. Detta gäller både om personen bor i en bostad med särskild service och i ett ordinärt boende.

Av dessa tre aspekter är det förmodligen svårast att ta hänsyn till gränser. Liksom den psykosociala miljön kan gränser, särskilt icke fysiska sådana, vara svåra att se och de upptäcks kanske först när man redan har överskridit dem. Borell och Johansson [21] påpekar att när hemmet även blir en arbets-

plats gör personalen intrång i individens privata sfär. Man överskrider inte bara en rumslig gräns utan påverkar också personens dagliga rutiner. Mötet mellan boendestödjaren och den boende innebär enligt författarna ”en komplicerad ömsesidig gränsbearbetning” och att interaktionen mellan dem ”har i viss mån karaktär av förhandlingar”.

Olika typer av gränser

Boendestödjare som arbetar i en persons ordinära boende eller lägenhet i en bostad med särskild service behöver vara uppmärksam på olika gränser och kunna känna igen dem. Det är också viktigt att ha en ständig diskussion om gränser i arbetsgruppen eller i handledningen.

Interna och externa gränser

Borell och Johansson skriver om externa gränser och interna gränser. De externa gränserna är mer handfasta och synliga, t.ex. staketet runt en tomt eller ytterdörren till en lägenhet, men de kan också handla om vad som är normalt accepterat när det gäller att ta sig in i någon annans hem. Den boende får en mer skyddad privat sfär om han eller hon vet att boendestödjaren kommer på bestämda tider och själv kan gå och öppna när det ringer på dörren. På samma sätt kan det upplevas som ett intrång om boendestödjaren har för vana att gå in utan att först ringa på eller dyka upp vid tider som inte är överenskomna.

De interna gränserna bygger på att olika rum i hemmet har olika funktioner och olika starka normer om avskildhet. Hallen och köket kan t.ex. ses som mer offentliga utrymmen än sovrummet. Vi människor drar dock dessa gränser på olika platser och på olika sätt i våra hem och vi kan reagera olika starkt när någon överskrider gränserna [21]. Att ta reda var varje person har sina gränser och att respektera dessa är självklart en viktig del i en boendestödjares arbete.

Människors sfärer

Lantz [70] menar att människor har en diffus gräns mot omvärlden men tycker sig kunna urskilja tre sfärer eller avgränsningar som också kan vara viktiga att tänka på för den som arbetar i någon annans hem. Dessa tre är intimsfären, personsfären och identifikationssfären. Intimsfären utgörs av kroppen och dess närmaste attribut som kläder, glasögon, ringar, klocka m.m. För inte så länge sedan överskreds den gränsen ganska ofta på sjukhus, både på mentalsjukhus och på lasarett. Personsfären gäller utrymmen som man kan sätta sin personliga prägel på, t.ex. bostaden. Den kan också inbegripa det man äger eller ställen där man vistas mycket, t.ex. ett tjänsterum eller kontor. Den sista sfären, identifikationssfären, kan vara ett betydligt större område som är en del av ens livsberättelse, t.ex. ett kvarter, en stadsdel eller en hembygd. Lantz skriver ”att få ha sin intima sfär och personsfären fredad är ett grundläggande mänskligt behov och en rättighet”.

Professionella relationer och vänskap

Det finns ytterligare en typ av gräns som berör de boendes och boendestödjarnas roller. Många forskningsstudier vittnar om svårigheter som rör gränsen mellan en professionell relation och en vänskap när man arbetar i t.ex. hemsjukvård. Den yrkesmässiga relationen är lätt att upprätthålla i en sjukhusmiljö där patient- och vårdpersonalsrollerna är givna och förstås av båda parter. I ett hem är dessa roller och relationer inte lika tydliga. Kan en boendestödjare vara vän med en brukare när stödjaren går till personens hem och utför arbetsuppgifter tillsammans med eller åt honom eller henne? Frågor som denna bör ställas och diskuteras i alla boendestödjargrupper. Boendestödjarens uppgift är delvis att motivera och påverka den enskilde, vilket dock måste göras med respekt för hans eller hennes integritet och rätt att själv bestämma. Detta är en svår uppgift där boendestödjaren säkerligen behöver regelbunden handledning.

Ett citat hämtat från en studie om relationen mellan människor och bostaden får avsluta avsnittet [71]:

> *Mitt hem är – borde vara – en fast punkt, där mitt slags ordning gäller. Där jag har rätt att vara, utan inblandning. En fristad dit jag kan dra mig undan, hämta kraft. En startpunkt för livet ut i samhället. Möte med människor, engagemang, ett kollektivt flöde. Mitt hem borde inte kunna tas ifrån mig. Det borde få växa och åldras med mig.*

Hur de boende vill att boendestöd ska ges

Detta avsnitt bygger på intervjuer genomförda våren 2009 med 108 personer med psykisk funktionsnedsättning. De intervjuade är från tio olika kommuner och bor antingen i ordinärt boende med boendestöd eller i en bostad med särskild service. Syftet med intervjuerna var att ta reda på hur personer i målgruppen vill att ett antal vardagliga handlingar ska utföras av boendestödspersonalen. Av de som svarade var knappt hälften män och medelåldern var 47 år. Skillnader mellan yngre respektive äldre och män respektive kvinnor redovisas avslutningsvis.

Nedanstående text kan ses som en allmän vägledning för hur de boende vill att boendestödet ska utföras. Stödet till en enskild person måste givetvis anpassas till individens egna önskemål, behov och problematik.

Bearbetningen av de intervjuades beskrivningar visade att det finns fem mer övergripande ”teman”:

- Att lyssna aktivt och dela samt dela med sig av erfarenheter
- Att visa sig öppen för att vilja möta den boende
- Att planera gemensamt för att skapa struktur
- Att uppmuntra den boende att våga anta utmaningar
- Att bjuda in till samtal kring det som upplevs svårt

Nedan följer beskrivningar av hur brukarna vill att boendestödet ska ges, utifrån listans fem teman. Beskrivningar av *hur* något ska utföras kan upp-

fattas som om beskrivningen endast ger en bild av *vad* som ska göras. I samband med att man läser dessa beskrivningar framträder dock samtidigt något som även ger läsaren en möjlighet att förstå *hur* det kan göras.

Att lyssna aktivt och dela samt dela med sig av erfarenheter

De boende vill att boendestödjaren ska lyssna aktivt och dela deras erfarenheter samt dela med sig av sina egna erfarenheter, och det innebär att boendestödjaren visar intresse för det som den boende har att berätta. Samtidigt kan boendestödjaren dela med sig av sina erfarenheter så att den boende känner sig tillräckligt trygg för att öppna sig.

> *Jag vill att de är ärliga, genom diskussion, hur jag tänker om olika saker, reaktioner, tankar, de kan hjälpa mig att ifrågasätta, nyansera.*
>
> *Boendestödjare ska bjuda på sig själv och först då kan man vara trygg och prata om sig själv.*

Boendestödjaren behöver ha tålamod och ambitionen att låta utvecklingen av relationen ta den tid som krävs, och det är viktigt för att den boende verkligen ska vilja berätta hur hon eller han upplever sin situation och sina problem. Personalen bör därför lyssna och inte ifrågasätta det som den boende upplever. Samtidigt behöver boendestödjaren ställa frågor om hur den boende upplever sin situation för att söka en gemensam lösning.

> *Det tar tid för mig innan jag tar upp något. Det är viktigt med tålamod, att låta det ta tid.*
>
> *Ska kunna diskutera med boendestödjaren vilka lösningar som finns av problemet.*

De boende vill gärna ha tips och råd kring hur de kan göra för att hantera olika situationer och ibland kan det passa att personalen visar hur man kan göra. Samtidigt är det tydligt att de boende vill förstå följderna och konsekvenserna av olika sätt att hantera händelser på. De vill också att personalen försöker uttrycka sig på ett enkelt och vardagligt sätt.

> *Boendestödjaren ska också kunna visa på hur man gör saker på ett annat sätt.*
>
> *Hjälpa till att reflektera över orsak–verkan. Fråga mycket, lyssna och ta sig tid för att hjälpa till att få perspektiv på problemet och hjälp att fokusera på det egentliga problemet.*

Kontakten med boendestödjaren avgör om de boende känner att de kan göra saker utanför bostaden. Flera påpekar att om de känner sig trygga med personalen blir det lättare att komma bort från bostaden. De boende poängterar att det ofta känns väldigt bra om de kan prata med personalen om vardagliga ting under tiden de är någon annanstans, t.ex. hur den boende har det just nu i allmänhet och hur han eller hon mår. När de boende ska handla är det

många som vill att personalen följer med. Ibland önskar de att boendestödjaren tar en aktiv del i inköpen och i andra fall att de kanske stannar utanför affären.

Att tänka på för boendestödjare

Temat handlar om vikten av att lyssna aktivt till vad den boende har att berätta, att tillsammans med honom eller henne reflektera över stunden och framtiden, samt att ge förslag på eller visa möjliga strategier att hantera livets små och stora frågor. Detta kan innebära att ge tips och råd, och ibland vill den boende att någon ska kunna förklara konsekvenserna av hans eller hennes sätt att vara och agera. Det är också viktigt att boendestödjaren kan uttrycka saker enkelt.

Att visa sig öppen för att vilja möta den boende

Att visa sig öppen för att vilja möta den boende innebär att boendestödjaren ärligt och uppriktigt vill lära känna den boende som människa. För de boende är det också viktigt att veta att det finns någon som kan dela deras frågor och funderingar. Om boendestödjaren är bra på att visa uppskattning och kan svara på en del av frågorna känner den boende att hans eller hennes frågor är viktiga.

> *Jag blir lätt orolig när jag ska göra saker och frågar mycket. Vill att de ska svara på mina frågor och att de ska hjälpa mig att hitta lösningar när något oförutsett händer.*

För att visa att man är öppen och angelägen om att skapa en stödjande relation är det viktigt att boendestödjaren ge uppmuntran och beröm när den boende gör något som är bra. Boendestödjaren ”pushar” alltså på den boende och visar tilltro till hans eller hennes egen förmåga. En ärlig, tydlig och stödjande relation kan utvecklas genom att boendestödjaren talar om för den boende hur han eller hon upplevs och ger förslag på hur han eller hon kan ändra på sitt sätt att vara. Det är viktigt att boendestödjaren är öppen och ärlig i det han eller hon säger och samtidigt är lugn så att den boende känner sig trygg. Här är det viktigt att inte vara påträngande.

> *Uppmuntran och beröm är viktigt. Få beröm när jag gör något bra.*

> *Jag har svårt att få saker gjorda och behöver hela tiden pushas på.*

> *Tala ärligt. Verkligen tala! Tala om hur du är och vad jag kan ändra. Personalen ska vara lugna och återhållsamma, öppna och ärliga.*

Relationen kan stärkas av att boendestödjaren verkligen lyssnar på den boende och utifrån de funderingarna ger förslag på olika förhållningssätt till problem eller situationer så att den boende kan bryta gamla tankebanor. Det är också viktigt att boendestödjarna bara lovar saker som de säkert vet är genomförbara.

Att tänka på för boendestödjare

Detta tema visar hur viktigt det är att visa intresse för att lära känna den boende som människa, att visa sin uppskattning, att vara ärlig och uppriktig samt att försöka ge svar på funderingar och frågor.

Att planera gemensamt för att skapa struktur

De boende vill ha gemensamma planeringar med boendestödjaren för att skapa struktur, och för att känna att boendestödjaren har framförhållning när det gäller sådant som ska göras. Dessa planeringar behöver vara regelbundna för att öka den boendes känsla av att det finns en struktur och ordning som håller ihop vardagen. Vissa behöver t.ex. känna att någon kan hjälpa dem att bedöma vad som är viktigt att inhandla eftersom de kan ha svårt att sortera bland alla intryck. Planering av vad som ska inhandlas är därför viktigt.

