

Att inventera behov

Inventering av gruppen personer
med psykisk funktionsnedsättning

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2012-1-34

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2012

Förord

Nationell psykiatrisamordning beslutade år 2006 att stödja utvecklingen av behovsinventeringar när det gäller kommuners och landstings verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen fick i uppdrag att ansvara för utvecklingsarbetet och att förmedla medel till ett antal utvecklingsprojekt i landet. Detta utvecklingsarbete redovisas i denna rapport.

En projektgrupp har verkat på nationell nivå med representanter från kommuner, landsting, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) och Sveriges Kommuner och Landsting. Projektledare har varit Marianne Björklund. Projektgruppen har utvecklat ett inventeringsverktyg som stöd för en mer enhetlig metodik i inventeringsarbetet. Mikael Sandlund, docent i psykiatri, och Urban Markström, docent i socialt arbete har som experter varit knutna till detta arbete.

Projektet ”Nationellt fackspråk för vård och omsorg” har bidragit med underlag för en enhetlig användning av begrepp och termer. Ansvarig för detta arbete har varit Ann-Helene Almborg, Socialstyrelsen. Hon och Lenart Jansson, Socialstyrelsen, har genomfört en utvärdering av inventeringsinstrumentets mätgenskaper, struktur och innehåll.

Rapporten riktar sig i första hand till chefer och tjänstemän som har till uppgift att besluta om och genomföra inventeringar. Den kan användas som bakgrundsmaterial i inventeringsarbetet tillsammans med det inventeringsverktyg som publiceras på Socialstyrelsens webbplats. Det är Socialstyrelsens förhoppning att inventeringsverktyget ska användas framöver och ge kommuner och landsting en ökad kunskap och en gemensam bild av målgruppens livssituation och behov av insatser. Med regelbundna inventeringar ökar möjligheterna att utforma en verksamhet som bättre svarar mot målgruppens behov.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Innehåll</i>	5
<i>Sammanfattning</i>	9
Livssituationen för målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning	9
Inventering som underlag för planering och samarbete mellan kommun och landsting	9
Inventeringsverktyget	10
Hur kan inventeringsverktyget användas?	10
<i>Inventering för att få en bild av behovet av insatser</i>	11
Levnadsvillkor och hälsa 15 år efter psykiatrireformen	11
Behov av ökad kunskap om målgruppens behov av insatser	13
Inventering, för att få en bild av levnadsförhållanden och behovet av insatser	13
Nationellt utvecklingsprojekt	14
Två rapporter	15
Rapportens syfte	16
Rapportens innehåll	16
<i>Huvudmännens skyldigheter</i>	17
Kommunens skyldigheter	17
Landstingets skyldigheter	19
Överenskommelser om samarbete	20
<i>Socialstyrelsen har följt inventeringsarbetet</i>	21
Utvärdering av psykiatrireformen	21
Vägledande skrift – Att inventera psykiskt funktionshindrades behov	21
Tillsyn av kommunernas insatser för personer med psykiskt funktionshinder	21
Nationell uppföljning inom psykiatriområdet	23
<i>Definition och avgränsning av målgruppen för en inventering</i>	24
Definition av målgruppen	24
Psykiatrireformens målgrupp	29
Från en homogen grupp till en betydligt mer heterogen grupp	30
En bred och vandrande grupp	31

Svårigheter att identifiera målgruppen	32
<i>Erfarenheter från sju lokala utvecklingsprojekt.....</i>	<i>35</i>
Dokumentation av det lokala utvecklingsarbetet	36
Hur startade inventeringen?	36
Vilka huvudmän deltog i inventeringen?	37
Hur planerades och förankrades inventeringen?	37
Vilket syfte och vilka mål formulerades för inventeringen?	37
Hur diskuterades sekretess- och personuppgiftsfrågorna?	38
Vilka etiska frågor diskuterades i det lokala utvecklingsarbetet?	38
Hur organiserades arbetet med inventeringen?	39
Hur definierades och avgränsades målgruppen för inventeringen?	40
Vilken metodik för inventeringen valdes?	40
Hur genomfördes datainsamlingen?	42
Hur bearbetades, analyserades och sammanställdes datamaterialet?	42
Hur användes resultatet av inventeringarna?	43
Hur värderade projekten sitt arbete med inventeringarna?	43
<i>Behov av enhetlig metodik för inventeringsarbetet</i>	<i>45</i>
Inventeringar i samband med psykiatrireformen	45
Kartläggning av personer med psykisk funktionsnedsättning ur ett forskningsperspektiv	47
Enhetlig metodik och enhetligt tillvägagångssätt	49
<i>Utveckling av ett inventeringsverktyg.....</i>	<i>52</i>
Ett antal ställningstaganden ligger till grund för inventeringsverktyget	52
Utveckling och utvärdering av ett instrument för datainsamling	52
Inventeringsverktyget består av flera delar	53
<i>Ställningstaganden kring metodik och tillvägagångssätt.....</i>	<i>56</i>
Varför genomföra en inventering?	56
Sekretess och behandling av personuppgifter	57
Planering och förankring av inventeringen	59
Avgränsning av målgruppen för inventeringen och val av deltagande huvudmän	60
Case finding i vård- och stödsystemet	62
Personal eller enskilda som uppgiftslämnare	63
Urval av uppgiftslämnare (personal)	65
Insamling av data	66
Regelbundna inventeringar	67
Etiska överväganden	67

<i>Utvärdering av ett instrument för datainsamling</i>	<i>69</i>
Utvärdering av instrumentets struktur, innehåll, begrepp och mättegenskaper	69
Frågor om bakgrund, kontakter och samarbete	72
Frågor om enskildas livssituation	72
Skattning av svårigheter, hälsoproblem och behov av insatser	73
Instrumentets relevans och reliabilitet	78
<i>Bearbetning, analys och användning av inventeringsresultatet</i>	<i>80</i>
Hur kan datamaterialet bearbetas och analyseras?	80
Hur kan inventeringsresultatet användas?	84
Hur kan inventeringsresultatet sammanställas?	89
<i>En tillräckligt trovärdig bild</i>	<i>91</i>
En inventering omfattar delar av målgruppen	91
Inventeringen fångar delar av verkligheten	92
En tillräckligt trovärdig bild	93
<i>Referenser.....</i>	<i>94</i>
<i>Bilaga 1 – Projektgrupp.....</i>	<i>97</i>
<i>Bilaga 2 – Nätverk.....</i>	<i>99</i>
<i>Bilaga 3 – Instrumentets validitet och reliabilitet.....</i>	<i>103</i>
<i>Bilaga 4 – Frågeformulär för inventering (personal)</i>	<i>105</i>

Sammanfattning

Socialstyrelsen har utvecklat ett verktyg för inventering av behov av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Verktöget har utvecklats tillsammans med en projektgrupp och stödjer en enhetlig metodik och ett enhetligt tillvägagångssätt i inventeringsarbetet. Det presenteras på Socialstyrelsens webbplats och omfattar hela inventeringsprocessen från att inventeringen startar till att resultatet sammanställs i en rapport. Beslutsfattarna kan använda inventeringsresultatet som underlag för att bygga upp en verksamhet med insatser som motsvarar målgruppens behov.

Personer med psykisk funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter på viktiga livsområden som kräver adekvata vård- och stödinsatser. Därför bör deras behov av sådana insatser uppmärksammas och inventeras av kommuner och landsting. Den här rapporten redovisar hur inventeringsarbetet sett ut sedan psykiatrireformen trädde i kraft, samt erfarenheterna från ett antal lokala inventeringsprojekt. Rapporten beskriver också hur inventeringsverktyget utvecklats och vilka ställningstaganden som ligger till grund för detta.

Livssituationen för målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning

Som en konsekvens av den psykiska sjukdomen har gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning väsentliga svårigheter som mer eller mindre försvårar ett självständigt liv ute i samhället. Svårigheterna kan handla om att sköta sin hälsa, att klara av det som hör till det dagliga livet och att hantera nära och formella relationer. Svårigheterna är inte bara en följd av funktionsnedsättningen utan består också av olika hinder i omgivningen. Personer i målgruppen lever många gånger i en utsatt livssituation där grundläggande behov som ett fungerande boende och en meningsfull sysselsättning inte är tillgodosedda. De har inte heller samma tillgång till en god kroppslig vård som den övriga befolkningen. En betydande del av målgruppen har dessutom samtidiga problem med missbruk av alkohol och andra droger, vilket ytterligare påverkar levnadsvillkoren och hälsan.

Inventering som underlag för planering och samarbete mellan kommun och landsting

Redan när psykiatrireformen trädde i kraft 1995 uppmärksammades behovet av att ta reda på mer om gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. I slutbetänkandet från psykiatriutredningen *Välfärd och valfrihet* (SOU 1992:73) angavs att ”det är viktigt att kommunerna i samverkan med landstinget kartlägger olika behov hos psykiskt störda som underlag för den övergripande planeringen”. Personer med psykisk funktionsnedsättning har dessutom ofta behov av samtidiga och samordnade insatser från både social-

tjänst och hälso- och sjukvård. Att kommun och landsting skaffar sig en gemensam bild av målgruppen och dess behov är viktigt för att de ska kunna planera sin verksamhet, kunna samarbeta på ett bättre sätt och nå en ökad samsyn. Regelbundna inventeringar skapar möjligheter att bygga upp och följa en verksamhet som motsvarar målgruppens behov.

En behovsanpassad verksamhet ökar vidare förutsättningarna för en bättre hälsa och en ökad möjlighet för personer med psykisk funktionsnedsättning att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Behovsanpassade verksamheter bidrar också till att huvudmännens resurser används på ett optimalt sätt.

Brukar- och anhörigorganisationerna är en viktig part i inventeringsarbetet. De kan på olika sätt delta i inventeringen och inte minst i arbetet med att tolka och analysera resultatet. Utan stöd från brukar- och anhörigorganisationerna får inventeringen minskad legitimitet.

Inventeringsverktyget

En del av det inventeringsverktyg som Socialstyrelsen har tagit fram utgörs av ett instrument för insamling av uppgifter om målgruppens livssituation och behov av insatser dels på olika livsområden, dels på några hälsoområden. Instrumentet skattar bland annat individens svårigheter och behov av insatser utifrån ett urval av de aktivitetsområden som beskrivs i *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*, ICF [1]. Socialstyrelsen har bedömt att det finns stora fördelar med att de uppgifter som samlas in i en inventering utgår från en etablerad klassifikation som erbjuder ett standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd.

Hur kan inventeringsverktyget användas?

Inventeringsverktyget är tänkt att användas när kommuner i samarbete med landstinget (psykiatri) inventerar behoven för att få en gemensam bild. En inventering kan även genomföras i samarbete mellan ett landsting och flera kommuner inom ett län.

Inventeringsmaterialet sammanställs till en bild av målgruppens livssituation, svårigheter och behov av insatser på olika livsområden och några hälsoområden. Personer med psykisk funktionsnedsättning behöver insatser som anpassas till deras specifika situation och svårigheter och som också kan leda till en förbättrad livssituation eller hälsa. Det innebär att de behandlings- och stödinsatser som byggs upp av kommuner och landsting bör ingå i ett varierat utbud av insatser och också inkludera de insatser och åtgärder som har visat sig ge goda resultat.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett viktigt underlag i arbetet med att välja vilken typ av insatser som behöver finnas tillgängliga för att motsvara målgruppens behov. Socialstyrelsen anser att kommuner och landsting bör kunna erbjuda behovsanpassade insatser som visat sig ha god effekt.

Inventering för att få en bild av behovet av insatser

Personer med långvariga och allvarliga psykiska sjukdomar har sämre levnadsvillkor än befolkningen i övrigt. Psykiatriutredningen konstaterade detta i förarbetena till psykiatrireformen (*Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*, SOU 1992:73) och den kunskapen utgjorde en viktig bakgrund till den reform som trädde i kraft 1995 (*Psykiskt stördas villkor*, prop. 1993/94:218). I samband med reformen förtydligades kommunernas ansvar för att göra sig väl förtrodda med levnadsförhållandena för personer med psykisk funktionsnedsättning och att planera sina insatser för denna grupp (prop. 1993/94:218 s. 23).

Reformen syftade framför allt till att förbättra livssituationen för personer med psykisk funktionsnedsättning och öka deras möjlighet till gemenskap och delaktighet i samhället. Propositionen och reformens förarbeten lyfte samtidigt upp vikten av ett mer effektivt och samordnat samhällsstöd och behovet av ökad kvalitet i den psykiatriska vården, vilket sågs som en central förutsättning för att kommunernas insatser skulle bli verkningsfulla. En av de principer som formulerades var att den enskilde skulle ha rätt till service, stöd och vård av god kvalitet som var anpassad till hans eller hennes individuella förutsättningar och behov (SOU 1992:73 s. 202).

Levnadsvillkor och hälsa 15 år efter psykiatrireformen

Sämre levnadsvillkor än befolkningen i övrigt

Det finns fortfarande, drygt 15 år efter det att reformen trädde i kraft, ett stort behov av att förbättra levnadsvillkoren för personer med psykisk funktionsnedsättning. I slutbetänkandet från Nationell psykiatrisamordning, *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder* (SOU 2006:100) och i flera av Socialstyrelsens rapporter [2,3,4] konstateras att personer med allvarlig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning fortfarande har sämre levnadsförhållanden än befolkningen i stort, och också i förhållande till andra grupper med funktionsnedsättning.

Personer med allvarlig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning anges i slutbetänkandet från Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100 s. 20) ha lägst sysselsättningsgrad av alla grupper med funktionsnedsättning, och de utgör en stor och växande andel av dem som får sin försörjning genom sjukförsäkringen. De uppföljningar som skett efter psykiatrireformen visar dessutom att bristen på daglig sysselsättning fortsatt är ett av de mest överhängande problemen (SOU 2006:100 s. 100).

Personer som insjuknar i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd blir på sikt mindre delaktiga i samhället och får sämre levnadsvillkor än övriga befolkningen. Socialstyrelsen har genomfört en studie [5] som visar att dessa personer hade betydligt sämre inkomstutveckling efter insjuknandet än övriga i befolkningen. Endast tio procent var etablerade på arbetsmarknaden.

Sämre kroppslig hälsa än befolkningen i övrigt

Socialstyrelsens utvärderingar och studier visar att personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning riskerar sämre kroppslig (somatisk) hälsa och ökad dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt [6,7,8,9]. Socialstyrelsens studier pekar även entydigt på att psykiskt sjuka som drabbas av allvarlig somatisk sjukdom löper större risk att drabbas av ohälsa och förtida död än patienter utan psykisk sjukdom. Resultatet från dessa studier visar att personer med psykisk sjukdom har sämre hälsoutfall, inklusive ökad dödlighet, och får vårdåtgärder i lägre utsträckning än övriga patienter [6,7,8,9]. Oavsett orsakerna bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten vara medvetna om de psykiskt sjukas levnadsvillkor och utsatthet, så att nödvändig vård når fram till de psykiskt sjuka och kan erbjudas utifrån gruppens förutsättningar.

Samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk

Cirka 20–30 procent av de personer som söker vård för psykisk ohälsa har också ett missbruks- eller beroendetillstånd, enligt Missbruksutredningen (SOU 2011:6 s. 232–233). Utredningen anger vidare att cirka 30–50 procent eller mer av de personer som söker för missbruk eller beroende också har livstidsprevalens för psykisk sjukdom eller har en aktuell psykisk sjukdom. De somatiska riskerna till följd av missbruk eller beroende är kända. Det förefaller därför sannolikt att personer med psykiska sjukdomar som samtidigt har missbruksproblem är särskilt utsatta från hälsosynpunkt.

Psykisk ohälsa bland unga ökar

Socialstyrelsens *Folkhälsorapport 2009* [10] redovisar resultat som tyder på en markant ökning av självrapporterad psykisk ohälsa bland unga vuxna. Utvecklingen har skett parallellt med att allt fler unga vuxna också vårdas inom den psykiatriska slutenvården, framför allt för depressions- och ångestsjukdomar samt självmordsförsök [5]. En majoritet av unga personer (under 29 år) som har aktivitetsersättning har även psykiatriska diagnoser (SOU 2006:100 s. 20, 96 ff.). Även kommunerna rapporterar att gruppen unga vuxna med psykiska funktionsnedsättningar ökar i socialtjänstens verksamhet [11,12].

Behov av ökad kunskap om målgruppens behov av insatser

Det behövs ökad kunskap om målgruppens livssituation, och om behovet av såväl sociala insatser som hälso- och sjukvårdsinsatser. Kunskapen kan hjälpa kommuner och landsting att planera sin verksamhet och erbjuda adekvata insatser som förbättrar målgruppens levnadsvillkor och hälsa. Det är också viktigt att känna till ungas behov av insatser i ett tidigt skede för att förebygga långvariga delaktighetsinskränkningar.

God kunskap om både målgruppens storlek och behov av insatser är också central för att införa insatser som visat sig ha god effekt, alltså som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Behovsanpassade verksamheter som kan erbjuda relevanta och evidensbaserade insatser ökar förutsättningarna för att vårdens resurser används på ett optimalt sätt.

För att villkoren ska bli jämlika ur ett nationellt perspektiv måste kommuner och landsting i hela landet kunna erbjuda insatser utifrån behoven hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Ökad kunskap om behoven är även viktig för att Socialstyrelsen ska kunna beskriva och följa om personer i målgruppen har tillgång till adekvata insatser oberoende av var i landet de bor.

Inventering, för att få en bild av levnadsförhållanden och behovet av insatser

Nationell psykiatrisamordning tog i sitt slutbetänkande (SOU 2006:100) upp frågan om gemensamma inventeringar och annan gemensam uppföljning. Man konstaterade att ”både hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ansvar för att göra kontinuerliga inventeringar för att få en bild av vilka människor med psykiska funktionshinder¹ eller sjukdomar som finns i kommunen och landstinget, och vilka behov de har” (SOU 2006:100 s. 579). En av psykiatrireformens grundprinciper var att ansvariga huvudmän skulle skaffa sig en sådan bild och planera sina insatser därefter. Det ansågs särskilt viktigt eftersom personer med psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar ofta är beroende av att samhället aktivt erbjuder insatser.

Personer med psykisk funktionsnedsättning har ofta behov av samtidiga och samordnade insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Psykiatrireformens grundsyn var att psykisk sjukdom har en medicinsk, en psykologisk och en social dimension och att en meningsfull psykiatrisk behandling inte kan bedrivas utan att de sociala aspekterna samtidigt uppmärksammas (SOU 1992:73 s. 22). Nationell psykiatrisamordning strök därför under att gemensamma behovsinventeringar och uppföljningar är en väsentlig grund för samarbetet mellan landsting och kommun och har stor

¹ I denna rapport används både termen psykisk funktionsnedsättning och psykiskt funktionshinder. I oktober 2007 beslutade Terminologirådet vid Socialstyrelsen att revidera begreppen funktionsnedsättning och funktionshinder vilket fick till följd att termen psykisk funktionsnedsättning bör användas för att allmänt beteckna en nedsättning av en persons psykiska funktionsförmåga. I rapporten används dock termen psykiskt funktionshinder när hänvisningar görs till lagstiftning eller publikationer där denna term används.

betydelse för personer med psykisk funktionsnedsättning. Staten har genom upprepade insatser velat förstärka detta samarbete. Utifrån en gemensam kunskap om behovet av insatser kan dessa samordnas och gemensamma mål kan formuleras.

Att man tillsammans skaffar sig kännedom om målgruppens behov är också en viktig utgångspunkt när huvudmännen, genom lokala och regionala avtal, kommer överens om vilka insatser var och en ska svara för. Lika viktigt är det naturligtvis att huvudmännen får en bild av vilka resultat deras gemensamma insatser får för de personer som är beroende av dem. (SOU 2006:100 s. 585)

Nationellt utvecklingsprojekt

Socialstyrelsen genomförde tillsammans med samtliga länsstyrelser en nationell tillsyn av kommunernas insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning under åren 2002–2004. Tillsynens slutrapport [13] visade att en stor andel av landets kommuner år 2004 inte hade genomfört en tillfredsställande inventering av målgruppen eller bedrev uppsökande verksamhet i tillräcklig omfattning. Två av förklaringarna ansågs vara bristen på en tydlig definition av målgruppen och avsaknaden av relevanta metoder för det inventerande och uppsökande arbetet. Tillsynsmyndigheterna konstaterade att kommunernas inventerande, uppsökande och informerande verksamhet behövde uppmärksammas.

För att stödja utvecklingen på detta område tog därför Nationell psykiatrisamordning fram en definition av psykiskt funktionshinder och avsatte medel till ett nationellt utvecklingsprojekt: *Stöd till kommunernas inventering och uppsökande verksamheter för personer med psykiska funktionshinder.*

Socialstyrelsen fick uppdraget att genomföra det utvecklingsarbete som Nationell psykiatrisamordning initierade. Uppdraget skulle genomföras i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting samt berörda brukarorganisationer. Sju lokala projekt tilldelades medel för att genomföra en behovsinventering och utveckla sitt uppsökande arbete. Ett krav var att utvecklingsarbetet skulle genomföras i samverkan mellan kommuner och landsting. Sammanlagt ingick 16 kommuner, en stadsdel, fem landsting och en region med ansvar för både primärkommunala uppgifter och landstingets uppgifter.

Det nationella projektet genomfördes under perioden augusti 2007 till maj 2009. Projektet berörde dels det inventerande arbetet, dels den uppsökande och informerande verksamheten. Syftet med det nationella projektet var att stödja kommunerna och den psykiatriska verksamheten i att inventera målgruppen samt att utveckla det informerande och uppsökande arbetet. Det nationella projektet ingick i den plan Socialstyrelsen lämnade till regeringen i mars 2007. Planen innehöll de aktiviteter som myndigheten avsåg att genomföra under åren 2007–2009 för att stödja utvecklingen inom psykiatriområdet [14].

En projektgrupp med representanter från Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser

(CEPI), huvudmännen (kommuner och landstingspsykiatri) samt Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) har ansvarat för arbetet (bilaga 1).

Till projektet har ett nätverk varit knutet. De kommuner och landsting som fick medel från Nationell psykiatrisamordning att utveckla sitt inventerande och uppsökande arbete har deltagit i nätverket. Även andra kommuner och landsting med intresse för detta utvecklingsarbete har deltagit. Sammanlagt har 38 kommuner och nio landsting (psykiatriska verksamheter) ingått i nätverket (bilaga 2).

Socialstyrelsen har utvecklat ett verktyg till stöd för en enhetlig metodik i inventeringsarbetet

Olika metoder för det inventerande arbetet har använts i det lokala utvecklingsarbetet. Socialstyrelsen har dokumenterat detta arbete. Under arbetets gång har det blivit tydligt att det behövs enhetliga metoder i inventeringsarbetet och ett instrument för insamling av uppgifter om målgruppens livssituation och behov av insatser. Myndigheten har därför tagit fram ett inventeringsverktyg med utgångspunkt i de lokala erfarenheterna och i samarbete med de lokala projekten. Verktöget kan användas som stöd i det lokala inventeringsarbetet framöver. Politiker och tjänstemän inom både kommun och landsting har uttryckt ett starkt behov av att kunna jämföra målgruppens livssituation och behov av insatser i kommuner med liknande befolkningsstruktur. Det blir möjligt först om inventeringarna genomförs på ett liknande sätt.

En kategorisering av olika typer av uppsökande och informerande verksamhet

I det lokala utvecklingsarbetet ingick också att utveckla det uppsökande arbetet med stöd av tilldelade medel. Socialstyrelsen har dokumenterat detta arbete och samtidigt samlat in ytterligare erfarenheter av det uppsökande och informerande arbetet. Det insamlade materialet visar att det har utvecklats en stor variation i inriktning, modeller och arbetssätt för det informerande och uppsökande arbetet. Myndigheten har därför tagit fram ett förslag på kategorisering av olika huvudstrategier i arbetet, i syfte att ge underlag för fortsatt utveckling, uppföljning och kunskapsutveckling på området.

Två rapporter

Erfarenheterna från de lokala projekten och det utvecklingsarbete som bedrivits på nationell nivå redovisas i två rapporter. Den ena rapporten fokuserar på inventeringar och den andra på det uppsökande arbetet. Det inventerande och uppsökande arbetet har tydliga kopplingar till varandra och de båda rapporterna kompletterar därför varandra. En inventering kan ge ett underlag för planering av det uppsökande arbetet men kan även kombineras med ett uppsökande arbete.

De båda rapporterna är:

- Att inventera behov
 - Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning

- Att nå och erbjuda insatser
 - Informerande och uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Rapportens syfte

Den här rapporten beskriver hur inventeringsarbetet sett ut sedan psykiatrireformen trädde i kraft, samt erfarenheterna från det lokala utvecklingsarbetet. I rapporten lyfter Socialstyrelsen upp behovet av en mer enhetlig metodik i inventeringsarbetet. Ett strukturellt inventeringsverktyg presenteras och de ställningstaganden som ligger till grund för detta. Rapporten kan ses som ett bakgrundsmaterial till det inventeringsverktyg som presenteras på Socialstyrelsens webbplats, som ger ett mer konkret stöd till inventeringsarbetet. En förhoppning är att kommuner och landsting ska använda detta verktyg i sina kommande inventeringar.

Ett ytterligare syfte med rapporten är att lägga grunden för möjligheten att samla in inventeringsdata på nationell nivå. Dessa data skulle kunna fungera som kompletterande underlag till Socialstyrelsens systematiska uppföljningar inom psykiatriområdet. Det skulle skapa en möjlighet att följa hur målgruppens storlek och behov av insatser på olika livsområden förändras över tid och ge huvudmännen möjlighet att få en bild av hur det ser ut i jämförbara kommuner.

Rapportens innehåll

Rapporten består i huvudsak av två delar. Den första delen avser att ge en bakgrundsbeskrivning av målgruppen för en inventering och en historisk tillbakablick över de inventeringar som genomfördes i samband med psykiatrireformen och därefter. Den andra delen redovisar erfarenheterna från det lokala utvecklingsarbetet, det inventeringsverktyg som har utvecklats, vilka ställningstaganden som ligger till grund för detta samt hur inventeringsmaterialet kan användas som underlag för planering och uppföljning av verksamheten.

Huvudmännens skyldigheter

Kommunens skyldigheter

Enligt 5 kap 8 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, har socialnämnden ansvar för att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med psykiska funktionshinder samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på dessa områden. Enligt 15 § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska kommunen fortlöpande följa upp vilka som omfattas av lagen och vilka deras behov av stöd och service är.

Kommunen ska också enligt 5 kap 8 § SoL planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

Kommunernas ansvar för att göra sig väl förtrogna med levnadsförhållandena för personer med psykisk funktionsnedsättning och att bedriva en uppsökande och informerande verksamhet är avgörande för att enskilda ska nås av socialtjänstens insatser, och även för att tidiga och preventiva insatser ska kunna ges. En god kännedom om målgruppen och dess behov är dessutom en av de viktigaste förutsättningarna för att såväl lokala politiker som kommunernas chefstjänstemän ska kunna fullgöra sitt ansvar för planering och styrning av kommunens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Skyldighet att känna till levnadsförhållandena och planera verksamheten för målgruppen

Bestämmelsen om socialnämndens ansvar att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena och att planera sina insatser för människor med funktionsnedsättning infördes i socialtjänstlagen den 1 januari 1994 (prop. 1993/94:218). I förarbetena till bestämmelsen framhölls att:

Det är väsentligt att planerna får en utformning som innebär att de så allsidigt som möjligt belyser de olika aspekter som är avgörande för delaktigheten i samhället för personer med funktionshinder. Planerna ska därför innefatta såväl frågor om tillgängligheten i vidaste mening inom kommunen som frågor om utformningen av olika individuella stöd- och serviceinsatser (prop. 1993/94:21 s. 23–24).

Psykiatriutredningen konstaterade i sitt slutbetänkande, *Välfärd och valfrihet* (SOU 1992:73), att kunskapen om de psykiskt funktionsnedsatta och deras behov var mycket begränsad. Endast ett mycket litet antal kommuner hade genom inventeringar eller på annat sätt försökt ta reda på ”de psykiskt stördas situation eller hur många de är i kommunen”. Att genomföra kart-

läggningar av målgruppen ansågs vara en viktig förutsättning för att kommunen skulle kunna fullgöra sina uppgifter. Det gällde dels att främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden, dels att fullgöra sitt ansvar för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I betänkandet betonades behovet av att kommunerna regelbundet skulle genomföra sådana kartläggningar i samverkan med landstingen, som underlag för den övergripande planeringen.

Det är viktigt att kommunerna i samverkan med landstingen kartlägger olika behov hos psykiskt störda som underlag för den övergripande planeringen. Uppsökande verksamhet eller målinriktade inventeringar av de psykiskt handikappades situation i kommunerna bör genomföras regelbundet (SOU 1992:73 s. 318 ff.).

Skyldighet att bedriva ett uppsökande arbete

Personer med psykisk funktionsnedsättning har ofta svårigheter att själva söka den hjälp de behöver. I sådana situationer är det av stor betydelse att samhället agerar aktivt och erbjuder insatser till dem som behöver dem. Det var bland annat mot den bakgrunden som regeringen i psykiatrireformen uppmärksammade kommunens skyldighet att bedriva uppsökande verksamhet.

Med hänsyn till de psykiskt stördas utsatthet är det viktigt att kommunerna uppmärksammas på sina skyldigheter att bedriva uppsökande verksamhet. Många långvarigt psykiskt störda personer har brister i sin sjukdomsinsikt, tenderar att leva i social isolering och är skygga inför myndigheter och samhällsorgan (SOU 1992:73 s. 318–319).

I 5 kap. 8 § SoL anges socialnämndens ansvar för att i sin uppsökande verksamhet upplysa personer med psykisk funktionsnedsättning om socialtjänstens verksamhet på detta område. Socialnämnden har även enligt 3 kap. 4 § SoL en allmän skyldighet att i den uppsökande verksamheten upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp. När det är lämpligt ska nämnden härvid samverka med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.

Uppsökande verksamhet

I propositionen *Om socialtjänsten* (1979/80:1) som låg till grund för socialtjänstlagen anges utgångspunkterna för den uppsökande verksamheten. Den ska dels vara generell i den meningen att den vänder sig till alla i en viss grupp som kan väntas behöva särskilt stöd, dels avse information och erbjudanden om samhällets hjälp och tjänster.

Propositionen angav att målet för den uppsökande verksamheten även var att socialtjänsten skulle få så god kännedom om människors situation att den kunde tillgodose deras väsentliga behov. Den uppsökande verksamheten ansågs således inte bara svara för upplysningar och förmedling av olika slag

av bistånd, utan den skulle också kunna ge kunskap för planeringen av socialtjänstens verksamhet (prop. 1979/80:1 s. 169–171).

Informera om verksamhet

Att informera om socialtjänstens verksamhet är ett av flera inslag i den uppsökande verksamheten. I regeringens proposition *Om socialtjänsten* (1979/80:1) angavs att informationen inte bara borde handla om rättigheter och skyldigheter; man borde också försöka förändra allmänhetens inställning till den verksamhet som då kallades socialvård.

Regeringen angav vidare att informationen måste inriktas på att vara både förebyggande och avhjälpare. Viss information ska nå alla medan annan information riktas till särskilda grupper i befolkningen. Regeringen poängterade att informationen måste nå de mest eftersatta. Upplysningsverksamheten borde så långt som möjligt läggas upp och genomföras tillsammans med de organisationer och sammanslutningar som tillvaratar olika gruppers intressen. (prop. 1979/80:1 s. 173–174)

Landstingets skyldigheter

Landstinget ska enligt 7 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen ska även avse den hälso- och sjukvård som privata och andra vårdgivare erbjuder. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstinget enligt 8 § hälso- och sjukvårdslagen samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare.

I betänkandet som var underlag till psykiatrireformen (SOU 1992:73, s. 319) lyfte utredaren även fram att det i varje psykiatrisk sektor borde finnas

en planeringsgrupp som samarbetar med respektive kommun/kommundelar. En lokalt utformad verksamhetsplan bör upprättas årsvis inom varje sektor där det framgår behov av boende, sysselsättning, fritidsaktiviteter samt behov av vård och rehabilitering för psykiskt störda. Befintliga och planerade resurser inom psykiatrin samt inom respektive kommun/kommundel bör här också anges.

Informera om och förebyggande verksamhet

Enligt 1 § HSL avses med hälso- och sjukvård åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvården har således en dubbel roll, alltså att behandla sjukdomar och skador som redan uppkommit samt att förebygga att sjukdom eller skada uppkommer eller förvärras. Enligt 2 c § HSL ska hälso- och sjukvården ”arbeta för att förebygga ohälsa, den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada”.

Enligt 2 a § HSL ska hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Detta innebär bland annat att den ska ”vara lätt tillgäng-

lig”. I det kravet torde man kunna tolka in uppgiften att göra verksamheten synlig och ge information om den.

Överenskommelser om samarbete

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommuner skyldiga att ingå formaliserade och övergripande överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning (8 a § HSL; 5 kap. 8 a § SoL). Överenskommelserna är avsedda att omfatta landstingen och kommunernas offentligrättsliga åtaganden, och de tydliggör och förstärker huvudmännens ansvar på området.

För att överenskommelserna ska få verklig betydelse för medborgarna, för det praktiska arbetet i kommuner och landsting och för verksamhetens resurser och inriktning anger regeringen i propositionen *Vissa psykiatrifrågor m.m.* (prop. 2008/09:193) att det krävs överenskommelser av både principiell och praktisk karaktär.

Genom överenskommelser som innehåller bestämmelser om gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kring vissa grupper, kan förtroendevalda och andra beslutsfattare skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning, vilket är till nytta både för verksamheternas ekonomi och för medborgarna (prop. 2008/09:193 s.14).

Socialstyrelsen har utifrån denna proposition och utifrån Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande (SOU 2006:100) angett vad sådana överenskommelser kan innehålla, som exempelvis gemensamma mål för verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning, rutiner för samarbete kring enskilda personer samt ansvar för boende, sysselsättning, arbetsrehabilitering och hjälpmedel [15]. Ansvaret för att genomföra de åtgärder som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är vidare delat. Socialstyrelsen anser därför att det är angeläget att hälso- och sjukvården och socialtjänsten på lokal och regional nivå tar ställning till hur de ska samverka för att kunna erbjuda rekommenderade åtgärder [15].

Med hänvisning till regeringens proposition (2008/09:193) har Socialstyrelsen gjort tolkningen att de överenskommelser som kommuner och landsting ska ingå bland annat kan grunda sig på landstingets och kommunens gemensamma inventering av de behov av insatser som personer med psykisk funktionsnedsättning har [15]. Ett underlag som beskriver målgruppens behov är viktigt för att kunna utforma en överenskommelse om samarbete som ger enskilda personer tillgång till de insatser de behöver och i förekommande fall de åtgärder som rekommenderas i riktlinjerna.

Socialstyrelsen har följt inventeringsarbetet

Ända sedan psykiatrireformen trädde i kraft 1995 har Socialstyrelsen följt inventeringsarbetet i sina utvärderingar och uppföljningar samt i tillsynen av kommunernas verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Utvärdering av psykiatrireformen

Socialstyrelsen rekommenderade i samband med psykiatrireformen att kommunerna i samverkan med den psykiatriska vården och övriga vårdgrannar skulle genomföra en behovsinventering för att få en uppfattning om hur många personer i kommunen som kunde inräknas i målgruppen samt beskriva vilka behov som dessa personer hade på områden som bostad, samsättning, fritid, hälsa, ekonomi och socialt nätverk.

Under åren 1995–1999 utvärderade Socialstyrelsen psykiatrireformen på regeringens uppdrag. Myndigheten utvärderade bland annat de inventeringar som hade genomförts. Utvärderingen visade att det fanns stora skillnader i tillvägagångssätt och kvalitet i inventeringarna [16]. Socialstyrelsen ansåg därför att kunskapen om inventering behövde öka. Det var en förutsättning för långsiktig planering av resurser, samverkansbehov och kompetensutveckling inom kommunerna.

Vägledande skrift – Att inventera psykiskt funktionshindrades behov

För att stödja det fortsatta inventeringsarbetet tog Socialstyrelsen år 2007 fram en skrift, *Att inventera psykisk funktionshindrade personers behov* [17], vars syfte var att visa hur man kan gå tillväga för att få kunskap om vuxna personer med psykiska funktionshinder och deras behov av hjälp och stöd. Skriften utgjorde en enkel vägledning kring de olika stegen i en inventering och baserades på de erfarenheter som då fanns tillgängliga. Den sågs som ett första steg. Det inventeringsverktyg som Socialstyrelsen presenterar i den här rapporten kan ses som ett ytterligare steg för att ge stöd till det lokala inventeringsarbetet.

Tillsyn av kommunernas insatser för personer med psykiskt funktionshinder

Som tidigare nämnts genomförde Socialstyrelsen tillsammans med samtliga länsstyrelser en tillsyn av kommunernas insatser för personer med psykiskt funktionsnedsättning under åren 2002–2004 [13]. En del i tillsynen var att bedöma huruvida huvudmännen levde upp till sina skyldigheter. Som under-

lag för bedömningen utvecklades ett antal bedömningskriterier. Syftet var att få till stånd en mer enhetlig bedömning av kommunernas verksamhet i hela landet och samtidigt lägga grunden till en systematisk granskning av tillsynsområdet. De bedömningskriterier som utformades används i den fortsatta tillsynen på området. Kriterierna följer nedan. Den kursiverade texten under respektive rubrik är bedömningskriteriet för området. Under varje kriterium följer en förklaring av vad som ingår i granskningen.

Kännedom om behov av insatser

Kommun och landssting har skaffat sig kännedom om behoven av insatser från socialtjänst respektive hälso- och sjukvård gällande personer med psykiska funktionshinder/långvarig psykisk störning.

För att tillsynen ska kunna identifiera brister och förbättringsområden granskas bland annat om kommun och landsting har skaffat sig kännedom om målgruppen genom en inventering (eller på annat sätt) som inte är äldre än tre till fyra år. En tillfredsställande inventering ska också ha ett visst innehåll och genomföras i samarbete mellan de båda huvudmännen.

Verksamhetsplanering i samverkan med landstinget

Behov av vård, stöd och rehabilitering för personer med psykiska funktionshinder/långvarig psykisk störning är en gemensam angelägenhet för berörda huvudmän. I planeringen av verksamheten samverkar kommun och landsting.

För att tillsynen ska kunna identifiera brister och förbättringsområden granskas bland annat om kommun och landsting har upprättat ett samverkansavtal eller motsvarande på övergripande chefsnivå, som är tidsbegränsat och anger aktuella mål eller direktiv på politisk nivå.

Gemensam överenskommelse med landstinget vad gäller arbetet med enskilda personer med psykisk funktionsnedsättning

Socialchefen eller motsvarande och verksamhetschefen för den psykiatriska vården/primärvården har fastställt en överenskommelse för samverkan som gäller arbetet med enskilda personer med psykiska funktionshinder/långvarig psykisk störning.

För att tillsynen ska kunna identifiera brister och förbättringsområden granskas bland annat om det finns en aktuell och dokumenterad överenskommelse mellan kommun och landsting som anger hur samverkan mellan personal från socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska utformas och när insatser planeras och samordnas för enskilda personer, som behöver insatser från både socialtjänst och psykiatri (öppen och sluten vård).

En revidering av de två sista kriterierna kommer att göras och anpassas till de nya bestämmelser om överenskommelser om samarbete som infördes i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen den 1 januari 2010.

Nationell uppföljning inom psykiatriområdet

Socialstyrelsen utvecklar på regeringens uppdrag ett system för nationell uppföljning inom psykiatriområdet (S2006/9394/HS (delvis) S2008/1051/HS). Systemet innehåller bland annat ett antal indikatorer som myndigheten kommer att använda för att följa upp tillämpningen av de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliktillstånd. Några av indikatorerna har utformats för att belysa och följa upp ett antal centrala förutsättningar för att rekommenderade åtgärder ska införas i praktisk verksamhet och bli tillgängliga för personer med schizofreni eller psykisk funktionsnedsättning. En av dessa indikatorer är ”Andel kommuner som tillsammans med den psykiatriska verksamheten regelbundet genomför en inventering av behovet av åtgärder hos personer med psykisk funktionsnedsättning”.

Definition och avgränsning av målgruppen för en inventering

Begreppet psykiskt funktionshinder infördes i lagstiftningen (SoL och LSS) i samband med psykiatrireformen och markerar kommunens skyldigheter i förhållande till målgruppen. Tolkningen av begreppet ”psykiskt funktionshinder” har sedan dess diskuterats.

Den osäkerhet som finns om vilka som tillhör målgruppen beror bland annat på den förskjutning i synsätt som skett, från psykiatrisk sjukdom till psykiska funktionshinder eller funktionsnedsättningar. I en situation då många fortfarande befann sig i den slutna psykiatriska vården, eller var på väg att lämna denna, framstod gruppen som avgränsad. När allt fler bor och vistas ute i samhället blir avgränsningen svårare [12].

Oklarheterna kring vilka som tillhör gruppen psykiskt funktionshindrade gör det svårt för kommunerna att identifiera gruppen och tillsammans med andra samhällsaktörer organisera och bygga upp ett adekvat vård- och stöd-system. Det behövs även en samsyn mellan kommun och landsting kring vilka som tillhör målgruppen för att huvudmännen ska kunna bygga upp ett sådant system.

Att målgruppen definieras är även viktigt för att kunna utveckla kompetensen hos personalen i kommuner och landsting samt för att kunna följa upp och utvärdera de insatser gruppen får på lokal och regional nivå. En tydlig definition kan också användas som statistikbegrepp för uppföljning på nationell nivå av de insatser målgruppen får från både socialtjänst och psykiatri.

I det här kapitlet redovisas den definition som valts som utgångspunkt för Socialstyrelsens inventeringsverktyg. I kapitlet beskrivs även hur definitionen av personer med psykiskt funktionshinder eller funktionsnedsättning har förändrats sedan psykiatrireformen genomfördes och hur nya grupper har tillkommit. Kapitlet beskriver också de svårigheter som uppstår när målgruppen ska identifieras i kommunernas organisation.

Definition av målgruppen

Det finns en begränsad tillgång till forskningsbaserad kunskap om förekomsten av psykiska funktionshinder. Det beror bland annat på att definitionen är oklar och på att de flesta epidemiologiska studier tar sin utgångspunkt i diagnoser [18]. Det finns vidare indikationer på att gruppen psykiskt funktionshindrade till cirka 40 procent består av människor med psykisk sjukdom av andra former än psykos. Av dem som har psykosdiagnos har cirka 30 procent en annan form av psykosjukdom än schizofreni [18].

Det behövs en tydlig definition för att beskriva en grupp i befolkningen och den vård och stöd den får. Definitionen behövs dels för att myndigheter och vårdgivare ska kunna planera och utvärdera vård, stöd och service,

dels för forskning och statistik. Definitionen behöver vara stabil över tid, alltså kunna appliceras på målgruppen även i framtiden. Psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar och de behov som uppstår utvecklas i ett tidsperspektiv. Samhällets organisering av vård- och stödsystemet och omgivningens utformning och reaktioner på en psykisk funktionsnedsättning påverkar vidare de aktivitetsbegränsningar som kan uppstå hos en person med psykisk sjukdom.

Socialstyrelsen utgår från den definition av psykiskt funktionshinder som Nationell psykiatrisamordning tagit fram och som hänvisar till konsekvenserna av psykisk sjukdom i form av väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden.

Nationell psykiatrisamordning har definierat psykiskt funktionshinder

Nationell psykiatrisamordning ansåg att begreppet psykiskt funktionshinder behövde förtydligas. Verksamheterna i kommuner och landsting hade svårt att avgränsa målgruppen, bland annat i samband med uppsökande arbete och behovsinventeringar. Psykiatrisamordningen valde därför att utforma en definition som skulle vara ett stöd vid inventeringar men som också kunde användas för epidemiologisk bevakning. I arbetet med att utforma definitionen hade Nationell psykiatrisamordning kontakt med berörda organisationer (däribland brukar- och anhörigorganisationer), forskare och enskilda intressenter.

Definitionen och de kriterier som bestämmer vilka som tillhör målgruppen har tydliggjorts i en rapport från Nationell psykiatrisamordning [19]. Rapporten innehåller även ett antal fallbeskrivningar. Kriterierna för målgruppen handlar bland annat om de personer som avses i socialtjänstlagens skrivning om personer med psykiska funktionshinder (5 kap. 8 § SoL). Ambitionen var dock att definitionen också skulle kunna tillämpas av fler organisationer som till exempel Försäkringskassan och intresseorganisationerna samt fungera som statistikbegrepp för uppföljning av socialförsäkringens tillämpning och inom Arbetsförmedlingens verksamhetsområde.

Nationell psykiatrisamordnings definition tar i tillämpliga delar sin utgångspunkt i de kriterier om delaktighetsinskränkningar och aktivitetsbegränsningar som anges i WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa [1]. Begreppet psykiskt funktionshinder hänvisar där till de konsekvenser som en psykisk störning får för individen. Konsekvenserna kan uppstå till följd av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar hos individen, eller bestå av omgivningens utformning eller reaktioner. Därmed inkluderades på ett tydligare sätt flera psykiska sjukdomar och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt de tillstånd som består av samtida missbruksproblem, samtida allvarliga somatiska sjukdomar eller samtidig utvecklingsstörning.