Somliga påpekar hur viktigt det är att boendestödjarna planerar och diskuterar olika möjliga aktiviteter utanför bostaden tillsammans med de boende så att de vet vad som kan hända framöver. Enligt svarspersonerna bör det också i möjligaste mån vara samma boendestödjare som är med varje gång när man ska handla eller gå ut och fika. Anledningen är framför allt att den boende vill kunna känna sig trygg. Samtidigt har många en önskan om att kunna genomföra alla dessa saker själva utan att behöva stöd även om de inser att de kan behöva stöd under en längre tid.

> *Jag vill ha hjälp med att handla. Jag känner mig lugnare och kan koncentrera mig bättre när någon går med. Ibland fikar vi. Samma personal är viktigt.*

När det gäller hjälp med praktiska göromål vill de boende ha hjälp med att planera vad som ska göras och när det ska göras. Det är vanligt att de boende vill utföra de praktiska sakerna tillsammans med boendestödjarna.

> *Det viktigaste som personalen hjälper mig med det är att organisera upp olika aktiviteter i bostaden, [som] städning, så att jag gör den.*

Svarspersonerna uppskattar att boendestödjare visar sitt intresse genom att fråga hur den boende har det och hur han eller hon vill ha det. Utifrån detta kan man tillsammans reflektera över olika tidigare och händelser för att kunna prata om vad som ledde fram till ett visst resultat. Det kan då sättas i relation till möjliga framtida händelser. Regelbundenhet och struktur är viktigt för att stärka känslan av respekt och ömsesidighet, och därför är det viktigt att boendestödjarna är tydliga med när de kommer och vad som ska hända då.

En del av arbetet som boendestödjare är att visa lättöverskådliga system så att den boende ska kunna hålla ordning på sina saker. Några boende kan mycket väl ha en viss ordning på sina saker och vet hur det ska vara men orkar ändå inte att organisera dem.

Att tänka på för boendestödjare

Temat visar vikten av att boendestödjaren planerar olika aktiviteter gemensamt med den boende och att det dagliga livet präglas av regelbundenhet, struktur och ordning. Den boende behöver också stöd för att känna att han eller hon kan påverka sina aktiviteter.

Att uppmuntra den boende att våga anta utmaningar

Boendestödjaren kan hjälpa den boende att våga anta utmaningar genom att arbeta med motivering och uppmuntran. Enligt svarspersonerna blir det lättare om boendestödjaren försöker att ta del av den boendes intressen och att undersöka dennes möjligheter och resurser samtidigt som det är viktigt att också ta det som den boende säger på allvar. De boende vill också reflektera kring olika möjliga vägar tillsammans med sin boendestödjare, och ibland vill de pushas till att ta olika initiativ. Vissa säger sig ha svårt att bryta sin isolering, vilket gör det besvärligt för dem att ta sig ut i samhället. Då är det bra om boendestödjaren uppmuntrar den boende till att ta kontakt med andra för att få honom eller henne att känna sig delaktig i ett större sammanhang.

> *Det var inte jag som bestämde att vi skulle börja med det, det var boendestödjaren som tog initiativ till det, boendestödjaren känner mig, det är en varm person som vet vad jag tycker om.*
>
> *Att de ställer en fråga om jag haft kontakt och hur mycket. Bra att se till att jag inte minskar den kontakt jag har med min släkt och vänner.*

Ibland räcker det med att boendestödjaren i all enkelhet nämner att det nog är dags att städa. Någon av de boende säger lite mer burdust att de ”vill ha någon som sparkar mig i häcken så jag kommer igång”. Boendestödjaren kan dessutom påpeka hur viktigt det är att hålla sig ren så att man inte luktar illa. Det är särskilt viktigt när den boende mår dåligt: ”Är jag dålig brukar min personliga hygien förfalla och då behöver personalen påpeka det”. Även här poängteras vikten av att ha någon som ”pushar på” men att det endast är ett fåtal personer som gör detta.

Flera av de boende vill att boendestödjaren ska uppmuntra dem att komma ut, eftersom somliga har svårt att ta sig för saker. Andra tycker att det är obehagligt att gå ut ur den egna bostaden och då kan det vara bra att först prata en stund om det som oroar dem. Samtidigt är det viktigt att prata om vardagliga saker medan man är ute eftersom det kan minska oron och ångesten.

> *Vill helst handla själv men personalen behöver vara med som stöd. Bra med promenader för då kan vi prata samtidigt och jag känner mig mindre orolig.*

För att stödja och uppmuntra den boendes förmågor är det viktigt med beröm. Då är det viktigt att försöka lyfta fram sådant som den boende är intresserad av och att uppmuntra honom eller henne att utveckla sina intressen vidare. Ibland handlar det om att lyfta fram positiva saker när den boende

har det svårt. Det framkommer också att den boendes egna idéer om hur den vill hantera sin situation är viktigt att uppmärksamma även om dessa ibland behöver diskuteras för att blir mer realistiska. I vissa situationer kan boendestödjaren komma med olika praktiska råd om hur man kan vara eller agera för att det ska bli enklare att umgås med andra.

[Boendestödjarna] är ärliga och raka mot mig. Resonerar med mig om det finns orimligheter i mitt resonemang och om jag förstorat upp saker. Hjälper mig att se verkligheten.

Boendestödjaren bör försöka att uppmärksamma förändringar i den boendes färdigheter och förmågor även om de är små, t.ex. sådant som den boende inte kunde tidigare. Vidare får boendestödjaren gärna uppmuntra den boende till att försöka anta nya utmaningar och kanske göra eller tänka på något annat sätt än tidigare.

Uppmärksammar och uppmuntrar framsteg. Ibland blir jag blind och ser inte små förändringar som sker.

Personalen kan ha ett utanförperspektiv och ge mig olika former av råd. Vinkla problemen på ett annat sätt.

För att stödja den boende att vara aktiv och göra saker tillsammans med andra kan boendestödjaren t.ex. följa med på promenader på staden eller anordna gemensamma utflykter tillsammans med andra boende. Boendestödjarens roll kan vara att inspirera och ge förslag på olika aktiviteter samt uppmuntrar de boende till att t.ex. gå olika kurser eller att försöka hitta någon sysselsättning eller ett arbete. Boendestödjaren kan gärna följa med på de aktiviteter som partnerna gemensamt har kommit fram till att den boende kan delta i. För somliga kan det vara en seger att orka ta sig ut bland andra människor även om man inte ens talar med någon. Detta kan vara de inledande stegen för att stärka den boendes självförtroende så att han eller hon vågar umgås med människor och inte isolerar sig.

Mitt stora problem är att jag vill gärna isolera mig. Därför är det bra att de stöttar mig så att jag träffar andra människor.

Ibland kan jag behöva att hon är med första gången som jag gör saker, sedan klarar jag det själv.

Den boende behöver också stöd för att upprätthålla och utveckla sina kontakter med andra. I dessa sammanhang kan det vara bra att ge beröm när den boende har försökt knyta nya kontakter eller kanske lyckats utveckla en kontakt.

Går ut på stan och tränar i affärerna för att vara bland andra människor. […] Försöker lära mig att hantera kontakter med folk.

För att kunna ge stöd i kontakten med släkt och nära vänner finns det vissa handfasta saker en boendestödjare kan göra. De boende vill t.ex. att boendestödjaren frågar hur kontakten är och om den boende har haft kontakt med någon. I samband med att den boende ska besöka någon av sina anhöriga eller nära vänner kan boendestödjaren också följa med och fungera som ett ”kompisstöd”. Det verkar alltså vara viktigt att den boende känner att det finns någon att prata med om han eller hon skulle få bekymmer i förhållande till någon anhörig. För somliga är det viktigt att personalen försöker bjuda med de anhöriga på olika träffar, exempelvis vårdplaneringen. En del kan behöva stöd i att undvika vissa personer som kan ha ett negativt inflytande på dem.

Att tänka på för boendestödjare

Temat visar hur viktigt det är att göra den boende mer motiverad att våga anta utmaningar. Det är också viktigt att boendestödjaren ser till den boendes intressen och uppmuntra honom eller henne att fundera på möjligheterna att utöva dessa. Boendestödjaren kan även uppmuntra den boende till att ta kontakt med andra. Då kan han eller hon lättare känna sig delaktig i ett större sammanhang.

Att bjuda in till samtal kring det som upplevs svårt

Att bjuda in till samtal kring det som känns svårt hänger ihop med de boendes önskan att boendestödjaren ska bli bättre på att läsa av hur den boende mår. Boendestödjaren behöver också våga fråga hur han eller hon mår, och då även lyssna på det som den boende säger utan att bagatellisera det.

> *Boendestödjaren frågar hur det är och skulle jag vilja prata om något problem så kan jag det. […] Personalen skall sätta sig in i problemet. Personalen ska försöka att se problemet från mina utgångspunkter.*

Om den boende upplever något obehag är det viktigt att boendestödjaren kan ge tröst, och många vill även ha hjälp med att försöka förstå det som känns svårt. Enligt svarspersonerna upplevs svårigheterna som mindre obehagliga när personalen försöker prata om det som är svårt och när den boende och personalen gemensamt sätter ord på det svåra. På så sätt blir svårigheterna lättare att sortera och därmed lättare att greppa.

> *Jag har svårt med känslor och att identifiera dem. Hade önskat hjälp med att identifiera, lära mig mer om känslor, sätta ord på det och veta vad det är som känns.*

Som boendestödjare kan man hjälpa till genom att försöka fokusera på alternativa tankesätt, men stödjaren behöver också uppmuntra den boende att hitta egna lösningar. *Uppmuntran och beröm är viktigt.* Beröm vid framsteg behövs, men det är även viktigt att kunna säga till när något inte fungerar. När det gäller den boendes egna upplevelser av sina personliga problem vill svarspersonerna ha ärlighet och uppriktighet, och boendestödjaren kan på ett

enkelt sätt förklara hur han eller hon uppfattar den boende och hans eller hennes problem. Samtidigt är det viktigt att stödpersonen kan prata med den boende och diskutera vilken verkan som ett visst beteende kan få. Den boende kan också behöva stöd för att hålla sina tankar och samtalet fokuserat på det som han eller hon upplever som problemet. Ibland behöver den boende även hjälp med att sortera vad som är kopplat till sjukdom och vad som har med det övriga vardagslivet att göra.

[Boendestödjaren] hjälper mig att hålla fokus på vad som verkligen är problem och inte. Hjälper mig att hitta lösningar.

Boendestödjaren behöver vara tillgänglig och villig att prata om den boendes svårigheter, men också tydligt vilja lyssna. När den boende har det svårt är det viktigt att boendestödjaren försöker sätta sig in i hans eller hennes situation och tar situationen på allvar. Boendestödjaren behöver också försöka vara tröstande och inkännande. En del av svarspersonerna vill att personalen frågar rakt på sak om det som är svårt, helst genast, medan andra vill att samtalet inleds med en stunds ”snack” om vardagliga saker.

... vara inkännande, våga möta mig i mina svåra känslor.

Diskuterar med mig hur jag upplever mina problem. Personalen ska inte vara rädd att säga ifrån om det behövs. Men de måste framför allt lyssna. När jag inte mår bra ska de märka det. De ska fråga mig hur jag mår, personalen ska kunna prata om allting med mig om det finns förtroende från min sida.

Det är viktigt att boendestödjaren försöker att läsa av ”dagsformen” och kunna prata med den boende om hur han eller hon har det. Samtidigt är det möjligt att den boende inte vill prata om det som upplevs som svårt eller bekymmersamt och ibland kan boendestödjaren förväntas förstå detta utan någon förklaring. Om situationen är svår att läsa av kan boendestödjaren alltid fråga om den boende vill prata om det som verkar vara bekymmersamt. Boendestödjaren behöver även försöka förstå den boendes sätt att tänka och vara, samt se det som något naturligt och inte påtagligt sjukt så att den boende inte behöver känna sig ”knäpp”.

Ibland behöver jag bara få svar på någon fråga. Tillgängligheten är viktig, de ser det friska, ser det normala i mitt sätt att tänka. De är inte påträngande. Känner mig inte så ”knäpp” inför dem.

En fråga gällde om personalen pratar med de boende om deras känslor, tankar och funderingar om sig själva, och då kom ett tydligt önskemål om att boendestödjaren verkligen försöker lyssna på vad den boende har att säga. Dessutom är det viktigt att boendestödjaren talar tydligt och använder ett språk som den boende förstår. Boendestödjaren behöver försöka läsa av hur den boende mår och utifrån detta bedöma hur budskapet ska kunna föras fram så att han eller hon orkar ta till sig informationen. För att ytterligare stärka tryggheten i relationen vill de boende känna att boendestödjarna kan

”ta över” eller ”ta kommandot” och tala om vad som ska göras när det behövs. Detta är särskilt viktigt när den boende har det svårt och mår dåligt.

Boendestödjaren märker på mig när jag har problem för då förstår jag inte humor. Då pratar de med mig och tar reda på hur det är, det är bra.

Ha någon att prata med så att ångesten försvinner. De ska hjälpa till att bryta mönster så jag tänker på ett annat sätt. Visa på alternativa tänkesätt.

Att tänka på för boendestödjare

Temat visar att boendestödjaren kan försöka läsa av och förstå hur den boende mår, men boendestödjaren behöver också kunna våga fråga, kunna lyssna och ta den boende på allvar samt kunna trösta. Utifrån den boendes svårigheter behöver man som boendestödjare prata om det som är besvärligt, bl.a. genom att ställa frågor samt försöka sätta ord på och hjälpa den boende att sortera det svåra.

Skillnader mellan grupper

Avslutningsvis är det viktigt att boendestödjare känner till skillnaderna i behov som kan finnas mellan yngre och äldre som har boendestöd och mellan män och kvinnor. Finns det någon skillnad i hur män och kvinnor beskriver hjälpen?

Yngre respektive äldre

Ett allmänt intryck är att de yngre i målgruppen är tydligare och mer bestämda kring vad boendestödjaren ska göra och hur stödet ska utformas. De yngre verkar vara mer medvetna om sin situation och om vad de kan och inte kan samt när boendestödjaren ska agera eller undvika att agera. Några av de yngre använder en nästan krävande ton och några är noga med personalens bemötande och vet när de inte bemöts som de önskar.

De äldres beskrivningar om hur en boendestödjare ska agera är oftast mer allmänt hållna, fåordiga och inte alls krävande. Det är möjligt att de inte förväntar sig något annat än det de får. De uttryck som framträder tydligt bland de äldre är ”medmänniska”, ”någon som ska finnas till”, ”någon att prata med” och ”ska vara snälla”. Dessutom är det tydligt att några av dem inte alls vill prata om känslor, tankar och liknande.

Män respektive kvinnor

I männens beskrivningar är de vanligaste orden ”lyssna”, ”ärlighet”, ”förtroende”, ”pusha”, ”bli sedd” samt ”vänligt bemött”. Kvinnorna talar i stället om ”lyssna”, ”respektera”, ärlighet”, ”tid för mig”, ”pusha” samt ”lugnt sätt”. Bland dessa ord är det lika många män som kvinnor som vill att personalen ska ”lyssna”, medan betydligt fler män pratar om ”ärlighet”.

Kapitel 7
– Insatser för att förebygga fysisk ohälsa och förbättra fysisk hälsa

Inledning

Ohälsosamma levnadsvanor är ett folkhälsoproblem. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor är några av de riskfaktorer som lyfts fram i WHO:s europeiska strategi mot icke smittsamma sjukdomar. De fyra levnadsvanorna är också de vanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsbördan i Sverige [72]. Exempel på sjukdomar som de fyra ohälsosamma levnadsvanorna utgör särskild risk för, är bl a högt blodtryck, övervikt/fetma, diabetes, hjärtsjukdom, cancer, leverskador, olycksfall och alkoholberoende. Socialstyrelsen har publicerat en preliminär version av ”Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – stöd för styrning och ledning, 2010” [73] där fokus läggs på de fyra ovan nämnda levnadsvanorna. Syftet med riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade åtgärder och att vara ett underlag för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Den ökade uppmärksamheten kring den negativa effekten av dessa fyra levnadsvanor har bl a lett till framtagandet av ovan nämnda riktlinjer, vilka har ett tydligt folkhälsoperspektiv. Den fysiska hälsan hos målgruppen i denna vägledning, personer med psykisk funktionsnedsättning har också rönt ökad uppmärksamhet. I detta fall har många vetenskapliga studier rapporterat om såväl översjuklighet som överdödlighet för personer ur målgruppen. Överdödligheten visar sig i form av kortare överlevnad än för normalbefolkningen, där man i en studie funnit att personer med schizofreni hade dött mer än 10 år tidigare [74].

Personer med svåra psykiska tillstånd finns i bostäder med särskild service och även i ordinärt boende. Det är angeläget att rikta förebyggande insatser till personer ur målgruppen. Dessa omfattas förutom av socialtjänstlagen även av hälso- och sjukvårdslagen och i det sammanhanget har vårdgivaren lika stort ansvar att erbjuda förebyggande insatser som i övrig vård. I det här sammanhanget är det kommunen som har hälso- och sjukvårdsansvaret och i de fall kommunen lagt ut driften i privat regi ska detta uppdrag tydliggöras (se även kapitel 8 om detta ansvar). Insatser kan således göras av personal i olika typer av boendeform för att förebygga fysisk ohälsa och förbättra fysisk hälsa. Landstingets hälso- och sjukvårdspersonal blir naturligtvis en viktig partner i detta arbete. De rekommendationerna i Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [73] kan vara av stor nytta för personal i olika boendeformer, dock är det viktigt att tänka på en lämplig anpassning av rekommendationer för den specifika målgruppen och för varje individ utifrån hans/hennes förmåga.

Detta kapitel innehåller således två relevanta typer av information och rekommendationer, dels med ett allmängiltigt folkhälsoperspektiv och dels det specifika perspektivet av att arbeta med personer med psykisk funktionsnedsättning i ett boendesammanhang.

För att kunna arbeta förebyggande i ett boendesammanhang behöver personalen således förstå hälsoproblemens omfattning och orsaker samt veta vilka åtgärder som kan vidtas. Kapitlet ger en översikt av:

- de vanligaste somatiska sjukdomar som drabbar personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning (inkl jämförelser med befolkningen)
- orsakerna till en dålig fysisk hälsa hos personer i målgruppen
- de insatser som kan rekommenderas för att förebygga fysisk ohälsa och förbättra personernas fysiska hälsa.

Fysisk hälsa hos personer med psykisk funktionsnedsättning

Redovisningen som följer innehåller hänvisningar till forskning om personer med schizofreni eller personer med en allvarlig eller långvarig psykisk sjukdom eftersom det främst är dessa grupper som har studerats inom forskningen i detta sammanhang. Alla som tillhör målgruppen för denna vägledning och som bor i en bostad med särskild service eller får boendestöd i den egna bostaden tillhör naturligtvis inte dessa grupper, men många gör det eller har liknande problem när det gäller den fysiska hälsan. Den nedanstående sammanställningen baseras främst på en litteraturöversikt över allvarliga psykiska sjukdomar och fysiska hälsoproblem av Robson och Gray [75] samt på rapporter från Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut.

Fysiska sjukdomar

- *Hjärt- och kärlsjukdomar* svarar för närmare 30 procent av alla dödsfall i världen och sjukdomarna är nära kopplade till en mängd faktorer såsom övervikt och fetma, förhöjt blodtryck, rökning, diabetes, förhöjda blodfettsnivåer, dålig diet samt brist på motion. Dessa faktorer är vanliga hos personer med en långvarig psykisk sjukdom och hos dem är förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar två–tre gånger högre än i befolkningen [76].

- Fler personer med psykiska sjukdomar drabbas av svårigheter i *andningsorganen.* Tidigare orsakade lunginflammationer och tuberkulos de flesta dödsfallen på mentalsjukhus medan man i dag tror att rökning eller passiv rökning ligger bakom problemet. I en amerikansk studie av utskrivna patienter med schizofreni och bipolär syndrom fann man att cirka 20 procent hade kronisk bronkit och cirka 18 procent hade astma [77]. När man kontrollerade för rökning fann man att det ändå var vanligare med emfysem och andningssvårigheter i den gruppen än bland personer med samma kön, ålder och yrkesbakgrund i befolkningen.

- *Cancer* svarar för cirka 13 procent av alla dödsfall i världen och rökning, dålig diet och brist på motion nämns som de tre främsta orsakerna. Cancer i matsmältningsorganen och bröstcancer är vanligare bland personer med schizofreni än bland befolkningen [78]..

- Cirka 5 procent av befolkningen har *diabetes* medan motsvarande siffra är 15 procent för personer med schizofreni. Sjukdomen förknippas ofta med ärftlighet, brist på motion, dålig diet och rökning samt de metaboliska effekterna av antipsykotiska läkemedel [79].

Översjukligheten ökar ytterligare bland personer med psykiska funktionsnedsättningar som dessutom har ett missbruk. Hos dem är det dubbelt så vanligt med förhöjt blodtryck, kronisk obstruktiv lungsjukdom och hjärt- och kärlsjukdom [80]. Förekomsten av fysisk ohälsa hos äldre med psykiska funktionshinder är också hög. I en studie fann Sheline [81] att 92 procent av de äldre patienterna i psykiatrisk slutenvård hade minst en fysisk sjukdom.

Denna översjuklighet gör att det även finns en överdödlighet bland personer med allvarliga psykiska sjukdomar, förutom den direkta konsekvensen av t.ex. självmord [82]. Studier i både Sverige och andra länder [73, 74, 83] har visat en ökad dödlighet hos personer med schizofreni och andra allvarliga och långvariga psykiska sjukdomar. De vanligaste orsakerna är sjukdomar i matsmältnings- eller andningsorganen, endokrina sjukdomar samt hjärt- och kärlsjukdomar.

Orsaker till bristande fysisk hälsa

I befolkningen

Som ovan nämnts bidrar de ohälsosamma levnadsvanorna (tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor) till en bristande fysisk hälsa hos befolkningen. I Socialstyrelsens riktlinjer [73] använder man uttrycket *förhöjd risk* för den risk som ohälsosamma levnadsvanor kan ge. Fyra kategorier anges för att visa på svårighetsgraden när det gäller risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död: något förhöjd, måttligt förhöjd, kraftigt förhöjd och mycket kraftigt förhöjd. I nedanstående tabell visas denna kategorisering av svårighetsgraden från riktlinjerna i förhållande till de fyra levnadsvanorna.

Tabell 4. Kategorisering av svårighetsgrad

	Daglig rökning	**Daglig snusning**	**Riskbruk av alkohol**	**Otillräcklig fysisk aktivitet**	**Ohälsosamma matvanor**
Kraftigt till mycket kraftigt förhöjd risk	x				
Kraftigt förhöjd risk				x	x
Måttligt förhöjd risk			x		
Något förhöjd risk		x			

Bedömningen av vilken riskkategori levnadsvanan har hamnat i har i riktlinjearbetet baserats på en rimlighetsbedömning utifrån hur många sjukdomar eller andra negativa konsekvenser levnadsvanan ger förhöjd risk för [73]. Vidare skriver man i riktlinjerna:

> *Daglig rökning innebär en mycket stor riskökning för många av våra stora, allvarliga folksjukdomar. Otillräcklig fysisk aktivitet innebär en förhöjd risk för samma spann av sjukdomar som rökning, men riskökningen är inte lika stor. Däremot är bredden av hälsokonsekvenser en stor risk för livskvalitetsförluster. Även ohälsosamma matvanor ökar risken för många stora, allvarliga folksjukdomar, men riskökningen är mer svårbedömd än för rökning. ……Vid riskbruk av alkohol (exkl. missbruk och beroende) är* risken mindre för flera stora folksjukdomar än för övriga levnadsvanor. *Riskerna med snusning är inte lika väl dokumenterade som för de andra levnadsvanorna och är därmed svårare att fastställa [73 s.18]* (Texten som ej kursiverats har reviderats något)

I målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning

Förutom ovan nämnda ohälsosamma levnadsvanor finns det andra faktorer som kan bidra till att personer med psykisk funktionsnedsättning upplever problem med sin fysiska hälsa. Här presenteras dessa orsaker i fyra huvudsakliga grupper: sjukvården och dess organisation, individens sjukdom, hälsobeteendet samt behandlingen.