En definition av målgruppen innebär att vissa personer kommer att exkluderas. Även dessa personer kan ha stora och skiftande behov av insatser från kommun och landsting. Huvudmännens ansvar omfattar naturligtvis även dessa personer, trots att de inte inkluderas i den specifika målgrupp som här definieras.

En person har ett psykiskt funktionshinder om hon eller han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och om dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.
(SOU 2006:100 s. 325)

Anpassning av Nationell psykiatrisamordnings definition till Socialstyrelsens termbank

Socialstyrelsen har valt att utgå från Nationell psykiatrisamordnings definition. En anpassning av termerna funktionsnedsättning och funktionshinder har dock gjorts utifrån Socialstyrelsens termbank. I oktober 2007 beslutade Terminologirådet vid Socialstyrelsen att förändra definitionen av termen funktionsnedsättning, stryka handikapp som termpost samt införa termen funktionshinder som egen termpost.

Meningen med denna förändring var att tydliggöra distinktionen mellan vad som avser en persons funktionsförmåga och vad som avser problem som uppkommer för en person med funktionsnedsättning i relation till omgivningen. Att uppleva ett funktionshinder innebär således att en person med en funktionsnedsättning möter problem i förhållande till omgivningen, exempelvis på grund av bristande tillgänglighet och andra former av barriärer.

Socialstyrelsens Termbank

Funktionsnedsättning

Definition: nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell förmåga

Kommentar och användningsområde: En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur.

Funktionshinder

Definition: begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen

Kommentar och användningsområde: Exempel på begränsningar är svårigheter att klara sig själv i det dagliga livet och bristande delaktighet i arbetslivet, i sociala relationer, i fritids- och kulturaktiviteter, i utbildning och i demokratiska processer. Det handlar framför allt om bristande tillgänglighet i omgivningen.

Med psykiatrisamordnarens definition av funktionshinder kan termen användas som en benämning på personer, något som inte är möjligt med Socialstyrelsens definition av samma term. Socialstyrelsens definition utgår i stället från att funktionshinder uppkommer genom ett samspel mellan indi-

vid och miljö. Funktionshinder beskriver relationen mellan människa och omgivning och inte egenskaper hos den enskilde. En person kan således inte *ha* ett funktionshinder, eller *vara* funktionshindrad. Att endast byta ut funktionshinder i psykiatrisamordnarens definition mot funktionsnedsättning är inte heller möjligt. Anledningen till detta är att psykiatrisamordnarens definition avser en mer avgränsad grupp där krav bland annat ställs på att svårigheterna ska vara väsentliga och ha en viss varaktighet, något som inte inryms i Socialstyrelsens definition av funktionsnedsättning.

Ett alternativ till psykiatrisamordnarens definition utifrån den nya terminologin innebär således en viss språklig förändring. Den förändrade lydelsen innebär dock inte en utvidgning eller inskränkning av den kategori personer som Psykiatrisamordnaren avsåg att beskriva.

Den målgrupp som Nationella psykiatrisamordnaren 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.

Nedan följer en beskrivning av kriterierna för den definition som togs fram av Nationell psykiatrisamordning [19]. Kriterierna är även giltiga för den alternativa definition som Socialstyrelsen formulerat.

Åldersgränser

Definitionen begränsades inte till vissa åldersgrupper. I praktiken kommer dock barn upp till grundskoleåldern (16 år) inte att innefattas, eftersom de livsområden som är aktuella vanligen associeras till vuxenlivet.

Viktiga livsområden

Exempel på viktiga livsområden är de som handlar om en persons basala liv i samhället: boende, studier, arbete, sysselsättning, social gemenskap/relationer, fritid. I första hand avses med ”viktiga livsområden” de områden där individen själv anger delaktighetsinskränkningar. Det finns även situationer där omgivningen kan identifiera aktivitetsinskränkningar hos en individ utan att individen själv skulle ange att detta innebär något problem som påverkar hans eller hennes delaktighet negativt (till exempel nedsatt förmåga att sköta personlig hygien, sköta sin bostad eller reglera sitt beteende så att andra inte blir störda).

Väsentlig svårighet

En svårighet är väsentlig i kraft av att den omöjliggör ett självständigt liv ute i samhället. Den kan också vara väsentlig därför att den drabbar ett livsområde som är särskilt viktigt för den enskilde.

Varaktighet

Varaktighetskriteriet innebär en påtaglig aktivitetsbegränsning under minst ett år. Det gäller både om en person haft denna begränsning under minst ett år eller om personen kan bedömas få en förutsedd begränsning under en avsevärd, minst årslång period. Den psykiska sjukdomen hos vissa personer har återkommande, periodvisa förlopp. Även om en individ har ett sådant sjukdomstillstånd, kan han eller hon vara en person med psykiskt funktionshinder om konsekvenserna av sjukdomen är av långvarigare natur.

Konsekvens av psykisk störning

Grundprincipen är att alla tillstånd som diagnostiserats (eller som kan ha diagnostiserats) som psykiska sjukdomar ingår som möjliga att ge konsekvensen psykiskt funktionshinder. Erfarenhetsmässigt kommer gruppen att domineras av personer med psykossjukdom, personlighetsstörning eller allvarligare affektivt syndrom. Även högfungerande personer (utan utvecklingsstörning) med ett neuropsykiatriskt tillstånd ingår. Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk sjukdom ingår också.

Nationell psykiatrisamordning angav vidare ett antal tillstånd som inte skulle ingå i de psykiska sjukdomar som enligt definitionen kunde ge konsekvensen psykiskt funktionshinder. De är:

- missbruk/beroende av alkohol eller andra droger (utan psykiatrisk samsjuklighet)
- psykisk utvecklingsstörning (tidigare benämnd ”begåvningshandikapp”, sänkt kognitiv förmåga) utan samtidig psykisk sjukdom
- psykiatriska tillstånd som enligt sin diagnostiska definition är kortvariga och av övergående natur, exempelvis diagnosen akut stressyndrom/anpassningsstörning
- demenssjukdomarna, exempelvis Alzheimers sjukdom utan annan samtidig psykisk sjukdom.

Den psykiska sjukdomen som har diagnostiserats (eller som kunde ha diagnostiserats) är ett nödvändigt men inte tillräckligt villkor för att någon ska ingå i gruppen personer med psykiskt funktionshinder. Tillsammans med den psykiska sjukdomens konsekvenser kan olika andra sjukdomar, personliga faktorer, eller faktorer i omgivningen bidra till den situation som kan leda till psykiskt funktionshinder för individen.

Det innebär att de tillstånd som ofta ges samlingsnamnet ”neuropsykiatriska störningar/funktionshinder” (till exempel Aspergers syndrom eller andra autismspektrumsstörningar) ingår, i de fall personen är ”högfungerande”, alltså inte lider av påtaglig utvecklingsstörning.

Vissa förvärvade eller medfödda psykiatriska tillstånd med klarlagd organisk bakgrund ingår också, till exempel posttraumatiska hjärnskador, restillstånd efter cirkulationsstörningar i hjärnan och varaktiga psykiatriska tillstånd som en följd av svår epilepsi. Långvariga och genomgripande psykiska stresstillstånd, som vid diagnosen PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) och ”utmattningsdepression” ingår även i den grupp störningar som kan ge konsekvensen psykiskt funktionshinder.

Psykiatrireformens målgrupp

Målgruppen för psykiatrireformen avgränsades till ”psykiskt störda” personer med långvariga och allvarliga funktionsnedsättningar, som behövde stöd- och vårdinsatser för att kompensera dessa (prop. 1993/94:218 s. 14). Psykiatriutredningen ansåg att kriteriet för att tillhöra gruppen psykisk långtidssjuka borde vara en långvarig nedsättning av den sociala funktionsförmågan till följd av psykisk störning. Undantagna från denna personkrets skulle vara personer med åldersdemens, personer med psykisk utvecklingsstörning och alla under 18 år. Utredningen beräknade att gruppen långvarigt och allvarligt psykiskt störda, som kunde behöva stöd inom boende- och sysselsättningsområdet samt stöd för att behålla ett socialt nätverk var cirka 20 000 personer (SOU 1992:73 s. 15).

I propositionen (prop. 1993/94:218 s. 13–15) lyfte regeringen framför allt fram de psykotiska störningarna, som ofta innebär långvariga, ibland livslånga förlopp. Detta gäller särskilt sjukdomar som schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Psykossjukdomar påverkar ofta hela personligheten och medför funktionsnedsättningar som kan bli varaktiga. I Psykiatriutredningens slutbetänkande (SOU 1992:73 s. 112–116) beskrevs några karaktäristiska funktionsnedsättningar. De var initiativlöshet och apati, psykisk sårbarhet, kontaktskygghet och tillbakadragenhet, oförmåga att uthärda ensamhet till exempel isolering i den egna bostaden, ritualism, kvarstående sjukdomssymtom som exempelvis hörselhallucinationer och vanföreställningar samt en oförmåga att omsätta kunskaper och överföra uppnådda färdigheter från en situation till en annan.

I propositionen nämndes också att en del ”fobiska tillstånd och grava neuroser” kan leda till långvariga – men begränsade – funktionsnedsättningar, vilka ofta kan kompenseras genom olika stödinsatser.

När det gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen angav dock regeringen en vidare målgrupp i propositionen, och avsåg människor med alla typer och grader av psykisk störning, vilket innebär ett betydligt högre antal personer (prop. 1993/94:218 s. 50–52).

Socialstyrelsens tidigare definition av psykiatrireformens målgrupp

När målgruppen inventerades i samband med psykiatrireformen hade ungefär hälften av de personer som inventerades en psykosdiagnos. Den andra hälften hade personlighetsstörning, ångest och depression m.m. Utifrån dessa inventeringar uppskattade Socialstyrelsen att antalet personer i målgruppen var 40 000 till 46 000. Socialstyrelsen menade att personkretsen hade utvidgats jämfört med vad som angavs i Psykiatriutredningen [16]. Myndighetens definition av målgruppen löd:

Personer 18 år och äldre med svår psykisk störning/sjukdom som orsakat en funktionsnedsättning med förlust av förmågan (funktionshinder) i sådan grad att det inverkar på den dagliga livsföringen (sociala konsekvenser) och att detta handikapp bedöms bli långvarigt (minst ½ år).

Personer med utvecklingsstörning eller åldersdemens ingick inte, medan psykiskt störda missbrukare ingick.

Socialstyrelsen använde definitionen i sin utvärdering av psykiatrireformen, och den var underlag för flera av de inventeringar som genomfördes. Myndigheten gjorde senare en omformulering av definitionen:

Med personer med psykiska funktionshinder avses personer som är 18 år och äldre och som på grund av sin psykiska störning har en funktionsnedsättning som är så omfattande att de har svårt att klara det dagliga livet och därför har behov av vård-, stöd- och/eller omsorgsinsatser.

Undergrupper

I en utvärderingsrapport [16] lyfte Socialstyrelsen fram några viktiga delgrupper som lätt kunde förbises vid inventeringar och uppsökande verksamhet trots att de ansågs ingå i psykiatrireformens målgrupp. De var:

- *Personer med ett psykiskt funktionshinder som inte är stadigvarande men som tidvis eller i vissa situationer påverkar personens delaktighet i samhället, till exempel i arbetslivet*

I gruppen ingick exempelvis personer med svåra men övergående depressionstillstånd, eller de med uttalade fobier som har regelbunden kontakt med den psykiatriska öppenvården.

- *Personer med psykiskt funktionshinder som också har annan sjukdom*

Till gruppen räknades de med dubbla diagnoser såsom missbruk eller utvecklingsstörning och annan samtidig allvarlig psykisk störning.

- *Unga personer som varit aktuella inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården*

Denna undergrupp gällde personer i åldrarna 18–20 år som riskerade hamna utanför vården i det skede vuxenpsykiatri tar över vården efter barn- och ungdomspsykiatri.

- *Äldre personer med psykiskt funktionshinder som har omfattande omsorgsbehov*

I gruppen ingick personer som ofta var kända av socialtjänsten. Socialstyrelsen ansåg dock att det fanns en stor risk för att de inte fick tillräcklig psykiatrisk behandling och menade att det exempelvis kunde finnas en betydande andel personer med odiagnostiserade och obehandlade depressionstillstånd.

Från en homogen grupp till en betydligt mer heterogen grupp

I boken *Psykiska funktionshinder i samhället* [12] och Socialstyrelsens vägledning *Det är mitt hem* [11] redovisas flera undersökningar som belyser hur kommunens målgrupp har förändrats över tid. En ny bild av målgruppen har vuxit fram. Från att i huvudsak ha haft en gemensam behovsprofil uppfattas

målgruppen i kommunerna ha blivit allt mer heterogen. Även nya grupper har identifierats.

En studie [12] beskriver att den ”historiska målgruppen” som övergick från landstingspsykiatri till kommunen när psykiatrireformen trädde i kraft har ersatts av en heterogen grupp med varierande social situation och med olika relationer till både stödsystemens aktörer och samhället i övrigt. Gruppen består av en bred samling individer med olika problem och med skiftande behov, vars behov och funktionsförmåga varierar över tid. Gruppen finns som ”ärenden” utspridda på ett flertal myndigheter. De individer som utgör gruppen söker många gånger någonting som socialpsykiatriens utbud av verksamheter och insatser inte kan tillgodose.

Personalen i kommunerna har i en undersökning beskrivit [11] att ganska många personer med neuropsykiatriska tillstånd som autismspektrumstörningar eller Aspergers syndrom nu söker bistånd hos socialtjänsten. Personalen i undersökningen påtalade även att rätt många av de personer som de tog emot vid psykiatrireformens början nu var äldre än 65 år med fler somatiska besvär. Personalen kände dock en osäkerhet kring vilka äldre som hade en psykisk funktionsnedsättning. De personer som tidigare i livet hade haft en psykisk sjukdom ansågs ingå i gruppen. En större osäkerhet rådde dock kring de äldre som i samband med åldrandet kunde drabbas av psykisk sjukdom och funktionsnedsättning.

Ny grupp unga personer med annorlunda diagnosprofil

Även en ny grupp unga personer (18–35 år) med delvis annorlunda problematik beskrivs i tidigare nämnda undersökningar [11,12]. De tillhör en ny generation, med liten eller ingen erfarenhet av slutenvård. Personerna i gruppen har främst diagnoser som ångestsyndrom och personlighetsstörning, men de kan också ha en neuropsykiatrisk problematik. Den nya gruppen består delvis av socialt komplicerade fall, med missbruk och problematiska sociala nätverk, där även kriminalitet finns med i bilden. Det förekommer även problem med självskadebeteende. Dessa personer har helt andra erfarenheter, men upplever funktionsnedsättningar och har svårt att klara sig i samhället.

Den unga gruppen beskrivs vidare ställa andra krav på stöd och service från samhället än de äldre. Många har svårt att engagera sig i och känna sig attraherade av de befintliga socialpsykiatriska verksamheterna. De föredrar exempelvis komvux för att fortsätta med den utbildning som de har tvingats avbryta på grund av sjukdom. Personer i den unga gruppen har inte heller alltid kontakt med den psykiatriska vården. Ibland söker de boendestöd hos kommunerna.