Sjukvården och dess organisation

Enligt många forskningsstudier har de fysiska hälsobehoven för denna grupp länge varit förbisedda. I Västerbotten t ex fann man, i en studie av patienter i ett primärvårdsområde, oupptäckt diabetes, högt blodtryck, hyperthyreos samt tandproblem bland personer ur målgruppen [84]. Många rapporter och studier vittnar också om brister i registreringen av t.ex. personernas vikt, blodtryck, kolesterolvärden m.m. En vanlig orsak kan vara att

man upplever att det råder en oklarhet om vem som har ansvaret för att upptäcka och behandla fysiska hälsoproblem och vem som har ansvaret för hälsofrämjande åtgärder bland personer i målgruppen. Konsekvensen blir att problemen inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning och i Sverige kan det leda till ansvarsbrister både inom sjukvårdssystemet (t.ex. mellan psykiatrin och primärvården) och mellan olika huvudmän (t.ex. landstinget, kommunen samt privata vårdgivare).

Individens sjukdom

En långvarig psykisk sjukdom kan avgöra om och hur en person söker hjälp och stöd för sina hälsoproblem. Studier av personer med schizofreni har visat att de kan vara mindre benägna att rapportera om sina fysiska åkommor. Dessutom kan många vara omedvetna om sina fysiska problem på grund av kognitiva svårigheter kopplade till sjukdomen, men de kan också ha en högre smärttolerans eller en minskad smärtkänslighet på grund av den antipsykotiska medicineringen [85]. En psykisk sjukdom kan också få socioekonomiska konsekvenser där t.ex. dålig ekonomi, bristfälliga boendeförhållanden, färre personer i det sociala nätverket, brist på arbete eller sysselsättning samt stigmatisering kan påverka personens fysiska hälsa.

Individens hälsobeteende

Hos personer med en långvarig psykisk sjukdom förklaras den ökade sjukligheten och dödligheten ofta med individernas eget beteende med ohälsosamma levnadsvanor eftersom det är vanligare med rökning, dålig diet, brist på motion samt missbruk. I litteraturen står det ibland att man ”väljer livsstil”. Många personer med psykisk funktionsnedsättning anser dock inte att det är frågan om ett val utan att det handlar om de fysiska, psykologiska och sociala konsekvenserna av att ha en allvarlig psykisk sjukdom och behandlingen för den. Studier visar att uppemot tre gånger fler med allvarliga psykiska sjukdomar röker jämfört med befolkningen i övrigt. De neurobiologiska, psykologiska, beteendemässiga samt sociala anledningarna till varför man röker gör det också väldigt svårt att sluta. Rökningen används bl.a. för att lindra vissa psykiska symtom, för att skärpa uppmärksamheten, för att koppla av samt för att få social kontakt [86, 87].

Personer med allvarlig psykisk sjukdom är mindre fysiskt aktiva än befolkningen i övrigt [88]. Många gånger beror det på effekten av lugnande mediciner, depressioner eller vissa symtom vid schizofreni som gör det svårare att motivera sig, dålig ekonomi eller brist på självförtroende. Studier har också visat att personer i målgruppen äter för lite grönsaker och frukt samt har en diet som innehåller för mycket mättade fetter från kött- och mjölkprodukter och för mycket socker [89]. De fysiska hälsokonsekvenserna av en dålig diet är bl.a. hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och övervikt.

Behandlingen

Hälsan påverkas också av behandlingen och andra sjukdomsrelaterade faktorer, och det är välkänt att både ”gamla” och ”nya” antipsykotiska preparat samt andra mediciner har ett samband med ett antal fysiska hälsoproblem

[90]. Följande hälsoproblem är bland de vanligaste och viktigaste för personer med långvarig och allvarlig psykisk sjukdom:

- *Ökad aptit och törst* är vanliga biverkningar hos antipsykotiska mediciner samt antidepressiva och stämningsstabiliserande mediciner. Snabbmat och kolsyrade drycker med högre halter av mättade fetter och socker är ett snabbt sätt att lindra dessa problem men samtidigt bidrar de till övervikt.
- *Ett socialt stigma* förknippas ofta med psykiska sjukdomar, och det blir värre om personen dessutom är överviktig. Detta ökar risken för att individen ska avsluta sin medicinering.
- *Diabetes och glukosintolerans* är ytterligare en möjlig biverkning av många av de antipsykotiska preparaten.
- *Lågt blodtryck* är en vanlig följd av vissa typer av antidepressiv och antipsykotisk medicinering.
- Det s.k. *metabola syndromet* innebär att man samtidigt har flera symtom: bukfetma, högt blodtryck, förändringar när det gäller kolesterol och triglycerider i blodet, diabetes eller glukosintolerans. Det är vanligare bland personer med schizofreni än bland andra. Svenska Psykiatriska Föreningen har tagit fram riktlinjer för att förebygga risken för metabolt syndrom [91].

Medicineringen för personer i målgruppen kan också orsaka problem med *ögonen* eftersom antipsykotiska preparat har ett samband med förändringar i hornhinnan och linsen [92]. Antipsykotisk medicinering samt antidepressiva och stämningsstabiliserande mediciner orsakar mindre saliv som i sin tur leder till *karies* och andra problem med *tänderna* [93]. Detta kan dessutom förvärras av dålig diet, rökning och dåliga tandhygien. Slutligen orsakar många av de ovan nämnda medicinerna *sexuella besvär*, t.ex. minskade testosteronhalter hos män och östrogenhalter hos kvinnor, vilket leder till en sexuell funktionsstörning.

Att förebygga fysisk ohälsa och förbättra fysisk hälsa

Inledningsvis är det viktigt att notera levnadsvanornas betydelse för hälsan. I Folkhälsoinstitutets ”Livsstilsrapport 2008” [94] står det att enskilda riskfaktorer samspelar med varandra och med sociala bakgrundsfaktorer, och detta samspel gör att man ofta ser flera riskfaktorer för ohälsa hos en och samma individ. Vidare skriver man följande:

> *... dålig ekonomi och brist på inflytande över arbete och livssituation ökar kraftigt sårbarheten för sjukdomar som har samband med livsstilen och minskar också i hög grad möjligheterna till förändring.*

Förhållandet mellan personens livsstil och socioekonomi är en viktig komponent för att förstå sambandet mellan levnadsvanor och hälsa. Enligt riktlinjerna [73 s.13] är ohälsosamma levnadsvanor vanligast bland personer

som är socialt utsatta. Många av dem saknar dessutom den skyddsfaktor som en god social situation innebär, och det ökar risken för att de ska utveckla ohälsa. Personer som tillhör målgruppen i denna vägledning passar i många avseenden in i denna beskrivning.

Rekommendationer för att förebygga sjukdomar och motverka effekten av ohälsosamma levnadsvanor

Rekommendationerna i Socialstyrelsens riktlinjer

Här presenteras en kort redovisning av Socialstyrelsens rekommendationer vilka är ett nationellt stöd för styrning och ledning av hälso- och sjukvården. För mer detaljerad information – se riktlinjerna [73]. Grunden i riktlinjerna är att vuxna personer med ohälsosamma levnadsvanor som möter hälso- och sjukvården får någon form av rådgivning om sin levnadsvana. Rådgivningen delas i tre nivåer – kort rådgivning, rådgivning och kvalificerad rådgivning. Övriga åtgärder sker i tillägg till någon form av rådgivning.

Rekommendationerna i riktlinjerna baseras på det tillgängliga vetenskapliga underlaget för effekterna av olika former av rådgivning. Med utgångspunkten i de studier som gjorts rekommenderas:

- För riskbruk av alkohol – rådgivning
- För otillräcklig fysisk aktivitet - rådgivning
- För rökning – kvalificerad rådgivning
- För ohälsosamma matvanor - kvalificerad rådgivning

Den grundläggande rådgivningen för att förebygga ohälsa, när det gäller dessa fyra ohälsosamma levnadsvanor, kan ges av hälso- och sjukvården men behöver kompletteras med andra åtgärder. I denna vägledning lyfter vi fram exempel på åtgärder som kan göras som tillägg till rådgivningen för tre av de ovan nämnda fyra ohälsosamma levnadsvanorna. Åtgärderna inom dessa tre områden, rökning, bra matvanor och fysisk aktivitet, kan utgöra *exempel* på olika sätt som boendestödjarna kan bidra till att förebygga fysisk ohälsa och förbättra de boendes fysiska hälsa.

Rökning

I riktlinjerna skriver man att rökning är mer riskfyllt för vissa grupper än för andra och att det är särskilt angeläget att de får hjälp och stöd att sluta röka [73]. Exempel på sådana riskgrupper är personer som har lungsjukdom, cancer, diabetes, hjärt-kärlsjukdom och schizofreni. En betydelsefull och svår uppgift för boendestödjare är således att motivera boende från målgruppen till rökavvänjning, samtidigt som det är viktigt att ta hänsyn till varje individ och hans/hennes intressen och önskemål. Landstingens sjukvårdspersonal kan bli en viktig samarbetspartner i detta arbete.

Bra matvanor

I Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 [72] redovisas sex rekommendationer från Livsmedelsverket om goda matvanor:

- minskad konsumtion av godis, glass, bakverk, snacks och energirika drycker som läsk och alkohol
- ökad konsumtion av grönsaker och frukt till 500 gr. per dag
- byte till olja och flytande matfetter, nyckelhålsmärkta mejeri- och charkuterivaror
- fisk tre gånger per vecka
- begränsat intag av salt till 5-6 gr. per dag
- byte till fullkornsprodukter av bröd och andra spannmålsprodukter

I Folkhälsorapporten beskrivs vidare betydelsen av bl.a. matens energitäthet och kvaliteten på fetter och kolhydrater. Här redovisas kort betydelsen av matens energitäthet:

> *Människan har en bristande förmåga att registrera när vi fått i oss en lagom mängd energi, vilket bidrar till att vi äter för mycket. Däremot har vi god förmåga att registrera att vi får i oss en lagom stor volym. De livsmedel som ger bäst mättnad är frukt och grönsaker, vilket beror på att fiberrika livsmedel binder vatten vilket ger maten stor volym i förhållande till sitt energiinnehåll. Ett ökat intag av frukt och grönsaker har därför en central roll för att motverka viktökning genom att mättnaden inträder innan energiintaget blivit för stort. Fett och socker binder inte vatten, och en hög andel fett och socker bidrar därför med mycket energi i förhållande till sin volym. Det innebär att ju mer fett och socker maten innehåller, desto större mängd energi intar man innan man känner sig mätt.*

(För ytterligare information om bra matvanor hänvisas till kapitel 8 i Socialstyrelsen – Folkhälsorapport 2009 [72].

Fysisk aktivitet

I samma rapport 2009 står följande: ”Regelbunden fysisk aktivitet har många gynnsamma effekter på vår hälsa och motverkar våra vanligaste folksjukdomar” [72]. Personer som är fysiskt aktiva minskar också risken för att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar. Fysisk aktivitet motverkar dessutom utvecklingen av bl.a. högt blodtryck, typ 2-diabetes och depression samt förbättrar immunförsvaret, balansen och muskelstyrkan. För att uppnå dessa goda effekter behövs regelbunden fysisk aktivitet eftersom effekten på ämnesomsättningen endast varar i ett eller två dygn. I rapporten får vuxna personer följande rekommendation:

> *... åtminstone måttlig fysisk ansträngning motsvarande 30 minuters rask promenad, minst fem och helst alla veckans dagar. Dessa 30 minuter kan delas upp i mindre perioder, t.ex. tre 10-minuters promena-*

der och ändå ha effekt på ämnesomsättningen. Med måttlig fysisk ansträngning menas aktiviteter som medför att pulsen ökar något. […] hälsovinsten ökar med tilltagande aktivitet, men de personer som går från att vara fysiskt inaktiva och börjar med någon form av regelbunden aktivitet, t.ex. korta promenader, gör de allra tydligaste hälsovinsterna.

Personer ur målgruppen för denna vägledning kan behöva motivation för att förändra en mera stillasittande tillvaro. Hälso- och sjukvårdsmyndigheterna i Queensland i Australien rekommenderar ett graderat program för att främja fysisk aktivitet bland personer med psykisk funktionsnedsättning, och det är ett exempel på hur man kan motivera dem [95]. Programmet inkluderade följande punkter:

- Använd en gradering vid introduktion av fysiska aktiviteter: börja med små mål och öka den fysiska aktiviteten gradvis.
- Använd ”tio minuter” i budskapet till dem vars intresse och initiativförmåga är mindre.
- Använd ”tio minuter, tre gånger per dag” i budskapet så att individerna kan inkludera fysisk aktivitet i sin vardag utan att det ska behöva ta extra tid.
- Diskutera rekommendationer för fysisk aktivitet med dem som har mediciner med viktuppgång som en biverkning.

Mer information om fysisk aktivitet kan hämtas från kapitel 8 i Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 [72]. Dessutom finns det tre rapporter från Folkhälsoinstitutet som kan ge ytterligare stimulans i detta viktiga arbete: ”Goda matvanor och ökad fysisk aktivitet – underlag till handlingsplan” [96], ”Fysisk aktivitet på recept (FaR®) – en vägledning för implementering” [97] samt ”Motiverande samtal för att uppmuntra fysisk aktivitet” [98].

Robson och Gray har gjort en översikt [75] av forskningen om allvarliga psykiska sjukdomar och fysiska hälsoproblem, och enligt författarna finns ett vetenskapligt stöd för att personer med psykisk funktionsnedsättning kan sluta röka, gå ner i vikt och vara mer fysiskt aktiva. Förutsättningen är att interventionerna och livsstilsprogrammen som används är riktade för att övervinna de neurologiska, kognitiva, beteendemässiga och sociala svårigheter som har samband med en allvarlig psykisk sjukdom.

I en ny svensk avhandling har Forsberg [82] studerat en hälsointervention för att förändra livsstilen bland personer med psykisk funktionsnedsättning i kommunala boendeverksamheter. Bland resultaten finns följande viktiga aspekter:

- *det är möjligt att genomföra breda hälsointerventioner riktade till personer med psykiska funktionshinder och det finns en vilja i denna grupp att sköta sin fysiska hälsa*

- *hälsointerventioner där personal ingår är uppskattade och ger effekter på riskfaktorer för metabolt syndrom, men också förändringar i känsla av sammanhang och en förändrad relation till vårdarna, vilket kan påverka känslan av hopp och förmågan att se nya möjligheter*
- *för att den förebyggande hälsovården skall fungera krävs ett förtydligande av ansvarsområden mellan de tre inblandade aktörerna psykiatrin (förskrivare av läkemedel), primärvård (ansvarig för preventiv hälsovård) och kommunens socialtjänst (ansvarig för daglig omvårdnad)*
- *strategier för att komma till rätta med riskfaktorer för metabolt syndrom innebär en förändring till en hälsosammare livsstil. Denna förändring underlättas genom en förändrad attityd bland personalen, men också genom en ökad kunskap i målgruppen och bland personalen*

Innehållet i den sista punkten ställer självklart stora krav på både den enskilde och personalen och kan handla om en parallell process som sker hos båda parter men skulle kunna utgöra ett viktigt mål för boendestödjaren i sitt arbete.

Utifrån de nämnda arbetena kan man som boendestödspersonal tänka på följande när det gäller att förebygga fysisk ohälsa och förbättra målgruppens fysiska hälsa:

- Ta reda på det mest lämpliga sättet att närma sig varje individ när det gäller att föreslå förändringar i livsstil m.m. och samtidigt bibehålla ett etiskt förhållningssätt.
- Uppmuntra den boende att kontakta sjukvården om man noterar hälsoproblem som t ex kan kopplas till ovan nämnda ohälsosamma levnadsvanor.
- Uppmuntra den boende att upprätthålla en regelbunden tandläkarkontakt.
- Observera eventuella tecken på fysisk ohälsa.
- Ha förståelse för de neurologiska, psykologiska, beteendemässiga och sociala faktorer som kan göra det svårt att förändra ett beteende som till synes är hälsovådligt.
- Se över personens mathållning och uppmuntra till en bättre kosthållning.
- Uppmuntra till ökad fysisk aktivitet, gärna med lågt satta mål i början som gradvis kan ökas.
- Genomföra enkla livsstilsförändrande program där både personalen och den boende medverkar
- Samverka med primärvårdspersonal kring förebyggande insatser.

Kapitel 8 – Ansvar för hälso- och sjukvård i olika boendeformer

Inledning

Syftet med detta kapitel är att förtydliga vilken huvudman som har ansvar för hälso- och sjukvården i olika boendeformer. Huvudprincipen är att det är landstinget som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård åt alla som är bosatta inom landstinget (3 § Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763). Det finns dock situationer när kommunen ansvarar för hälso- och sjukvården, vilket bl.a. beror på hur en person bor, dvs. i vilken boendeform. Vidare berör kapitlet frågor om utförandet av hälso- och sjukvården, om vem som ansvarar för hälso- och sjukvården inom en verksamhet och om vad god vård innebär.

Landstinget

Det är landstinget som har huvudansvaret för hälso- och sjukvården, och en god hälso- och sjukvård ska erbjudas alla som är bosatta inom landstinget (3 § första stycket HSL). Landstingets ansvar begränsas dock av sådan hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för (3 § andra stycket HSL).

Landstinget ansvarar alltid för den hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (18 § fjärde stycket HSL). Det gäller även om kommunen i övrigt ansvarar för hälso- och sjukvården. Landstinget ska avsätta de läkarresurser som behövs för den kommunala hälso- och sjukvården och sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan (26 d § HSL).

Kommunen

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvården är huvudsakligen beroende av hur en person bor. Kommunen har ett ansvar för personer som bor i bostäder med särskild service enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (18 § HSL, prop. 1992/93:159 s. 182). Hälso- och sjukvårdsansvaret gäller oavsett om det är ett kommunalt boende eller ett boende i enskild regi.

Kommunen kan också ansvara för hälso- och sjukvården för personer som bor i ett ordinärt boende, s.k. hemsjukvård. För att kommunen ska kunna ta över ansvaret för hemsjukvården ska det finnas en överenskommelse mellan landstinget och kommunen. En sådan överenskommelse kan också gälla ansvaret för vissa förbrukningsartiklar (3 d § HSL).

Kommunen har också ansvar för hälso- och sjukvården för personer som har daglig verksamhet enligt SoL eller LSS i samband med att de vistas i verksamheten (18 § HSL).

Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar all hälso- och sjukvård utom sådan som meddelas av läkare. Kommunen har ett ansvar för att se till att den som behöver läkarvård verkligen får kontakt med sådan vård (24 § HSL).

Kommunen ska även erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade i samband med den hälso- och sjukvård som omfattas av kommunens ansvar (18 b § HSL, se även SOSFS 2007:10).

Vem ansvarar för hälso- och sjukvården i olika boenden?

Det finns olika typer av bostäder med särskild service, t.ex. gruppbostäder eller servicebostäder (prop. 1992/93:159 s. 83). Bostäderna kan drivas antingen i kommunal eller i enskild regi. I vissa boenden är det landstinget som har ansvar för hälso- och sjukvården, i andra är det kommunen.

I följande boenden är det *kommunen* som har ansvaret för hälso- och sjukvård upp till läkarnivå:

1) Bostäder med särskild service för personer med psykisk funktionsnedsättning enligt 5 kap. 7 § SoL och som
    - kommunen har inrättat och driver i egen regi,
    - kommunen har inrättat men lagt ut driften av boendet på entreprenad till en annan utförare, eller
    - en enskild verksamhet driver med tillstånd från Socialstyrelsen enligt 7 kap. 1 § SoL. I dessa fall ligger hälso- och sjukvårdsansvaret på den kommun som har beslutat om boendet för den enskilda personen och som sedan har köpt en plats i det enskilda boendet.

2) Bostäder med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 § 9 LSS och som
    - kommunen har inrättat och driver i egen regi,
    - kommunen har inrättat men lagt ut driften på entreprenad till en annan utförare som driver verksamheten med tillstånd enligt 23 § LSS, eller
    - en enskild verksamhet driver med tillstånd enligt 23 § LSS. I dessa fall ligger hälso- och sjukvårdsansvaret på den kommun som har beslutat om boendet för den enskilde och som sedan har köpt plats i det enskilda boendet.
3) Ordinärt boende om kommunen har avtalat med landstinget om att ansvara för hemsjukvården.

I följande boendeformer har *landstinget* ansvar för hälso- och sjukvården:

- Ordinärt boende i de fall kommunen inte har avtalat med landstinget om att ansvara för hemsjukvården
- Hem för vård eller boende
- Annan särskilt anpassad bostad enligt 9 § 9 LSS

Vem utför hälso- och sjukvården?

Landstinget eller kommunen har ansvar för hälso- och sjukvården, men det betyder inte att de själva måste bedriva någon verksamhet som utför hälso- och sjukvård. Kommunen eller landstinget kan välja att låta någon annan utföra uppgifterna de ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen, och de kan välja att lämna över antingen hela eller delar av utförandet. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte lämnas över (3 och 18 § § HSL).

Avtal om att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter

Landstinget eller kommunen kan lämna över utförandet av olika hälso- och sjukvårdsuppgifter genom att ingå ett avtal med utföraren. Avtalet ska reglera de särskilda villkor som gäller för överlämnandet (3 och 18 §§ HSL).

Även om någon annan utför hälso- och sjukvården har landstinget eller kommunen alltid kvar sitt ansvar för att patienterna erbjuds en god vård och att verksamheten uppfyller hälso- och sjukvårdslagens mål och krav. Avtalet med utföraren – entreprenören – skulle därför kunna reglera hur kommunen eller landstinget kan uppfylla detta ansvar. Vidare måste kravet på att det ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) regleras i avtalet. Uppgifterna kan fullgöras av kommunens MAS eller av någon i entreprenörens verksamhet som har tillräcklig kompetens (Socialstyrelsens allmänna råd; Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård, SOSFS 1997:10).

Om inte något annat anges gäller de lagreglerade kraven och skyldigheterna för vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal, oavsett om det är kommunen, landstinget eller någon annan som utför hälso- och sjukvården. Det är därför inte nödvändigt att reglera detta i avtalet.

Enligt förarbetena till lagstiftningen kan bl.a. följande komma att regleras i avtalet (prop. 2004/05:89 s.19ff):

- En bestämmelse om att de rättsprinciper som är knutna till handläggningen av en förvaltningsuppgift ges motsvarande tillämpning i den enskilt bedrivna verksamheten. Det gäller t.ex. kravet i 1 kap. 9 § regeringsformen (1974:152) att beakta allas likhet inför lagen och att iaktta saklighet och opartiskhet. Det gäller även de regler för handläggningen av ärenden som framgår av 7 § förvaltningslagen (1986:223), t.ex. att ärenden ska handläggas så enkelt, snabbt och billigt som möjligt utan att säkerheten eftersätts och att man ska sträva efter att uttrycka sig så lättbegripligt som möjligt.
- Samarbetet med vårdgrannar, både inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten.
- Vikten av ett kontinuerligt samarbete med patienternas personliga ombud och med brukarorganisationerna. När det gäller patienter med ett psykiatriskt vårdbehov kan ett sådant samarbete gå ut på att man från vårdens sida ber en kommunal boendestödjare eller en personlig assistent att vara med när patienten ska föras till sjukhus. Ett annat exempel kan vara att man mellan vården och brukarorganisationerna tar fram gemensamma riktlinjer för hur det ska gå till när någon

måste hämtas med tvång till en undersökning för ett vårdintyg eller till en sjukvårdsinrättning.