En bred och vandrande grupp

Boken *Psykiska funktionshinder i samhället* [12] refererar till en studie som David Rosenberg genomförde i två kommuner. I studien inventerades vilka som tillhörde målgruppen, och en bedömning gjordes av vilka behov dessa personer hade. Inventeringen hade ett brett och uppsökande angreppssätt. Antalet individer som identifierades tillhöra målgruppen motsvarade 1,20

procent av den vuxna befolkningen, vilket var betydligt fler än i tidigare genomförda inventeringar i samband med psykiatrireformen. Studien visade bland annat att den inventerade målgruppen hade kontakt med flera olika välfärdsaktörer. Många rörde sig i ett ingenmansland eller i en gråzon mellan olika stödkontakter.

I studien konstaterades att det i en inventering kan vara svårt att fånga upp personer som vandrar mellan myndigheterna och tackar nej till kommunens insatser. Många av dessa personer tillhör en "riskgrupp" eller en "återhämtningsgrupp". Den senare är en grupp personer som står i begrepp att ta sig in på relevanta samhällsarenor och exempelvis behöver en samordnad och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Vilka organisationer hade den identifierade målgruppen kontakt med?

En analys av insamlade uppgifter i ovanstående studie [12] gjordes för att få en mer nyanserad bild av hur enskilda personer i målgruppen "vandrade" mellan olika organisationer på välfärdsområdet. Hela 44 procent av de personer som identifierades i inventeringen hade kontakt med andra aktörer än landstingets psykiatri eller kommunens socialpsykiatri. Nästan 18 procent av dem som bedömdes ha allvarliga psykiska funktionshinder hade enbart kontakt med Arbetsförmedlingen, och cirka sju procent med primärvården. Knappt 18 procent hade aktiv kontakt med individ- och familjeomsorgen och ingen aktuell kontakt med socialpsykiatrin i kommunen.

Särskilt unga vuxna sökte utbildning eller arbetslivsinriktad rehabilitering på Arbetsförmedlingen. De avvisade enligt handläggarna psykiatris försök att få dem att delta i kommunens verksamheter för sysselsättning. De unga upplevde dessa verksamheter som ett "vuxendagis".

Andra, som enbart hade kontakt med individ- och familjeomsorgen, sökte oftast ekonomiskt bistånd. I åldersgruppen 18–39 år hade 29 procent kontakt med individ- och familjeomsorgen. De tillhörde enligt socialsekreterarna en riskgrupp som inte hade blivit klassificerad som sjuk, men som enligt deras bedömning hade allvarliga psykiska funktionshinder.

Svårigheter att identifiera målgruppen

De nya grupper som kommunerna talar om och den bild som träder fram av en grupp som vandrar mellan välfärdens aktörer belyser svårigheten att identifiera de personer som tillhör målgruppen. Det finns en uppenbar risk för att personer i målgruppen som har kontakt med Arbetsförmedlingen, komvux osv. inte identifieras i en inventering som genomförs i samarbete mellan kommun och landsting. Även de personer som har kontakt med andra delar av kommunens organisation än den socialpsykiatriska verksamheten riskerar att inte identifieras. Välfärdssystemets struktur och kommunernas organisering påverkar sannolikt vilka personer som fångas upp och hur målgruppen avgränsas och bestäms. Till detta kommer svårigheten att identifiera personer som befinner sig i en gråzon mellan olika organisationer och verksamheter.

Kommunens storlek och organisering påverkar hur målgruppen avgränsas och identifieras

Undersökningsmaterialet i den tidigare nämnda studien [12] indikerar att de personer som har kallats psykiatireformens kärngrupp, personer med psykossjukdom och en historia av långa vårdtider samt omfattande behov av omsorg "sitter säkert" inom de mer specialiserade socialpsykiatriska organisationerna. Men det finns nya målgrupper med andra behov och annan typ av psykisk ohälsa som inte har någon självklar hemvist i kommunens organisation. Det gör det svårare att identifiera dessa nya grupper som en del av målgruppen, vilket i sin tur kan medföra att de inte får tillgång till kommunens insatskarta för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Undersökningen [12] visar också att små kommuner saknar möjlighet att specialisera stödet till personer med psykisk funktionsnedsättning. Å andra sidan är personalen i små kommuner oftare generalister, vilket innebär att själva organisationen inte utgör ett hinder för att identifiera målgruppen. I kommuner med en mer välutvecklad funktionsindelning i äldre-, handikappomsorg samt individ- och familjeomsorg ökar dock svårigheterna. En sådan organisation kräver särskilda funktioner eller former för en samordning eller samverkan kring målgruppen för att den ska bli lättare att identifiera.

Mellanstora kommuner och stadsdelar beskrevs i studien [12] ha en specialiserad organisation, typ socialpsykiatriska enheter, och hade ofta en tydlig inriktning på den historiska målgruppen. Några större städer hade en särskild organisation för insatserna till målgruppen med ansvar för både biståndsbedömning och verkställighet. I denna specialistorganisation avgränsades målgruppen till personer med omfattande och långvariga konsekvenser av främst psykossjukdom. Neuropsykiatriska tillstånd, självskadebeteende, psykiska svårigheter kombinerat med missbruk och kriminalitet var problem som beskrevs och som inte hade någon självklar hemvist inom någon specifik del av socialtjänsten.

Hur identifieras målgruppen i kommunens verksamhet – pilotundersökning i åtta kommuner

Som underlag för en utveckling av socialtjänststatistiken genomförde Socialstyrelsen våren 2010 en pilotundersökning av socialtjänstens möjligheter att identifiera personer med psykisk funktionsnedsättning i sin verksamhet. Undersökningen genomfördes i form av gruppintervjuer med personal och chefer i åtta kommuner² belägna i olika delar av landet. Avsikten var att belysa de problem som var förknippade med att identifiera målgruppen i socialtjänstens verksamhet.

Nästan alla kommuner som ingick i undersökningen hade särskilda resurser för personer med psykisk funktionsnedsättning, till exempel en socialpsykiatrisk verksamhet eller personal med specifika funktioner i förhållande till målgruppen. Det fanns ofta specialiserad utförarpersonal medan biståndshandläggare hade ansvar för flera olika målgrupper. Personer som tillhörde målgruppen hade kontakt med alla delar av kommunernas verk-

² Heby, Karlstad, Katrineholm, Kumla, Sundbyberg, Svedala, Örebro och Östersund

samhet såsom äldreomsorgen, individ- och familjeomsorgen och handikappomsorgen alternativt verksamhet för vård och omsorg.

En allmän slutsats från undersökningen var att möjligheten att identifiera målgruppen i kommunernas verksamhet var intimt förknippad med kommunens organisering. Kommuner som hade inrättat en socialpsykiatrisk enhet hade tydliga incitament att identifiera personer med behov av enhetens insatser. De personer som inte bedömdes ha behov av denna enhets insatser identifierades därmed inte som en del av målgruppen. Dessa kommuner tenderade således att avgränsa målgruppen utifrån personer som hade behov av de specifika socialpsykiatriska insatser som förmedlades i en särskild del av organisationen.

Kommunernas individ- och familjeomsorg, IFO (ekonomiskt bistånd), hade betydligt svårare att beskriva målgruppen och bedöma dess behov av insatser. Enligt den intervjuade personalen berodde detta på att kunskapen om målgruppen ofta var begränsad i denna del av kommunens verksamhet. Det gällde till exempel yngre personer som kunde antas tillhöra målgruppen, men där arbetet fokuserades på rehabiliteringsinsatser till arbete och egen försörjning.

Enskilda personer som aktualiserades av psykiatrin eller som själva sökte bistånd tillsammans med en anhörig eller ett personligt ombud bedömdes av personalen tillhöra målgruppen redan då ärendet aktualiserades. Vissa kommuner begärde in ett särskilt underlag från psykiatrin i samband med utredningen.

I övrigt betonade den intervjuade personalen betydelsen av en tydlig definition som kan användas för att identifiera enskilda personer i målgruppen i kommunens olika verksamheter. De undersökta kommunerna använde den definition som Nationell psykiatrisamordning formulerat. Hur väl man kände till definitionen varierade dock mellan kommunens skilda verksamheter, bland annat på grund av en bristande samverkan mellan kommunens olika delar.

Erfarenheter från sju lokala utvecklingsprojekt

I maj 2006 bjöds samtliga kommuner in att delta i det utvecklingsarbete som Nationell psykiatrisamordning initierat och avsatt medel för: *Stöd till kommunernas inventering och uppsökande verksamheter för personer med psykiska funktionshinder*. Socialstyrelsen fick uppdraget att genomföra utvecklingsarbetet. Ett antal projekt valdes utifrån kommunstorlek och geografisk spridning och tilldelades särskilda medel för att utveckla den inventerande och uppsökande verksamheten. De utvalda projekten var:

- *Södertörn*
Värmdö kommun i samverkan med Tyresö, Nacka, Haninge, Huddinge och Nynäshamn samt Psykiatri Sydöst i Stockholms läns landsting (projektets huvudman: Samverkansgrupp på chefsnivå)
- *Västra Götalandsregionen (KOSAM³)*
Mölndals psykiatri (projektets huvudman) i samverkan med kommunerna Mölndal, Härryda, Partille och Öckerö samt Västra Götalandsregionen (Sahlgrenska universitetssjukhuset) och primärvården Södra Bohuslän
- *Östra Norrbotten*
Kommunerna i Övertorneå, Kalix, Övertorneå och Haparanda (Övertorneå kommun var projektets huvudman vid ansökningstillfället men huvudmannaskapet flyttades senare över till Övertorneå kommun)
- *Umeå*
Umeå kommun (projektets huvudman) i samverkan med Västerbottens läns landsting
- *Gotland*
Gotland med ansvar för både primärkommunala uppgifter och landstingets uppgifter (projektets huvudman var socialtjänstförvaltningen)
- *Göteborgs stad Centrum*
Stadsdelsförvaltningen - Göteborgs stad/Centrum (projektets huvudman)
- *Kristianstad*
Kristianstads kommun (projektets huvudman) i samverkan med Region Skåne, primärvården, Arbetsförmedlingen och Stadsmissionen.

³ I en samverkansgrupp kallad KOSAM (Kommuner och sjukvård i samverkan) ingår verksamhetscheferna i kommunerna Härryda, Mölndal, Partille och Öckerö tillsammans med verksamhetscheferna i SU/Mölndal Psykiatri, Neuropsykiatri och primärvården samt biträdande verksamhetschef för SU/Psykiatri Beroendekliniken

De lokala projekten avslutade sitt utvecklingsarbete under år 2008, men deltog fortsättningsvis i arbetet med att utveckla ett enhetligt inventeringsverktyg. Redovisningen omfattar sammanlagt erfarenheterna från 17 kommuner och fem landsting samt Gotland med ansvar för både primärkommunala uppgifter och landstingets uppgifter.

Dokumentation av det lokala utvecklingsarbetet

Det lokala utvecklingsarbetet har dokumenterats med stöd av en utarbetad mall som beskriver hela inventeringsprocessen från planering till sammanställning av resultatet. Följande områden ingick i dokumentationsmallen:

- Allmänt om inventeringsprojektet
- Förankrings- och planeringsarbete
- Syfte och mål
- Personal med ansvar för inventeringen
- Organisation och organisering
- Inventeringens uppläggning, metod och genomförande
- Databearbetning, analys och resultatredovisning
- Värdering av utvecklingsarbetet och utvärdering av inventeringen i förhållande till projektets syfte och mål
- Svårigheter i inventeringsarbetet och frågeställningar som är centrala för det framtida inventeringsarbetet.

Hur startade inventeringen?

Det var framför allt kommunerna som tog initiativet till att genomföra en inventering. I några fall kom initiativet från en samverkansgrupp med representanter från kommunernas och landstingens ledning. Endast i ett fall beslöt socialnämnden att en inventering skulle genomföras.

Projekten beskrev bakgrunden till inventeringen på olika sätt. I några fall hade tillsynen ställt krav på att kommunen skulle skaffa sig en god kännedom om målgruppens behov. I andra fall lyfte projekten fram behovet av ett gemensamt planeringsunderlag som kunde användas för att utveckla både samverkan och insatserna för personer med psykisk funktionsnedsättning. Ett viktigt skäl till att göra en inventering var också behovet av att använda de gemensamma resurserna på ett effektivare sätt.

En eller flera tjänstemän med placering i den centrala förvaltningen hos en av de deltagande huvudmännen fick i uppdrag att genomföra inventeringen. Dessa personer benämndes ofta projektledare, och ansvarade för planering och genomförande samt för bearbetning, analys och sammanställning av inventeringsdata. Denna sammanställning utgjorde sedan ett underlag för ledningens planering av verksamheten.

Vilka huvudmän deltog i inventeringen?

En central fråga i de lokala projekten var hur de skulle kunna engagera relevanta huvudmän att delta i inventeringen. Flera projekt hade försökt engagera Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen utan resultat. Motiveringen från dessa huvudmän var bland annat tidsbrist och svårigheter att identifiera målgruppen i verksamheten. Även primärvården och i något fall även psykiatri var svåra att motivera till ett deltagande. Från landstinget deltog den psykiatriska verksamheten i samtliga sju projekt. I några fall deltog primärvården och beroendevården. Från kommunerna deltog olika delar av socialtjänsten som individ- och familjeomsorg, omsorgen om funktionshindrade och äldreomsorgen.

Hur planerades och förankrades inventeringen?

Inventeringsprojekten ansåg att inventeringen endast kunde bli framgångsrik om den planerades noggrant och förankrades hos berörda huvudmän och verksamheter. I sin uppföljning av utvecklingsarbetet lyfte projekten fram de svårigheter de mött i förankringsarbetet. De ansåg även att de ägnat för lite tid åt denna del i inventeringsprocessen.

De svårigheter projekten beskrev hängde delvis samman med en bristande tydlighet i ledningens uppdrag och en avsaknad av politiska beslut. Projektet framhöll att utan ett tydligt inventeringsuppdrag fanns stora risker för att inventeringsresultatet skulle få en mer marginell betydelse för verksamhetsplaneringen och utvecklingen av verksamheterna. De konstaterade att det krävs en budgetmässig framförhållning för de åtgärder som en inventering kan leda till. Tre av projekten förankrade inventeringen hos socialnämnden och ett av projekten även hos hälso- och sjukvårdsutskottet i landstinget.

Förankringsarbetet handlade dels om allmänna informationsinsatser, dels om att ge de deltagande huvudmännen och verksamheterna möjligheter att diskutera inventeringen. Kommuninvånarna fick information om inventeringen på kommunernas webbplatser. Däremot tog projekten inte fram riktad information till berörda personer i målgruppen och deras anhöriga. Brukar- och anhängigorganisationer fick dock information om inventeringen inom ramen för de samverkansformer som de olika projekten använde.

Projektledarna i samtliga projekt tog fram en plan för inventeringen som i regel godkändes av projektens styrgrupp. Planen omfattade den metodik som valts, hur inventeringen skulle genomföras och sammanställas samt de resurser som behövde avsättas för arbetet. Planen byggde på omfattande diskussioner i projektens arbetsgrupper, bland annat kring frågor om målgruppens avgränsning, hur datainsamlingen skulle organiseras och förankras hos uppgiftslämnarna och hur bestämmelserna om sekretess och Personuppgiftslagen skulle hanteras.

Vilket syfte och vilka mål formulerades för inventeringen?