Hur avtalen utformas är dock en fråga mellan de inblandade parterna.

Vem ansvarar för hälso- och sjukvården inom en verksamhet?

I all hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten, oavsett om den bedrivs av kommunen, landstinget eller i enskild regi (29 § HSL). Verksamhetschefen ska ansvara för den löpande verksamheten och upprätthålla och bevaka att hälso- och sjukvårdsverksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet inom det verksamhetsområde som har bestämts. Därutöver har verksamhetschefen även vissa administrativa uppgifter. Verksamhetschefen har alltid det samlade ansvaret för verksamheten i enlighet med regeringens proposition ”förstärkt tillsyn inom hälso- och sjukvården” (prop.1995/96:176 s. 57).

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska det dessutom finnas en medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) för varje verksamhetsområde (24 § HSL). Det är MAS:en som ansvarar för kvaliteten och säkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården. Ansvaret avser den vård och behandling som ges och de krav som ställs på läkemedelshantering, dokumentation, anmälan av skador m.m. (24 § HSL; 5 § förordningen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område,1998:1513; SOSFS 1997:10). MAS:en kan även vara verksamhetschef för en kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet men annars är MAS:en underställd verksamhetschefen i kommunens hälso- och sjukvård (SOSFS 1997:10).

Vem får göra vad?

Där hälso- och sjukvård bedrivs ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge en god vård (2 e § HSL). Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter regleras bl.a. i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Hälso- och sjukvårdsuppgifter kan ibland behöva delegeras till personer som inte är hälso- och sjukvårdspersonal. Det innebär t.ex. att personal som arbetar i en bostad med särskild service kan komma att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation (Socialstyrelsens allmänna råd: Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, SOSFS 1997:14), men arbetsuppgifter får bara delegeras när det är förenligt med en god och säker vård (2 kap. 6 § LYHS). En viktig förutsättning är att den som tar emot uppgiften är reellt kompetent, dvs. verkligen har förutsättningar att fullgöra den (prop. ”Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.”, 1993/94:149 s. 70). Det är MAS:en som ansvarar för att delegeringen av vårduppgifter sker på ett sätt som är förenligt med säkerheten för patienterna i kommunen (24 § HSL).

Det finns även hälso- och sjukvårdsåtgärder som en enskild person själv kan utföra, s.k. egenvård. Det är åtgärder som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömer att en person kan utföra själv, men det

räknas inte som hälso- och sjukvård och omfattas inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det går inte att räkna upp vilka åtgärder som generellt är att betrakta som egenvård utan det är beroende av olika omständigheter i varje enskilt fall. Den behandlande legitimerade yrkesutövaren ska bedöma om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård eller inte (Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, SOSFS 2009:6).

Vad innebär det att vården ska uppfylla kraven på god vård?

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (2 § HSL). Vården ska uppfylla kraven på god vård (2 a § HSL), och det gäller både landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård. Med god vård menas bl.a. att den är av god kvalitet och tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. God vård ska också vara lättillgänglig, bl.a. när det gäller öppettider och placering (prop. 1981/82:97 s. 117). God vård ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (2 a § HSL).

När det gäller bostäder med särskild service, där kommunen har ansvaret för hälso- och sjukvården, ska det bl.a. finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kommunen ska kunna ge en god vård (2 e § HSL).

Ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet (28 § HSL). Det finns också krav på att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras (31 § HSL). Bestämmelser om ledning av hälso- och sjukvården och kvalitetssäkring är gemensamma för all hälso- och sjukvård och gäller även inom den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och en handbok om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12); [99] .

Kapitel 9 – Kognitiva hjälpmedel

Inledning

Regeringen har uppmärksammat betydelsen av hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning och Hjälpmedelsinstitutet har fått i uppdrag att informera, utbilda samt utveckla bra hjälpmedel för målgruppen. Det övergripande målet är att personer med psykisk funktionsnedsättning ska bli mer delaktiga i samhället. Tillgången till hjälpmedel ska vara lika självklar för dem som för andra grupper av personer med funktionsnedsättning. Kunskapen om hjälpmedel för målgruppen behöver dock öka och de som behöver hjälpmedel ska på ett enkelt sätt kunna ta del av utbudet [100]. En rullstol eller en rollator är t.ex. en självklar del av det stöd som finns för en person med gångsvårigheter. Kognitiva hjälpmedel för personer med kognitiva funktionsnedsättningar har hittills inte varit lika självklara trots att det finns sådana hjälpmedel.

Alla som arbetar med målgruppen behöver mer information och utbildning, inte minst de som arbetar direkt med boendestöd. Dessutom behövs forskning på effekterna av kognitiva hjälpmedel. Hjälpmedlen för kognitiva funktionsnedsättningar är inte särskilt välkända, och i detta kapitel presenteras därför en del grundläggande information. I kapitlet som bygger på texter från HumanTeknik i Karlstad [101] berörs följande teman:

- Kognitiva funktionsnedsättningar i vardagen
- Kognitiva hjälpmedel
- Att få tillgång till kognitiva hjälpmedel
- Att tänka på vid användning av kognitiva hjälpmedel
- Exempel på kognitiva hjälpmedel och vanliga produkter som kan köpas i affär

Kognitiva funktionsnedsättningar i vardagen

Kognitiva funktioner är de processer som sker i hjärnan när vi tar emot och bearbetar information, dvs. vår förmåga att tänka, känna och lära. De kognitiva funktionerna styr hur vi uppfattar vår omgivning. När hjärnan inte kan samordna intrycken och signalerna blir det svårt att klara vardagliga sysslor som att ta hand om sig själv, umgås med andra och ha social kontakt, arbeta eller delta i regelbundna aktiviteter.

En psykisk sjukdom och medfödda svårigheter kan leda till en psykisk funktionsnedsättning. Den kognitiva förmågan blir nedsatt och på grund av kognitiva svårigheter kan det vara svårt att hantera vardagslivets krav och omgivningens förväntningar. Personen kan få problem att självständigt klara sitt boende och sin vardag och kan behöva stöd inom flera områden. Det är inte ovanligt att personen missförstås och uppfattas som omotiverad, oansvarig eller slarvig när hon eller han misslyckas med uppgifter som omgiv-

ningen anser att personen ifråga borde klara, t.ex. missar bokade tider eller inte kommer till avtalade besök. Tabell 5 nedan innehåller exempel på kognitiva funktionsnedsättningar som påverkar vardagslivet.

Tabell 5. Kognitiva funktionsnedsättningar som kan påverka vardagen

Kognitiv Funktion	Normal funktion	Påverkan i vardagslivet vid funktionsnedsättning
Minne	Förmågan att minnas hjälper personen att skapa sammanhang och lära sig många nödvändiga, praktiska, känslomässiga och teoretiska färdigheter.	Närminnet sviktar, och svårigheter att ta fram lagrade minnen gör det bl.a. besvärligt att lära sig nya saker, bearbeta information och använda gammal kunskap i nya situationer.
Exekutiva Funktioner	Dessa funktioner används för att hantera information, förändra beteenden och utföra dagliga aktiviteter. Här ingår bl.a. förmågan att kontrollera impulser och behov samt att utveckla och använda olika strategier.	Personen får svårt att ta initiativ till aktiviteter, skapa struktur i vardagen, planera, organisera och lösa problem. Aktiviteter som vanligtvis är rutin och kräver ytterst liten tankekraft, där utförandet ”sitter i ryggmärgen”, kan bli till stora hinder i vardagen.
Motivation	Motivation är psykiska funktioner som skapar handlingsberedskap. Föreställningar och inre bilder kan fungera som motivation.	Den som har en psykisk funktionsnedsättning kan ha sämre förmåga att skapa inre bilder, vilket påverkar förmågan att motivera sig själv. Omgivningen kan tolka det som att personen är slö och lat som inte vill utföra vissa uppgifter.

Kognitiva hjälpmedel

Kognitiva hjälpmedel hjälper till att kompensera sådana funktionsnedsättningar som beskrivs ovan och ska vara ett stöd i vardagen genom att ge ökad trygghet, självständighet, aktivitet och delaktighet i samhället. Ibland kan hjälpmedlen också innebära att närstående kan känna sig tryggare och bli avlastade. Ett kognitivt hjälpmedel kan ha olika syfte och funktion och det kan användas på olika sätt i olika aktiviteter i vardagslivet. Tabell 6 innehåller några exempel.

Tabell 6. Exempel på hjälpmedel för olika svårigheter

Svårigheter i vardagen	Stöd och hjälpmedel som underlättar
Planera tid och aktiviteter, komma ihåg och genomföra dem	Tydliggöra och strukturera: t.ex. veckoschema, matsedel, inköpslista, städschema, att-göra-listor Whiteboardtavla, timstock, armbandsklocka med alarm, Memo, Dosis, Careousel, Memo Comai, Sigvart dygnstavla, Handi, Handifon, Memo, mobiltelefon, spisvakt
Organisera, hålla ordning och skapa rutiner	”Var sak på sin plats”, uppmärkning med bild- eller textlappar, checklistor för tvätt och städning, post och ekonomi
Passa tider, påbörja och avsluta i tid, veta hur lång tiden är	Tydliggöra tiden, beräkna tidsåtgång för olika aktivteter Timstock, Chrono Comai, Memo Comai, Memo, Handi
Somna och vakna, hantera stress	Goda vanor och rutiner för sömn Tyngdtäcke (bolltäcke eller kedjetäcke) Shake awake (väckarklocka med vibrator), Wake up light (lampa med gradvis ökande ljusstyrka)

Att få tillgång till kognitiva hjälpmedel

Enligt HSL har landstinget eller kommunen ansvaret för att tillhandahålla hjälpmedel. HSL är en ramlag, vilket innebär att varje landsting och kommun själva kan besluta om vilka produkter som ska betraktas som hjälpmedel och vilka som kan förskrivas utifrån behov eller diagnos samt om man ska ta ut några avgifter. Det varierar i landet vilka produkter som definieras som hjälpmedel och vilka produkter som kan förskrivas.

Personliga hjälpmedel som förskrivs av hälso- och sjukvårdspersonalen får brukaren oftast låna kostnadsfritt så länge han eller hon behöver, men ibland förekommer en avgift. Personen ansvarar för hjälpmedlet under lånetiden och det ska lämnas tillbaka när han eller hon inte längre har behov av hjälpmedlet. Det finns också produkter som personen själv kan besluta om utan någon professionell bedömning, och de kallas för egenvårdsprodukter.

Dessa kan ofta köpas på apotek, hjälpmedelscentraler eller i handeln och bekostas av personen själv.

Vanligtvis är det en arbetsterapeut som bedömer behovet och förskriver eller lånar ut kognitiva hjälpmedel för att den enskilde ska kunna klara sin vardag. Arbetsterapeuter finns inom både landstinget och kommunen men det är inte självklart vart en person ska vända sig om han eller hon behöver kognitiva hjälpmedel. Det finns en del skillnader mellan landstingen och kommunerna när det gäller organisationen kring förskrivningen av kognitiva hjälpmedel och vilka regler som gäller. Man kan alltid vända sig till landstinget för att få reda på vilka regler som gäller och vilken verksamhet som ansvarar för kognitiva hjälpmedel där man bor.

Att tänka på vid användning av kognitiva hjälpmedel

Längre fram redovisas olika exempel på kognitiva hjälpmedel och vanliga produkter som finns i handeln, men först kommer en presentation om vad som kan vara viktigt att tänka på innan man börjar använda olika hjälpmedelsprodukter.