De lokala inventeringsprojekten formulerade mestadels sitt syfte i termer av att skaffa sig en god kunskap om målgruppens storlek, livssituation och be-

hov av insatser. Denna kunskap skulle sedan ligga till grund för en förbättrad planering av kommunens och psykiatrins verksamhet, ett förbättrat samarbete dem emellan och en samsyn kring målgruppen. Några av utvecklingsprojekten angav att ett av syftena också var att undersöka enskildas egna önskemål om en förändrad livssituation, möjlighet till inflytande och delaktighet samt tillfredsställelse med insatserna. Ett delsyfte med några inventeringar var vidare att få ett bättre underlag för att utveckla det uppsökande arbetet. Det ansågs nämligen angeläget att också nå personer i målgruppen som inte var kända inom verksamheterna.

Projekten såg inventeringen som en del i verksamhetsutvecklingen och underströk att inventeringsarbetet skulle mynna ut i konkreta förslag till åtgärder eller handlingsplaner för att bygga upp en verksamhet som bättre motsvarade målgruppens behov. Inventeringen skulle kunna ge svar på viktiga frågor: Hur ser målgruppens behov av insatser ut i förhållande till huvudmännens utbud? Vilka insatser saknas? Var finns de största bristerna? Vilka resurser och arbetsmetoder finns hos verksamheterna och vad behöver byggas ut? Inventeringsresultatet skulle också kunna ge en bild av hur behoven såg ut i olika åldrar, om det fanns skillnader i mäns och kvinnors behov eller om vissa riskgrupper kunde identifieras.

Förutom att inventeringen skulle ge ett underlag för planering och utveckling av verksamheten ansåg projekten att det var viktigt att kunna jämföra resultaten med tidigare inventeringar, ”få siffror på om något hänt”, samt att kunna jämföra med resultaten av inventeringar i andra kommuner och lands-ting.

Hur diskuterades sekretess- och personuppgiftsfrågorna?

Många av projekten lyfte upp svårigheterna med att behandla sekretess- och personuppgiftsfrågor i inventeringsarbetet och ansåg att dessa frågor behövde klargöras. Huvudfrågan var hur bestämmelserna i lagstiftningen skulle hanteras, så att personer i inventeringsmaterialet inte blev dubbelräknade. Flera projekt löste uppgiften genom att skapa olika typer av koder som varje uppgiftslämnare fick fylla i. Koderna förstördes efter att ”dubblerna” hanterats när uppgifterna sammanfogades i en gemensam databas. Samtliga projekt markerade vikten av att de sammanställda uppgifterna inte skulle gå att härleda till enskilda personer. För de små kommunerna med ett mindre antal personer i målgruppen var frågan särskilt viktig.

Samtliga projekt diskuterade även möjligheten att begära samtycke från den enskilde. Detta bedömdes dock vara alltför tidskrävande samtidigt som bortfallet riskerade att bli stort, vilket skulle minska resultatets tillförlitlighet.

Vilka etiska frågor diskuterades i det lokala utvecklingsarbetet?

De lokala utvecklingsprojekten menade att det fanns flera etiska dilemman som behövde diskuteras innan inventeringen genomfördes, och då helst i

samarbete med berörda brukar- och anhörigorganisationer. En insamling av personliga uppgifter ansågs inte vara försvarbar om det inte också fanns en tydlig beredskap att använda materialet för att förbättra verksamheten utifrån målgruppens behov. Uppgiftsinsamlingen skulle annars riskera att upplevas negativt av målgruppen och deras anhöriga.

Vidare ansåg några projekt att en inventering som även omfattar personer som inte är kända hos kommuner och landsting endast är etiskt försvarbar om huvudmännen också har en god beredskap för att erbjuda dessa personer vård och stöd. Ett projekt föreslog att det skulle finnas möjlighet för den enskilde att göra en markering på frågeformuläret om att han eller hon ville bli kontaktad för att diskutera behovet av vård och stöd.

Hur organiserades arbetet med inventeringen?

Inventeringsprojekten organiserade sitt arbete i olika kombinationer av styrgrupper, arbetsgrupper och referensgrupper. Samtliga utvecklingsprojekt hade någon form av styrgrupp. Några projekt valde att ha en mindre styrgrupp som också fungerade som en arbetande grupp. Andra projekt med fler deltagande kommuner lade det styrande mandatet på en större grupp, ofta på en redan etablerad samverkansgrupp. Styrgrupperna hade förutom sin beslutade roll också en viktig uppgift, nämligen att säkerställa tillgången till tid och resurser för inventeringen. Därutöver ansågs styrgruppens roll vara avgörande för att resultaten skulle efterfrågas och komma till användning i styrningen av verksamheterna.

De flesta utvecklingsprojekt tillsatte en särskild arbetsgrupp för att planera och genomföra inventeringen. I några fall arbetade projektledaren mer ensam, men hade då möjlighet att diskutera frågor med en tillsatt referensgrupp. Projekten tillsatte referensgrupper som oftast bestod av representanter från brukar- och anhörigföreningar alternativt enskilda brukare. De anlätade även brukarråd som referensgrupp eller andra grupper inom ramen för Miltonprojekten⁴ samt redan etablerade ledningsgrupper för personliga ombud.

Samverkan mellan deltagande huvudmän och brukar- och anhörigorganisationerna

De huvudmän som deltog i inventeringen samverkade framför allt inom ramen för de styr- och arbetsgrupper som hade bildats, alternativt inom etablerade samverkansforum. Några projekt anordnade särskilda samverkansträffar. Samverkan bestod av diskussion och reflektion kring olika delar i inventeringsprocessen: projektets planering, genomförande och resultatredovisning.

Samtliga utvecklingsprojekt utom två hade ett samarbete med brukar- och anhörigorganisationerna på psykiatriområdet. Samarbetet skedde framför allt med lokala föreningar inom Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) och Schizofreniförbundet. Även organisationer som OCD-

⁴ Projekt som hade erhållit medel från Nationell psykiatrisamordning för olika typer av utvecklingsarbete

förening, Ananke, ÅSS (Ångestsyndromsällskapet) och Attention fanns med bland de organisationer som nämndes. Ett av projekten höll regelbundna träffar med representanter från brukar- och anhörigorganisationerna en gång i månaden under projektperioden.

Hur definierades och avgränsades målgruppen för inventeringen?

De lokala utvecklingsprojekten använde dels den definition av målgruppen som Nationell psykiatrisamordning utformat, dels den definition som Socialstyrelsen tidigare använt. Att i framtiden använda en gemensam och etablerad definition i inventeringsarbetet ansågs öka möjligheten att göra inventeringsresultaten mer jämförbara.

Projekten avgränsade målgruppen för inventeringen på olika sätt. Det handlade dels om en avgränsning utifrån ålder, dels om en avgränsning utifrån skilda ambitioner att identifiera så stor del av målgruppen som möjligt. I några projekt omfattade inventeringen personer 18 år och äldre medan andra avgränsade gruppen till personer mellan 18 och 65 år. Samtliga inventeringsprojekt avsåg att ge en bild av den del av målgruppen som hade kontakt med socialtjänsten och psykiatrin. Flera av projekten inkluderade också de personer som var kända hos primärvården. Risker för att inte hitta unga personer med psykisk funktionsnedsättning ansågs vara stor. Genom den avgränsning som gjordes riskerade man att inte identifiera personer som enbart hade kontakt med primärvården, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen.

Samtliga projekt diskuterade dock hur de skulle kunna hitta personer i målgruppen som saknade adekvat kontakt med olika delar av vård- och stödsystemet och som därför inte fick sina behov tillgodosedda. Några projekt prövade att identifiera "ej kända" personer genom att samarbeta med brukar- och anhörigorganisationerna. Ett annat sätt var att inkludera personer som deltog i olika former av öppna verksamheter.

Vilken metodik för inventeringen valdes?

De flesta av projekten valde en så kallad case finding-metodik, dock med olika ambition att inkludera olika delar av vård- och stödsystemet. Det innebär att man samlade in uppgifter om de personer som identifierades tillhöra målgruppen via en enkät ställd till personal i de verksamheter som deltog i inventeringen. Det förekom också att uppgifter samlades in direkt från enskilda personer i målgruppen. Några av projekten använde tekniska lösningar som webbenkät och Excelformulär för att samla in data.

Ett inventeringsprojekt valde att inventera en delgrupp, "Unga vuxna mellan 20 och 29 år", och genomförde sin inventering i flera steg. I det första steget omfattade inventeringen endast de personer som hade kontakt med kommunens verksamhet. Nästa steg var en fördjupad kartläggning av behovet av sysselsättning och arbete för personer mellan 16 och 25 år med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt av deras sjukvårdskontakter. Denna del av kartläggningen gjordes tillsammans med psykiatrin.

En av inventeringarna baserades på en registerstudie där man använde data från den lokala socialtjänststatistiken och hälso- och sjukvårdsstatistiken på psykiatriområdet.

Några centrala metodikfrågor

Vilka ska lämna uppgifter om enskilda personer i inventeringen?

En fråga som diskuterades var vems uppgifter (personalens eller enskildas) som var mest tillförlitliga för att ge en bild av målgruppens livssituation och behov av insatser. De flesta projekt valde att samla in uppgifter från personal hos deltagande huvudmän. I tre projekt samlades uppgifter in från både personal och enskilda själva. Ett projekt valde att endast samla in uppgifter från enskilda och hade mer karaktär av en undersökning av de enskildas upplevelse av sin livssituation och sitt behov av insatser än en inventering.

Hur ska urvalet av uppgiftslämnare göras?

Projekten valde ett mer eller mindre brett urval av verksamheter som skulle delta i inventeringen. Vilka verksamheter som deltog växlade mellan projekten. Exempel på delar av socialtjänsten som deltog var den socialpsykiatriska verksamheten, individ- och familjeomsorgen, omsorgen om funktionshindrade, äldreomsorgen, handläggarenheter och utförarenheter, verksamhet för personliga ombud, enskilda verksamheter för bostad med särskild service osv. I ett projekt deltog även Arbetsförmedlingen och Stadsmissionen. I ett annat deltog kommunens överförmyndare. Uppgiftslämnarna var sedan personal eller enskilda knutna till dessa verksamheter. Personal i den psykiatriska verksamheten valdes till uppgiftslämnare i alla projekt där psykiatrien deltog. Vissa inventeringsprojekt omfattade även personal från primärvården och andra delar av landstingsverksamheten.

Vilka uppgifter ska samlas in?

Projekten lyfte upp behovet av ett enhetligt frågeunderlag. I brist på ett sådant utgick projekten från frågeunderlag som hade använts i andra inventeringar. De gjorde dock vissa justeringar och tillförde specifika frågor av lokalt intresse. De uppgifter som samlades in hade likheter men också rätt stora skillnader. De flesta inventeringar innehöll allmänna bakgrundsuppgifter, frågor om personens livssituation samt förekomsten av individuell planering. Målgruppens hälsosituation fokuserades dock inte i samma utsträckning i inventeringarna. Det gällde exempelvis den somatiska hälsan, missbruksproblem och tandhälsa.

Alla inventeringsprojekt utom ett samlade in omfattande uppgifter om vilka insatser som den enskilde fick i förhållande till ett angivet utbud av insatser från socialtjänst och psykiatri. Frågor om behovet av insatser var i de flesta fall relaterade till dessa insatser. De uppgifter som samlades in var oftast detaljerade. Det gällde framför allt uppgifter kring etablerade insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS). I några fall inventerades också specificerade insatser från primärvård och den somatiska vården till den enskilde samt hans eller hennes behov av dessa insatser. I några projekt ställdes liknande frågor

kring insatser som exempelvis tandvård, god man/förvaltare, hjälpmedel, tolk och externa placeringar. Även frågor kring pågående stöd från frivilligorganisationer och antal personer som deltog i träfflokaler fanns med i något fall.

Förutom uppgifter om specificerade insatser samlade hälften av inventeringsprojekten in uppgifter om målgruppens funktionsnivå alternativt diagnos eller annan problem- och behovsbeskrivning.

De inventeringar som samlade in uppgifter från enskilda innehöll frågor om inflytande och delaktighet, enskildas tillfredsställelse med pågående insatser samt önskemål om en förändrad livssituation.

Hur genomfördes datainsamlingen?

Inventeringsprojekten lyfte upp förberedelserna och organiseringen av datainsamlingen som en viktig del av inventeringsmetodiken. Man tog bland annat upp information om och förankring av inventeringens syfte och användningsområde, samt definition och avgränsning av målgruppen. Informationen ansågs vara avgörande för att skapa en god motivation hos uppgiftslämnarna att delta i inventeringen. Flera av projekten utarbetade särskilda foljebrev till enkäten med information om inventeringen och datainsamlingen. Ett viktigt inslag var att det skulle finnas möjlighet för uppgiftslämnarna att ställa frågor under insamlingsperioden. Det ansågs vara helt nödvändigt för att bortfallet inte skulle bli för stort.

Projekt som endast inventerade personer i målgruppen skrivna i en kommun använde cirka två månader till att samla in uppgifter från deltagande huvudmän och verksamheter. I något fall avsattes ytterligare en månad för att genom påminnelser få in ytterligare svarsformulär. I ett av projekten, där inventeringen omfattade flera kommuner, tog insamlingen av data cirka fyra månader. Det projekt som intervjuade enskilda personer i målgruppen i fyra kommuner behövde däremot betydligt mer tid för datainsamlingen, cirka sex månader.

Hur bearbetades, analyserades och sammanställdes datamaterialet?

Flera av projektledarna upplevde att det var tidskrävande och svårt att sammanfoga data till en databas och att bearbeta dessa i ett statistikprogram. Att hitta ett överskådligt sätt att redovisa datamaterialet på upplevdes också som en svårighet. En stor del av arbetet utfördes manuellt, vilket var tidsödande. Ett av projekten använde ett webbaserat enkätverktyg, vilket gjorde det lättare att sammanställa materialet i en databas. Ett projekt anlidade ett företag för att scanna in enkätformulären och mata in materialet i en databas.

Datamaterialet bearbetades i olika databehandlings- och statistikprogram. I några fall saknade projekten kompetens för detta och anlidade bland annat forskare för hjälp med materialbehandling. Projektledarna beskrev vikten av tillgång till sådan kompetens. Datamaterialet presenterades i tabellform och redovisades i flera fall uppdelat på män och kvinnor och delvis i åldersgrupper. De projekt som hade hämtat in uppgifter från både personal och enskil-

da jämförde i viss utsträckning personalens och enskildas uppfattning om behovet av insatser.

Inventeringsresultaten sammanställdes på olika sätt i olika projekt. Det innebär att det inte gick att jämföra resultaten från de olika inventeringarna. I de fall ett projekt omfattade flera kommuner kunde dock resultaten jämföras mellan deltagande kommuner.

Hur användes resultatet av inventeringarna?

I analysen av datamaterialet deltog i varierande omfattning projektets styrgrupp, arbetsgrupp och referensgrupp. I projektens arbetsgrupper fördes diskussioner om hur problemområden skulle kunna identifieras och resultatet användas för att utveckla verksamheterna.

Det var i regel projektets styrgrupp som hade ansvaret för att ta ställning till hur inventeringsresultatet skulle användas samt att ta fram förslag till en handlingsplan eller ett förbättringsarbete. Styrgruppen avsåg i något fall att använda resultatet som underlag för att äska medel inför kommande år. I andra fall lyfte man särskilda förslag om verksamhetsförbättringar till den politiska ledningen. Ett projekt presenterade behovet av utveckling på ett antal identifierade områden för socialnämnden. Nämnden beslöt att ge förvaltningen i uppdrag att utveckla stödet till personer med psykisk funktionsnedsättning inom dessa utvecklingsområden. I andra fall var inriktningen att resultatet skulle användas som underlag för verksamhetsplanering på enhetsnivå samt för att utveckla det uppsökande arbetet. I de fall det fanns resultat från en tidigare inventering användes underlaget också för att följa upp hur verksamheten utvecklats.