- *Personligt stöd*, t.ex. från en boendestödjare eller en ”coach”. Uppgiften innebär att praktiskt och pedagogiskt stödja personen så att han eller hon kan få ett fungerande vardagsliv, och ibland utföra olika sysslor i eller utanför hemmet tillsammans med brukaren. Ibland behövs en kombination av personligt stöd och hjälpmedel, och det ena behöver inte utesluta det andra. Några tycker det är bra med personligt stöd medan andra vill vara så självständiga som möjligt och klara sig utan en personlig ”coach”. Personens egna kompetenser och idéer bör tas tillvara för att få vardagen att fungera.

- *Metoder och modeller* kan skapa rutiner, vanor och strategier som är anpassade för brukaren. De kan inbegripa saker som han eller hon mår bra av att göra, goda rutiner för mat och sömn, sociala berättelser samt checklistor för t.ex. inköp och städning. Målet är att hitta lösningar som förenklar vardagen och som gör att personen kan klara sig självständigt och kan vara så trygg som möjligt i sin vardagssituation.

- *Olika hjälpmedel* kan underlätta vardagen genom att exempelvis göra det lättare att planera och organisera uppgifter eller genom att påminna om det som är planerat. Innan man provar avancerade tekniska hjälpmedel kan det vara värt att prova enklare stöd, t.ex. papper och penna, för att se om det underlättar med en dag- eller veckoplanering, en matsedel och inköpslista eller en checklista för städning. Övriga enkla lösningar kan vara ”kom-ihåg-lappar” eller en whiteboardtavla.

- *Vanliga produkter i handeln* kan också ge kognitivt stöd i vardagssituationer. (Se nedan på s. 98)

- *Miljöanpassning* kan innebära att man strukturerar bostaden och märker upp rum och skåp med målet ”var sak på sin plats”. Det kan dock vara svårt att organisera sin bostad och en del upplever att de ständigt har det rörigt omkring sig och kan behöva hjälp med att få ordning. Om var sak finns på sin plats reduceras mängden intryck och det blir lättare att lyckas med sina vardagsuppgifter. Vissa kan behöva praktisk hjälp från t.ex. en boendestödjare för att organisera, hålla ordning, sortera och slänga.

- *Skriftlig information*, helst kortfattad, kan användas för att komma ihåg. Foton eller bilder kan användas som komplement i informationen.

Exempel på kognitiva hjälpmedel och vanliga produkter som kan köpas i affär

Kognitiva hjälpmedel

Nedan redovisas exempel på kognitiva hjälpmedel och vad de kan användas till. Citaten i kursiv stil är hämtade från användare som har använt dem inom ramen för HumanTekniks verksamhet [101].

Armbandsklocka med dagliga alarm och textmeddelanden

En armbandsklocka kan ge stöd för:

- tidsuppfattningen när det gäller att passa tider, påbörja och avsluta aktiviteter (göra sig i ordning och komma i tid till jobbet eller möten utan att någon behöver påminna, fixa mat på planerade tider, passa tiden för tv-program, borsta tänder och lägga sig)
- minnet när det gäller att komma ihåg aktiviteter (när det är dags att t.ex. gå till badhuset, städa, ta medicin, gå på bio)
- initiativförmågan när det gäller vardagliga aktiviteter (komma igång med att laga mat, diska, städa, duscha och lägga sig).

Att få rutinerna att fungera, t.ex. att jag äter när jag ska, städar när jag ska. Den är lätt att bära, och det är bra att det piper och att det står vad man ska göra. Då tänker man efter mer. Jag brukar kalla den mat- och sovklockan. Bra att den ser ut som vilken klocka som helst.

”Talande kom-ihåg-klocka”

Användaren kan tala in egna meddelanden i klockan och få påminnelser. Klockan kan ge stöd för:

- minnet (komma ihåg tandläkartiden och mosters födelsedag, ta medicin och passa tv-program)
- initiativförmågan till vardagliga aktiviteter (komma igång med att diska, städa eller gå och träna)
- strukturkänslan i vardagen (veta vilka aktiviteter som ska göras och i vilken ordning)
- sömn- och stresshanteringen (det ger trygghet att veta att man blir påmind när man ska utföra olika aktiviteter).

Den hjälper mig att vakna till, få morgonrutiner för att komma igång, att bli påmind om vad jag ska göra nu och under dagen, att planera aktiviteter, ta initiativ till aktiviteter på kvällen för att komma i säng. Den fungerar bra och är lättprogrammerad, det låter rejält och jag lägger in egna meddelanden för att uppmana och tjata på mig själv.

Timstock

En s.k. timstock visar med lysdioder hur lång tid det är kvar till något. Den räknar ned tiden och ger sedan en signal.

Mycket användning av den, mestadels till tv-program, jag missar ofta starten annars. Bra vid vila på dagen så att jag vilar begränsad tid, den underlättar datortid, diskning, städning och dusch. Den ger trygghet och stöd, hjälper till att begränsa mig så att jag inte ska bli utmattad. Den är väldigt enkel, lätt, liten och smidig, en bra kompis.

Medicindoserare med alarm

En medicindoserare med larm förenklar medicinhanteringen och kan ge stöd för:

- minnet (komma ihåg att ta medicinen)
- självständigheten (att själv kunna ta sin medicin utan att personalen eller någon närstående behöver påminna eller måste ”åka ut” enbart med medicin)
- trygghetskänslan (minskar risken för feldosering, och är den låsbar minskar också risken för överdosering eftersom medicinen inte kan tas i förväg utan räcker hela den planerade och doserade tiden).

Bra att kunna låsa in medicinen så jag inte tar för många. Det är alltid aktuell medicin som är framme.

Handdator

En handdator är en elektronisk almanacka med påminnelsealarm och anteckningsmöjligheter. Den kan ge stöd för:

- tidsuppfattningen (passa tider, påbörja och avsluta aktiviteter)
- minnet (komma ihåg aktiviteter)

- initiativförmågan (ta initiativ till olika aktiviteter)
- strukturkänslan (vilka aktiviteter som ska utföras och i vilken ordning).

Jag använder den till dag- och veckoplanering av aktiviteter. Den är liten och lätt att rymmas i fickan, enkel att programmera och pålitlig. Jag använder den som en almanacka, kalkylator, adressbok och antecknar olika saker. Smidigheten att kunna bära med sig anteckningar och hjälp med struktur på veckan och dagen har jag mest nytta av. Därmed kan jag slappna av bättre för jag kan skilja på meningsfulla saker och upptäcka i tid när jag börjar spåra ur. Tidigare förväxlade jag ofta vilka dagar och klockslag som någon aktivitet skulle äga rum.

Bolltäcke eller kedjetäcke

Täcket har insydda bollar eller kedjor, vilket har upplevts såväl rogivande, då tyngden stimulerar centrala nervsystemet, som taktil stimulans för kroppen. Täcket kan ge stöd för:

- sömnen (komma till ro, få en lugnare och djupare sömn utan att vakna lika ofta, eventuellt kunna minska sömnmedicinering)
- avstressning (ger avslappning och ro eftersom den taktila stimuleringen ger en avslappnande effekt)
- trygghetskänslan (tydliggör kroppens gränser).

Det ger en känsla av trygghet på något vis, det håller mig liksom på plats. Det är skönt, väldigt härligt att ha något tungt på sig. Jag mådde bra psykiskt av detta, man känner sig kramad av värme och tyngd. Jag tycker att jag somnar snabbare, sover djupare, vaknar inte lika ofta som förut. Det ger bättre sömn och är tryggt att ligga under. Jag har minskat min sömnmedicin och sover lika bra ändå.

Vanliga produkter som kan köpas i affär

I öppna handeln, t.ex. på affärer, postorder och apotek, finns många enkla, bra och smarta produkter som kan ge stöd till personer som har svårt med t.ex. tidsuppfattning, initiativtagande, planering, uppmärksamhet och minne.

- Mobiltelefon – finns ofta många bra funktioner, som alarm för att passa tider, anteckningar och röstinspelning för kom-ihåg-saker samt timerfunktion för att hålla en begränsad tid.
- Almanacka och filofax – finns i olika utförande och kan anpassas efter personens behov och önskemål.
- Mp3-spelare – kan användas för att tala in och spela upp meddelanden, och musiken kan användas i lugnande syfte.

Minskar min oro, använder den när jag promenerar och lyssnar på min favoritmusik.

- Timer – kopplad till strykjärn, kaffebryggare, brödrost m.m. om man har svårt att komma ihåg att stänga av dem.

- Väckarklocka med ljud och vibration.

Jag vaknar av kombinationen att det tutar jätteäckligt och vibrerar i sängen. Den är lätt att ställa in, ser ut som en vanlig väckarklocka.

- Telefon och nummerpresentatör.

Jag har lättare att lämna lägenheten när jag vet vem som har sökt mig. Jag kan välja om jag vill svara eller inte och sedan kunna ringa upp igen.

- Dörröga eller dörrkamera.

Det är tryggt att veta vem som står utanför innan jag låser upp dörren, jag känner mig mycket lugnare och mindre orolig när jag har fått ett dörröga. Nu vågar jag öppna dörren även om jag får oväntat besök.

- Eltandborste med timer.

Jag har svårt att veta när jag ska sluta borta tänderna men med eltandborsten fungerar det.

- Vattenkokare.

Bra att slippa bekymra sig över om jag har stängt plattan eller ej när jag ska koka vatten, vilket jag ofta gör.

Det är viktigt att boendestödjaren berättar för den boende att det finns hjälpmedel. Brukaren måste också få hjälp att komma i kontakt med en arbetsterapeut som eventuellt kan ordinera kognitiva hjälpmedel, och han eller hon kan även behöva stöd i att använda dem. Detta kan öka personens självständighet i sitt eget hem.

Referenser

1. Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2010 – stöd för styrning och ledning. Preliminär version.
2. Sackett, D., Rosenberg, W. M., Gray, J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). BMJ, 312, 71. ”Evidence based medicine: what it is and what it isn´t”.
3. SOU 2008:18. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten – till nytta för brukaren.
4. Socialstyrelsen (2009) Boendeformer och boendeinsatser för personer med psykiska funktionshinder. Systematisk kartläggning av publikationer 1980-2007.
5. http://app.socialstyrelsen.se/Termbank/Termbank/Insats.ppt
6. Socialstyrelsen (2010). En fast punkt. Vägledning om boendelösningar för hemlösa personer.
7. Thornicroft G, Tansella M. 1999 Thornicroft G, Tansella M. (1999). The mental health matrix: A manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press.
8. Grunewald K. (2000). Psykiska handikapp. Stockholm: Liber.
9. Forsberg E, Starrin B. (1993). Deinstitutionalisation and the long-term mentally ill: a Swedish case study. European Journal of Public Health: 1993 (3): 137-40.
10. Jones K. (1972). A history of the mental health services. London: Routledge and Kegan Paul.
11. Clark D. (1974). Social therapy in psychiatry. Harmandsworth: Pelican.
12. Goffman E. (1961). Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. New York: Anchor Doubleday.
13. Scull A. (1984). Decarceration. Cambridge: Polity.
14. Carling PJ. (1993). Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. Hospital and Community Psychiatry: 44: 439-49.
15. Carling PJ. (1990). Major Mental Illness, housing and supports: The promise of community integration. American Psychologist: 45(8): 969-975.
16. Nelson G, Fowler HS. (1987). Housing for the chronically mentally disabled: Part II. Process and outcome. Canadian Journal of Community Mental Health: 6: 79-91.
17. Socialstyrelsen (1998). Psykiatrireformen: årsrapport. Reformens första tusen dagar 1998:4
18. Andersson G. (2009) Vardagsliv och boendestöd – en studie om människor med psykiska funktionshinder . Doktorsavhandling. Stockholm. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