Resultatet av inventeringen redovisades i olika sammanhang och på olika nivåer hos deltagande huvudmän. Ett projekt anordnade en halvdag för chefer och övriga anställda inom psykiatrin där materialet presenterades. Ett annat projekt anordnade en särskild temadag om psykiatrifrågor där de olika huvudmännen deltog.

Hur värderade projekten sitt arbete med inventeringarna?

De flesta inventeringsprojekt uppgav att de i stor utsträckning hade uppnått de mål med inventeringen som inledningsvis hade formulerats. Inventeringen hade gett en god kunskap om målgruppen och en bild av hur stora behoven av insatser var och vilka insatser som saknades. Resultaten var användbara framför allt för kommunernas verksamhetsplanering. De uppfattades även till viss del kunna bidra till en utveckling av den psykiatriska verksamheten.

Några projekt menade dock att de inte hade lyckats identifiera viktiga uppgiftslämnare i den utsträckning de hade hoppats. Projekten framhöll också svårigheterna med att identifiera personer som var okända för kommun och landsting. Trots försök att involvera brukar- och anhörigorganisationer i arbetet hade de inte lyckats med detta. Projekten pekade därför på vikten av ett uppsökande arbete som komplement till inventeringen. De

framhöll att ett uppsökande och informerande arbete var en viktig väg att gå för att hitta fler personer i målgruppen.

Det inventeringsprojekt som byggde på en registerstudie lyckades inte fullfölja de ursprungliga intentionerna. Att använda tillgänglig statistik upplevdes vara problematiskt eftersom det fanns brister i inrapporteringen. De registrerade uppgifterna upplevdes inte stämma med verkligheten.

Det projekt som inriktade sig på att undersöka hur enskilda personer upplevde den vård, stöd och service de fått och behövde för att förändra sin livssituation angav att resultatet inte kunde användas som ett planeringsunderlag. Skälet till detta var att inventeringen kom att omfatta endast personer som var kända hos kommunen och som hade relativt väl fungerande insatser.

Till sist framhöll projekten i sin värdering av utvecklingsarbetet vikten av att ha ett enhetligt instrument som i framtiden möjliggör jämförelser över tid och med andra kommuner.

Behov av enhetlig metodik för inventeringsarbetet

Inventeringar i samband med psykiatrireformen

I samband med psykiatrireformen genomförde cirka 85 procent av landets kommuner en inventering av reformens målgrupp. Socialstyrelsens utvärdering [16] visade att inventeringarna i princip genomfördes på två sätt: dels använde man sig av en standardiserad metod utarbetad av Socialstyrelsen, dels använde kommunerna egna metoder. Det fanns i vissa avseenden betydande skillnader mellan de inventeringar som genomfördes på lokal nivå:

- *Syftet med inventeringarna skilde sig åt*
Huvuddelen av de kommuner som genomförde en inventering hade som syfte att ta reda på målgruppens storlek och behov av stöd och hjälp. I ett mindre antal kommuner avsåg man även att använda den kunskap man fick till att utveckla en mer anpassad organisation, se över samverkan mellan psykiatri och socialtjänsten samt utforma nya arbetsformer och insatser som var mer anpassade till målgruppens behov.
- *Definitionen och avgränsningen av målgruppen varierade*
Ungefär en tredjedel av kommunerna utgick från Socialstyrelsens definition av målgruppen⁵. Vissa kommuner hade en bredare definition av psykiskt funktionshinder medan andra hade en snävare definition där man exempelvis uteslöt ålderspensionärer eller personer boende på sjukhem.
- *Olika samarbetspartner*
De flesta inventeringar genomfördes i samarbete mellan socialtjänsten och psykiatri. Det var också vanligt att uppgifter samlades in från andra myndigheter och organ inom offentlig sektor liksom från intresseorganisationer och ideella organisationer. Det fanns exempel på inventeringar som omfattade ett stort antal aktörer, exempelvis primärvården, Försäkringskassan, Polisen, kyrkan, Samhall, överförmyndaren, kuratorer från komvux, väntjänsten, Ria, S:t Lukasstiftelsen, Stadsmissionen, Frälsningsarmén, kriminalvården och privatläkare.

Olika metoder användes

I regel gjordes inventeringarna i två steg. I steg ett gjorde personal från olika myndigheter och organisationer en bedömning av vilka personer de ansåg

⁵ Personer 18 år och äldre med svår psykisk störning/sjukdom som orsakat en funktionsnedsättning med förlust av förmågan i sådan grad att det inverkar på den dagliga livsföringen (sociala konsekvenser) och att detta handikapp bedöms bli långvarigt (minst ½ år).

tillhöra målgruppen enligt den definition som användes. I steg två gjorde den personal från psykiatri och socialtjänsten som hade kontakt med personerna en uppskattning av deras situation och behov genom intervjuer eller skattningar. Det var också relativt vanligt att man intervjuade enskilda personer i målgruppen för att komplettera personalens uppskattningar. Mer ovanligt var att skicka postenkäter direkt till målgruppen.

Nästan samtliga inventeringar redovisade resultat i form av kvantitativa data. Ett par av inventeringarna var gjorda i form av livskvalitetsundersökningar, och utgick då från personernas subjektiva upplevelse av sin situation.

Många olika inventeringsformulär

Kommunernas lokala inventeringsformulär uppvisade stora variationer vad avser såväl omfattning av frågor som utformning inom respektive frågeområde. Som modell eller förebild för många av de inventeringsformulär som användes fanns Camberwells behovskattningsformulär (Camberwell assessment of needs, CAN). Det utgörs av en skattningsskala som avser att inventera förekomsten av vårdbehov på 22 kartläggningsområden (bland annat bostad, hemmets skötsel, hygien, daglig sysselsättning, fysisk hälsa, alkohol och droger, nära relationer, grundläggande skolfärdigheter och pengar).

Socialstyrelsens inventeringsformulär och sammanställning av inventeringsdata på nationell nivå

Metoderna vid lokala inventeringar var alltså mycket olika, och det gick inte att göra jämförelser mellan kommuner eller till riket. Detta var dock möjligt med det material som samlades in med hjälp av Socialstyrelsens standardiserade formulär. Socialstyrelsens formulär användes vid inventeringarna i 67 kommuner i samband med att psykiatrireformen genomfördes, 1995.

Data från de inventeringar som byggde på Socialstyrelsens standardiserade formulär samlades in på nationell nivå och användes i utvärderingen av psykiatrireformen. Det innebar att man för första gången kunde ge en samlad bild av målgruppens situation i samhället och en uppfattning om dess stöd- och vårdbehov generellt i landet [16]. Den inventerade målgruppen kunde också jämföras med befolkningen i ett antal avseenden som exempelvis köns- och åldersfördelning, invandrarbakgrund (ej svenskspråkig), utbildningsbakgrund osv.

Utvärderingen som baserades på inventeringsdata visade bland annat att psykiatri och socialtjänsten hade kontakt med uppskattningsvis 40 000–46 000 personer med psykisk funktionsnedsättning. Detta motsvarade cirka 0,6–0,7 procent av den vuxna befolkningen. I storstäderna fanns det dock betydligt fler personer med psykisk funktionsnedsättning än i mellanstora och mindre kommuner.

Det fanns ungefär lika många män som kvinnor. Mer än hälften var under 50 år. Nästan var femte var gift eller sammanboende och var tionde hade hemmavarande barn. Äldre personer över 65 år hade mer omfattande funktionsnedsättningar än de yngre men fick å andra sidan mer insatser från socialtjänsten eller psykiatri. Inventeringarna bekräftade det stora behovet av

stödinsatser, framför allt inom områden som arbete, daglig sysselsättning, sociala kontakter och fritid. Inventeringarna visade också att behovet av insatser skilde sig beroende på kön och ålder samt om man hade invandrarbakgrund.

Mörkertal

De personer med psykisk funktionsnedsättning som saknade kontakt med kommunen och psykiatrin kom inte att ingå i de inventeringar som genomfördes i samband med reformen. Utvärderarna kunde inte uppskatta antalet personer i denna grupp [16]. Socialstyrelsen påtalade i sin utvärdering vikten av att också inkludera dessa personer i en inventering. Även om vissa personer med psykisk funktionsnedsättning inte har behov av kommunens insatser så finns det sannolikt åtskilliga personer som undviker kontakt med samhällets organisationer och som lever i samhällets marginal. Socialstyrelsen ansåg därför att kommunerna borde intensifiera sin uppsökande verksamhet så att även dessa personer skulle kunna omfattas av en inventering [16].

Hantering av sekretess och personuppgifter

Personal från flera myndigheter bidrog till att samla in data om identifierade personer i målgruppen. En vanlig metod för att tillgodose kravet på sekretess var att de medverkande myndigheterna endast fyllde i vissa delar av personnumret på svarsblanketten. Avsikten var att kunna koppla ihop blanketter som samlades in från flera ställen utan att den enskilde individens identitet framgick. För att personer inte skulle dubbelräknas i inventeringen fanns det nämligen ett behov av att kunna identifiera blanketter med uppgifter som gällde samma person.

Ett särskilt förfarande användes vid inventeringen i Stockholms län. Länet omfattade 25 kommuner, inklusive Stockholms stad som särredovisade uppgifter från 24 stadsdelsnämnder. Antalet personer som skulle omfattas av inventeringen bedömdes bli stort. Erfarenheterna visade också att det bland personer med psykisk funktionsnedsättning i Stockholm fanns en stor rörlighet mellan socialtjänsten och psykiatrisektorerna i länet. För att öka kvaliteten och tillförlitligheten i inventeringen beslöt man därför att upprätta ett personregister. Socialstyrelsen förde registret och var ansvarig för att en hög grad av sekretess och datasäkerhet skulle kunna säkerställas. Myndigheten hade tillstånd från Datainspektionen.

Ytterligare ett antal kommuner upprättade personregister vid inventeringen. Ibland gav Socialstyrelsen stöd till dessa kommuner vid ansökan om tillstånd hos Datainspektionen. Ett tillstånd att upprätta personregister innebär dock inte att sekretessen mellan myndigheterna åsidosattes [16].

Kartläggning av personer med psykisk funktionsnedsättning ur ett forskningsperspektiv

Efter psykiatrireformen har flera inventeringar av personer med psykisk funktionsnedsättning genomförts ur ett forskningsperspektiv. I dessa inven-

teringar har man ofta använt en case finding-metodik med insamling av generella uppgifter om målgruppen, och kompletterat den med andra datakällor. I flera fall har syftet varit att beskriva behov och insatser hos målgruppen före och efter psykiatrireformen [20,21]. En ansats har också varit att följa utvecklingen av behoven hos psykiatrireformens målgrupp och i vilken mån personerna i målgruppen ökar sin delaktighet i samhällslivet.

Inventeringar genomförda inom ramen för FoU

I samband med den tidigare nämnda tillsynen av kommunernas insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning initierades flera större inventeringar som omfattade samtliga kommuner i ett län [13]. Dessa genomfördes bland annat av regionala forsknings- och utvecklingsenheter (FoU) i landet.

Länsövergripande inventering i Jämtlands kommuner

Forsknings- och utvecklingsenheten för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län (FoU Jämt) genomförde en länsövergripande inventering av psykiskt funktionshindrade i Jämtlands kommuner under 2005. Syftet var att kartlägga målgruppen och dess behov, utveckla uppsökande verksamhet, identifiera gråzoner, ge underlag för att utveckla samarbetet mellan kommunerna och psykiatrin samt ge möjlighet till kommunvisa jämförelser. Man samlade in uppgifter om behov och mottagna insatser från respektive instans samt uppgifter om huruvida behoven var tillfredsställda eller inte.

Som en del av inventeringen undersökte man även livskvaliteten för ett urval personer. Denna del gav en fördjupad bild av målgruppens behov och av hur personerna i gruppen såg på sina liv. Inventeringen och dess innehåll redovisas i en rapport från FoU Jämt 2008:8 [22].

Inventering med uppsökande karaktär i Västernorrlands län

FoU Västernorrland genomförde en inventering i länets sju kommuner under åren 2000 till 2007. I ett avhandlingsarbete [23] undersökte David Rosenberg den sociala kontexten för personer med psykiska funktionshinder. Rosenberg genomförde tre fördjupade studier i sju kommuner. Syftet var att ta reda på dels vilka kontakter psykiskt funktionshindrade har med de myndigheter som har till uppgift att erbjuda dem stöd i samhällslivet, dels vilka egenskaper och behov individerna själva har, både enligt personalens uppfattning och enligt dem själva. En avsikt var att även identifiera de personer som väljer bort kontakten med psykiatrin men blir begränsade i sina försök att delta i samhällslivet på grund av konsekvenserna av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. Tanken var att en sådan bred kunskap om hela målgruppen skulle kunna ligga till grund för ett vård- och stödsystem som kan förebygga en livslång funktionsnedsättning (riskgrupp), stödja en återhämtningsprocess (återhämtningsgrupp) samt skapa möjligheter för dem som har de största behoven.

Inventeringen hade en uppsökande karaktär. Handläggare inom några centrala välfärdsmyndigheter (kommunen, psykiatrin, primärvården och Arbetsförmedlingen) ombads inventera vilka som tillhörde målgruppen och bedöma vilka behov dessa personer hade. Förutom att handläggarna fyllde i

en enkät för de personer som identifierats, samlade forskaren också in intervjudata från både handläggare och klienter. Med hjälp av fokusgruppintervjuer med anställda och chefer hos respektive myndigheter gjordes en kvalitativ uppföljning. I uppföljningen deltog även representanter för andra samhällsaktörer (till exempel diakoner och representanter från Röda Korset) och brukar- och anhörigföreningarna.

Fördjupad inventering av migranternas vård- och stödbehov i Rosengård

En forskningsbaserad inventering, genomförd av Malmö högskola (fakulteten Hälsa och samhälle) [24] i två av Malmös stadsdelar hade en annan ansats. I stället för att göra en allmän kartläggning av målgruppen utgick man från tidigare kartläggningar och fokuserade på en särskild grupp, vars behov av vård och stöd hade visat sig behöva särskild uppmärksamhet.

År 2005 gjordes en kartläggning av vårdbehov, verksamhet och utbud för personer med psykisk ohälsa eller sjukdom i Malmö. Den visade att människor som bodde i stadsdelen Rosengård, i relation till bedömda vårdbehov, anlitade den vuxenpsykiatriska vården i endast drygt halva omfattningen jämfört med övriga stadsdelar i Malmö. Man gjorde därför en fördjupad studie för att skatta behovet av psykiatrisk vård hos migranter i Rosengård. Syftet var att utveckla och anpassa det psykiatriska vårdutbudet till migranter med psykisk ohälsa.

Samtidigt gjorde Malmö högskola en inventering i Rosengårds stadsdel av samtliga personer som var föremål för någon form av social insats och där psykisk ohälsa var en bakgrundsfaktor. För att kunna värdera omfattningen av sociala insatser inom Rosengårds stadsdel gjorde man motsvarande inventering även i Kirsebergs stadsdel. Kirseberg valdes eftersom dess befolkning i flera avseenden motsvarade Malmös befolkning som helhet. Frågan var om ett underutnyttjande av den psykiatriska vården skulle kunna leda till ett ökat utnyttjande av socialtjänstens insatser [24].