19. Sjöström S. (2008) Omsorgshemmet och innebörder av begreppet hem. I: Paulsson J, Ringsby Jansson B (red.) Boende och sociala sammanhang – för människor med funktionshinder. Lund: Studentlitteratur.
20. Socialstyrelsen (2003). Boende för personer med psykiska funktionshinder – En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten
21. Borell K, Johansson R (2005). ”Det egna hemmet som andras arbetsplats” I Fjaestad B, Wolvén L-E. (red) Arbetsliv och samhällsförändringar. Lund: Studentlitteratur
22. Moore B. (1984) Privacy: Studies in Social and Cultural History, New York: Sharpe.
23. Mallett, S. (2004). Understanding home. A critical review of the literature. The Sociological Review, 52: 62-89.
24. Somerville P. (1992). Homelessness and the Meaning of Home: Rooflessness and Rootlessness? International journal of Urban and Regional Research: 16: 529-539.
25. Ginsburg (1998). I: Mallett, S. (2004). Understanding home. A critical review of the literature. The Sociological Review, 52: 62-89.
26. Young I. (1997) Intersecting Voices: Dilemmas of Gender, Political Philosophy and Policy. Princeton: Princeton Paperbacks.
27. Socialstyrelsen (2003). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa Svensk version av International Classification of Functioning, Disability & Health, ICF.
28. Sandlund M. (2005) Vad är psykiskt funktionshinder? I: Brunt D, Hansson L (red.) Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. Studentlitteratur.
29. Shepherd G & Murray A (2001). Residential care. I: Thornicroft G, Szmukler G (red). Textbook of community psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 309-320.
30. Brunt D (2008) Behovsbedömning av personer med psykiska funktionshinder - finns det skillnader i behov av hjälp och stöd mellan olika undergrupper? Boendeprojektet delstudie 3. Linnéuniversitetet. http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:vxu:diva-2011
31. Larsson K, Thorslund M, Forsell Y. (2004). Dementia and depressive symptoms as predictors of home help utilization among the oldest old: a population-based study in an urban area in Sweden. Journal of Aging Health: 16: 641-668.
32. Socialstyrelsen (2008). Äldres psykisk ohälsa - en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser.
33. Brunt D, Larsson K, Rolfner Suvanto S. (2010). Äldres psykiska hälsa – ett eftersatt område. I: Johansson S. (red.) Omsorg och mångfald. Gleerups Förlag.
34. Sjölund A, Bejerot S. (2009) Boendestödsboken : vuxna med autismspektrumtillstånd. Stockholm, Riksföreningen Autism (RFA).
35. Slade M, Thornicroft G, Loftus L et al. (1999). CAN: Camberwell Assessment of Need. A comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness. London: Gaskell.

36. Jansson L, Wennström E, Wiesel F-A. (2005). The Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ): A brief scale to assess needs in clients with long-term mental disabilities. Nordic Journal of Psychiatry : 59: 465 – 472.
37. Brunt D. (2002). Supported housing in the community for persons with severe mental illness – psychosocial environment, needs, quality of life and social network. Lunds universitet.
38. Bengtsson-Tops A, Hansson L. (1999). Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiologt:34:513-518.
39. Bengtsson-Tops A. (2005). Behov av vård och stöd. I: Brunt D, Hansson L (red.) Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. Studentlitteratur.
40. Tanzman B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. Hospital and Community Psychiatry:44: 450-455.
41. Newman S. (2001). Housing attributes and serious mental illness: Implications for research and practice. Psychiatric Services:52: 1309-1317.
42. Owen C, Rutherford V, Jones M, Wright C, Tennant C, Smallman A. (1996). Housing accommodation preferences of people with psychiatric disabilities. Psychiatric Services:47: 628-632.
43. Warren R, Bell P. (2000). An exploratory investigation into the housing preferences of consumers of mental health services. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing 9: 195-202.
44. Brunt D, Hansson L. (2002). Characteristics of the social environment of small group homes for individuals with severe mental illness. Nordic Journal of Psychiatry:56: 39-46.
45. Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004. Art.nr. 2005-109-17. Socialstyrelsen och Länsstyrelserna
46. Sundh, K. Socialtjänstens strukturinriktade arbete – utveckling, möjligheter och hinder. Stockholm, Socialhögskolan i Stockholm 1999. Rapport i socialt arbete nr. 92-1999
47. Socialstyrelsen (2010). Social tillsyn – Länsstyrelsernas iakttagelser 2008 och 2009. Artikelnummer: 2010-6-3
48. Socialstyrelsens meddelandeblad nr. 1/2010 "Överenskommelser om samarbete"
49. Samverkan är nyckeln vid planering av bostäder för personer med funktionshinder. Länsstyrelsen i Stockholms län, Socialavdelningen. Rapport 2001:10
50. Svenska kommunförbundet. (2004). Planering av boende för personer med funktionshinder. Stockholm.
51. Socialstyrelsen (2008). Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Stockholm.
52. Socialstyrelsen (2002) Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS – Stöd för rättstillämpning och handläggning.

53. Jansson L, Jergeby U. (2008). Systematisk bedömning. I: Jergeby U (red.) Evidensbaserad praktik i socialt arbete. Stockholm: Gothia. (s.138-159).
54. American Educational Research Association (2004) Standards for educational and psychological testing
55. Andersson G (2005) Att bo eller att ha ett hem – människor med svåra psykiska problem och boendefrågan. I: Sundgren M, Topor A. (red.) Social psykiatri.
56. Hellman I, Greene L, Morrison T, Abramowitz S. (1985). Organizational size and perceptions in a residential treatment program. American Journal of Community Psychology: 13: 99-105.
57. Nelson G, Walsh-Bowers R, Hall G. (1998). Housing for psychiatric survivors: values, policy and research. Administration and Policy in Mental Health: 25: 455-462.
58. Hull J, Thompson J. (1981). Predicting adaptive functioning among mentally ill persons in community settings. American Journal of Community Psychology: 9: 247-268.
59. Stanton A. (1962) Förord I: Cumming J & Cumming E (red.) Ego and Mlieu. New York: Atherton Press
60. Rask M, Brunt D. (2010). Vårdande och stödjande handlingar inom psykiatriska vård- och boendeformer. Studentlitteratur.
61. Johansson M. (2007). Fysisk miljö i särskilda boenden för personer med psykiska funktionshinder – en litteraturgenomgång. Boendeprojektet delstudie 10. Linnéuniversitetet. http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:vxu:diva-1728
62. Evans G. (2003). The built environment and mental health. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine: 80: 536-541.
63. Johansson M, Brunt D. (2008). Fysisk miljö i bostäder med särskild service för personer med psykiska funktionshinder: En pilotstudie. Boendeprojektet delstudie 11. Linnéuniversitetet. http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:vxu:diva-2013
64. Peplau H, (1989). The history of milieu as a treatment modality. I: O'Toole A, Welt S. (red.) Interpersonal theory in nursing practice: Selected works of Hildegard E. Peplau. (75-79). New York: Springer.
65. Gunderson J. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. Psychiatry: 41: 327-35.
66. Brunt D. (2010) Psykosocial miljö i bostäder med särskild service för personer med psykiska funktionshinder. Boendeprojektet delstudie 12. Linnéuniversitetet.
67. SOU 2008:77. Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning.
68. Stockholms stad. (2002). Riktlinjer. Stadens insatser för psykiskt funktionshindrade. Stockholms stad: Staben - Socialtjänstförvaltningen.
69. Toll B. (2009). Att arbeta som boendestödjare – rollen och organisationen. I: Ljungqvist I, Jenner H. (red.) Psykiatri för baspersonal. Stockholm: Gothia Förlag.

70. Lantz G. (1996) Människan, hemmet och tingen. I: Gaunt D, Lantz G. (red) Hemmet i vården Vården i hemmet. Liber förlag.
71. Redvall C. (1987) Bostadens estetik. Om relationen mellan människa och bostad. Stockholms universitet.
72. Socialstyrelsen (2009). Folkhälsorapport 2009 Artikelnr. 2009-126-71.
73. Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning. Preliminär version. Artikelnr. 2010-10-15
74. Colton C, Manderscheid R (2006). Congruences in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Preventing Chronic Disease, 3: 1-14
75. Robson D, Gray R. (2007). Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. International Journal of Nursing Studies, 44: 457-466.
76. Osby U, Correia N, Brant L, Ekbom A, Sparen P. (2000). Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden. Schizophrenia Research, 45: 21-28.
77. Sokal J, Messias E, Dickerson F, Kreyenbuhl J, Brown C, Goldberg R, Dixon L. (2004). Comorbidity of medical illness among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. Journal of Nervous & Mental Disease, 192: 421-427.
78. Schoos R, Cohen C. (2003). I: Meyer J, Nasrallah H. (red) Medical Illness and Schizophrenia. Vancouver: American Psychiatric Publishing.
79. Gough S, Peveler R. (2004). Diabetes and its prevention: pragmatic solutions for people with schizophrenia. British Journal of Psychiatry: 184: 106-111.
80. Batki S, Meszaros Z, Strutynski K, Dimmock J, Leontieva L, Ploutz-Snyder R, Canfield K, Drayer R. (2009). Medical comorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence. Schizophrenia Research, 107:139-146.
81. Sheline Y. (1990). High prevalence of physical illness in a geriatric psychiatric inpatient population. General Hospital Psychiatry, 112: 396-400.
82. Forsberg KA. (2009).Att främja förändrad livsstil bland personer med psykiskt funktionshinder – Studier av metabola och psykologiska effecter, upplevd mening och hälsa. Umeå Universitet, Umeå.
83. Roshanei-Moghaddam B, Katon W. (2009) Premature mortality from general medical ilnesses among persons with bipolar disorder: A review. Psychiatric Services, 60: 147-156.
84. Strömberg G, Westman G. (2001). “Target groups 1-3” must be granted priority access to health care services. Health care needs of somatically and mentally disabled persons in Robertsfors. Läkartidningen: 98: 4054-4058.

85. Jeste D, Gladsjö J, Lindmayer L, Lacro J. (1996). Medical comorbidity in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 22: 413-430.
86. Lawn S, Pols R, Barber J. (2002). Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. Social Science & Medicine: 54: 93-104.
87. Luckstead A, Dixon L, Sembly J. (2000). A focus group pilot study of tobacco smoking among psychosocial rehabilitation clients. Psychiatric Services: 51: 1544-1548.
88. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. Psychological Medicine, 29: 697-701.
89. Peet M. (2004). Diet, diabetes and schizophrenia: review and hypothesis. British Journal of Psychiatry: 184: 102-15.
90. Koran D. (2004) Diabetes mellitus and schizophrenia: historical perspective. British Journal of Psychiatry: 184: 64-66.
91. Svenska Psykiatriska Föreningen Kliniska riktlinjer – Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom. http://www.svenskpsykiatri.se/kliniska_riktlinjer_metalbolrisk.html
92. Shahzad S, Suleman M, Shahab H, Mazour I, m fl (2002). Cataract occurrence with antipsychotic drugs. Psychosomatics: 43: 354–359.
93. Friedlander A, Marder S. (2002). The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. Journal of American Dental Association: 133: 603-610.
94. Statens Folkhälsoinstitut (2009). Livsstilsrapport 2008 - Lägesrapport om livsstilsfrågor. 2009:07.
95. Queensland Health (2007). National Physical Activity Guidelines. A site for health professionals. http://www.health.qld.gov.au/npag/
96. Statens Folkhälsoinstitut (2005) Goda matvanor och ökad fysisk aktivitet – underlag till handlingsplan.
97. Statens Folklhälsoinstitut (2007) Fysisk aktivitet på recept (FaR®) – en vägledning för implementering. 2007:01.
98. Statens Folklhälsoinstitut (2009) Motiverande samtal för att uppmuntra fysisk aktivitet.
99. Socialstyrelsen (2006) God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Artikelnummer: 2006-101-2
100. http://www.hi.se
101. http://www.humanteknik.se