Enhetlig metodik och enhetligt tillvägagångssätt

Det finns flera sätt att kartlägga levnadsförhållandena för personer med psykisk funktionsnedsättning och inventera deras behov av insatser. De inventeringar som har genomförts sedan psykiatrireformen har haft olika omfattning och bygger på olika metoder och tillvägagångssätt. Det föregående kapitlet visade att även de sju lokala projekt som tilldelades medel från Nationell psykiatrisamordning valde olika metodik och tillvägagångssätt i sitt inventeringsarbete. Behovet av en enhetlig metodik har diskuterats i projektgruppen och projektets nätverk under hela projektperioden ur ett lokalt, regionalt och nationellt perspektiv.

De lokala utvecklingsprojekten ansåg att det var centralt med en mer enhetlig metodik i det framtida inventeringsarbetet. De angav flera skäl för att en sådan skulle formuleras på nationell nivå. Med en enhetlig metodik kan man göra regelbundna inventeringar och jämföra resultatet med tidigare inventeringar. Målgruppens livssituation och behov av insatser kan därmed följas över tid. En enhetlig metodik gör det vidare möjligt att jämföra mål-

gruppens storlek, livssituation och behov av insatser mellan kommuner med liknande storlek och befolkningsunderlag. Detta är något som lokala politiker och ledning har efterfrågat som ett ytterligare stöd i planerings- och uppföljningsarbetet. Kommuner och landsting som ingick i projektets nätverk menade att det behövdes ett ökat utbyte i frågor om planering och uppbyggnad av verksamheter och deras innehåll.

En mer enhetlig metodik i det lokala inventeringsarbetet gör också att Socialstyrelsen skulle kunna samla in och sammanställa inventeringsdata på nationell nivå. Sådana uppgifter kan bli ett viktigt och kompletterande dataunderlag för myndighetens uppföljning och värdering av utvecklingen inom psykiatriområdet.

Generella frågeställningar och svårigheter i inventeringsarbetet

I det lokala utvecklingsarbetet har ett antal frågeställningar och olika typer av svårigheter formulerats som har en mer generell karaktär. Med utgångspunkt i dessa har det nationella projektet gjort ett antal ställningstaganden som syftar till att göra inventeringsarbetet mer enhetligt på ett antal väsentliga punkter. De redovisas i kapitlet "Ställningstaganden". Vissa ställningstaganden berör vissa moment i inventeringsarbetet medan andra berör innehållet. De sistnämnda omfattar bland annat det instrument för datainsamling som utvecklats. De generella frågeställningarna är:

- *Inventeringens syfte och användningsområde*

Syftet med en inventering och hur resultatet ska användas är centrala frågor. I framtida inventeringar behöver syftet tydligt kopplas till användningsområdet. Utan ett tydligt syfte blir inventeringen svår att förankra hos och motivera för deltagarna. Syftet är också avgörande för att skapa en beredskap att använda inventeringsresultatet i utvecklingen, planeringen och uppföljningen av verksamheten.

- *Planering och förankring av inventeringen hos politiker, chefer, personal samt berörd målgrupp*

I det nationella projektet har man diskuterat frågan om hur en inventering ska planeras och förankras hos politiker, chefer, personal och berörd målgrupp. Olika tillvägagångssätt har använts i det lokala utvecklingsarbetet. En gemensam slutsats är att planerings- och förankringsarbetet är avgörande för ett lyckat genomförande och för att resultatet ska komma till användning för ett planerings- och förbättringsarbete.

- *Definition och avgränsning av målgruppen för inventeringen*

Målgruppen har definierats och avgränsats på olika sätt i tidigare inventeringar, men det är centralt med en enhetlig definition som är stabil över tid och allmänt vedertagen av berörda välfärdsaktörer. Definitionen behövs för att det ska gå att beskriva och följa behovet av vård, stöd och service hos en utsatt grupp i befolkningen och att planera och utvärdera den vård, stöd och service denna grupp faktiskt får. De lokala utvecklingsprojekten utgick från liknande definition, men de avgränsade målgruppen på delvis olika sätt. Exempelvis har personer över 65 år inte inkluderats i alla inventeringar.

- *Inventeringens omfattning*
En annan fråga gäller hur omfattande en inventering bör vara för att vara ändamålsenlig, alltså vara ett tillräckligt underlag för planeringen av kommunens och psykiatrins verksamhet. Personer med psykisk funktionsnedsättning kan ha kontakt med olika delar av vård- och stödsystemet. Den fråga som ofta ställs är vilka huvudmän som bör delta och vilka delar av deras verksamheter som ska ingå i en inventering. Det finns också personer i målgruppen som saknar adekvat kontakt med vård- och stödsystemet. En central fråga som både Socialstyrelsen och de lokala inventeringsprojekten har lyft är hur dessa personer ska kunna fångas in i en inventering.
- *Metodik*
Mer eller mindre stora variationer i inventeringsmetodiken kan noteras i de inventeringar som gjorts efter psykiatrireformen. De lokala utvecklingsprojekten har efterlyst tillgång till en mer enhetlig metodik. Det handlar bland annat om urval av uppgiftslämnare, metod för datainsamling, innehållet i uppgiftsinsamlingen och om hur datainsamlingen ska organiseras och genomföras.
- *Bearbetning, analys och sammanställning av insamlade uppgifter i inventeringen*
Frågan om hur insamlade uppgifter ska bearbetas, analyseras och sammanställas för att bli ett användbart underlag för planering och uppföljning av verksamheten är central. Om inventeringarnas resultat ställs samman på ett likartat sätt, blir det lättare att jämföra hur målgruppens livssituation och behov av insatser utvecklas över tid och ser ut i olika kommuner.

Utveckling av ett inventeringsverktyg

Projektgruppen för det nationella projektet har ansvarat för att ta fram ett verktyg som kan användas vid inventeringar av målgruppens livssituation, svårigheter och behov av insatser på viktiga livsområden. Verktöget består av flera delar, och har diskuterats med det nätverk (se bilaga 2) som bildades inom ramen för det nationella projektet, där också de lokala utvecklingsprojekten var representerade. Inventeringsverktyget finns tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats.

Ett antal ställningstaganden ligger till grund för inventeringsverktyget

I arbetet med att utveckla en mer enhetlig metodik och ett enhetligt tillvägagångssätt i inventeringsarbetet har det nationella projektet utgått från de mer generella frågeställningar och svårigheter som de lokala utvecklingsprojekten lyft fram. Ett antal ställningstaganden har gjorts som berör metodiken i en inventering samt vissa moment i inventeringsarbetet. Dessa formuleras i ett särskilt kapitel i rapporten och ligger till grund för det inventeringsverktyg som Socialstyrelsen presenterar.

Utveckling och utvärdering av ett instrument för datainsamling

Inom ramen för det nationella projektet har ett strukturerat instrument för datainsamling utvecklats. En viktig utgångspunkt har varit att utforma ett så generellt och tidlöst instrument som möjligt. En preliminär version av instrumentet har utvärderats i en inventering av målgruppens livssituation och behov av insatser för personer mantalsskrivna i Eskilstuna och Strängnäs kommuner under våren 2009. En arbetsgrupp för samverkan i norra länsdelen (Sörmland) bestående av verksamhetschefer från aktuella verksamheter i Eskilstuna och Strängnäs kommuner samt från Landstinget Sörmland beslutade hösten 2008 att göra en inventering av personer med psykisk funktionsnedsättning och samtidigt medverka i utvärderingen av instrumentets struktur, informationsinnehåll och mätgenskaper. Huvudman för inventeringen var Eskilstuna kommun. I fortsättningen benämns denna inventering ”pilotinventeringen”.

En närmare beskrivning av instrumentets frågeinnehåll och utvärderingen av detta ges i kapitlet ”Utvärdering av ett instrument för datainsamling”.

Vilket underlag bygger instrumentet för datainsamling på?

I arbetet med att utveckla instrumentet har projektet utgått från Socialstyrelsens tidigare utvärdering av inventeringar i samband med psykiatrireformen [16] och insamlad dokumentation från det lokala utvecklingsarbetet. I den

del av instrumentet som omfattar en skattning av enskildas svårigheter och behov av insatser på olika livsområden har Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF [1] varit ett viktigt underlag. ICF är en klassifikation som är utvecklad och godkänd av WHO (2001) för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd, som komplement till den internationella sjukdomsklassifikationen (ICD). WHO uppmanar medlemsländerna att använda ICF, som översattes till svenska 2003.

ICF erbjuder en beskrivning av situationer med avseende på mänskliga funktionstillstånd och begränsningar i dem och tjänar som en ram för att organisera information om dem. Det används bland annat som ett statistiskt verktyg vid insamling och sammanställning av data i till exempel befolkningsstudier och kartläggningar eller i informationssystem för verksamhetsledning. Det används även som ett kliniskt verktyg vid bedömning av behov, vid koppling av behandlingar till specifika tillstånd, vid arbetsbedömningar, rehabilitering, habilitering och utvärdering av resultat. Ett annat syfte med ICF är att skapa ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd.

Enhetliga och entydiga begrepp i inventeringsinstrumentet

Det nationella projektet har samarbetat med ett delprojekt inom ramen för Nationellt fackspråk för vård och omsorg. Detta delprojekt var en del av ett större regeringsuppdrag och syftade till att den information som dokumenteras om patienter och klienter ska beskrivas med enhetliga, entydiga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer. Delprojektledaren i detta delprojekt har ansvarat för att tydliggöra de termer som används i instrumentet för datainsamling.

En särskild ordlista för informationsinnehållet har utarbetats och utvärderats i pilotinventeringen. Där återfinns de termer som inte är självförklarande. Listan definierar termer och beskriver begrepp för att personal som lämnar uppgifter om enskilda personer i målgruppen ska mena samma sak. ICF har varit grunden för att skapa ett gemensamt språk mellan professioner och verksamheter. Till varje ICF-kategori finns en definition vilket bidrar till att man menar samma sak när man använder termerna. Definitionerna har också använts i den ordlista som tagits fram till frågeformuläret. Förutom definitioner av termer som finns i ICF har projektet också använt definierade termer och begrepp som finns i Socialstyrelsens termbank.

Inventeringsverktyget består av flera delar

Definition och stöd till identifiering av målgruppen

Om målgruppen är tydligt definierad blir den lättare att identifiera. Men en definition är inte alltid ett tillräckligt stöd i inventeringsarbetet. Socialstyrelsens definition bygger på Nationell psykiatrisamordnings definition av psykiskt funktionshinder och på de kriterier som bestämmer vilka som tillhör målgruppen [19]. Myndigheten har dessutom tagit fram några fallbeskrivningar för att ytterligare tydliggöra vilka personer som ingår i gruppen. Dessa kan tillsammans med definitionen användas i arbetet med att identifiera målgruppen för inventeringen: personer med psykisk funktionsnedsättning.

Case finding-metodik i vård- och stödsystemet

Personer med psykisk funktionsnedsättning har ofta kontakt med flera aktörer inom vård- och stödsystemet. Det nationella projektet har därför valt en metodik som innebär att uppgifter samlas in om personer i målgruppen som identifieras i olika delar av systemet. Metodiken har använts i åtskilliga inventeringar sedan psykiatrireformen trädde i kraft.

Instrument för datainsamling

Instrumentet består av följande delar:

- ett frågeformulär för att samla in personalens uppgifter om enskilda individer som identifierats tillhöra målgruppen
- ett frågeformulär för intervju med enskilda som inte är kända i kommun eller landsting och som identifieras av andra välfärdsaktörer eller organisationer, i den uppsökande verksamheten eller av brukar- och anhörigorganisationerna
- en ordlista med definition och beskrivning av de begrepp och termer som används i formulären.

Intervjuerna med enskilda som inte är kända i kommun eller landsting kan även ses som en del av det uppsökande arbetet.

Mall för inventeringsrapport med exempel på standardiserade tabeller för resultatredovisning

I samband med att det preliminära instrumentet testades i pilotinventeringen åtog sig Socialstyrelsen att sammanfoga hela datamaterialet i en databas, bearbeta data och återföra dessa i form av ett antal tabeller för analys och slutlig sammanställning. Socialstyrelsen tog fram ett antal tabeller utifrån en tidigare diskussion med projektledningen för pilotinventeringen, som sedan diskuterades vid ett möte med ledningsgruppen. Ytterligare ett steg togs vid ett senare seminarium då man diskuterade förslag till slutliga tabeller för sammanställning till ett användbart planeringsunderlag.

En inventeringsrapport redovisar hur inventeringen har genomförts och presenterar dess resultat. Inom ramen för det nationella projektet har man tagit fram en mall för inventeringsrapportens struktur och innehåll, för att underlätta en mer enhetlig sammanställning av inventeringsmaterialet. En sådan kan även underlätta jämförelser mellan olika kommuner. Avsikten har också varit att stödja sammanställningen av inventeringsresultatet till ett användbart planeringsunderlag. Mallen utgår dels från insamlade inventeringsrapporter, dels från Socialstyrelsens samarbete med projektledare och chefer som ansvarat för pilotinventeringen i Eskilstuna och Strängnäs kommuner. I mallen ingår också exempel på ett antal tabeller. Dessa bygger på erfarenheterna från pilotinventeringen men också på en projektredovisning från en inventering i Halland som omfattade sju kommuner och Landstinget Halland. Efter vissa justeringar presenteras dessa exempel som en del av resultatredovisningen i mallen.

Checklista för inventeringsarbetet

Projektgruppen i det nationella projektet har tagit fram en checklista som bygger på erfarenheterna från det lokala utvecklingsarbetet. Den anger vad som kan vara viktigt att tänka på när en inventering förankras, planeras, genomförs och när resultatet slutligen sammanställs till ett underlag för planering, uppföljning och överenskommelser för samarbete.

Tablå över inventeringsverktygets olika delar

Den nedanstående tablå visar inventeringsverktygets olika delar och det underlag de vilar på.

Tablå 1: Inventeringsverktygets olika delar

Del	Underlag
Definition av målgruppen med några fall-beskrivningar	Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisam- ordning
Metodik i inventeringsarbetet (case finding i vård- och stödsystemet)	Socialstyrelsens utvärdering av inventeringar genomförda i samband med psykiatrirefor- men Dokumentation från lokalt utvecklingsarbete
Instrument för datainsamling a) Inventeringsformulär för personalens skattningar av enskildas livssituation och behov av insatser b) Inventeringsformulär för intervjuer med enskilda personer om deras livssituation och behov av insatser c) Ordlista med definitioner av termer och beskrivningar av begrepp som används i formulären	Klassifikation av funktionstillstånd, funktions- hinder och hälsa (ICF) Dokumentation från lokalt utvecklingsarbete
Mall – Inventeringsrapport med exempel på standardiserade tabeller för resultat- redovisning	Dokumentation och inventeringsrapporter från lokalt utvecklingsarbete Insamlade data från pilotinventeringen i Eskilstuna och Strängnäs Projektredovisning – Halland
Checklista – Vad är viktigt att tänka på under olika faser i inventeringsprocessen?	Dokumentation och inventeringsrapporter från lokalt utvecklingsarbete

Ställningstaganden kring metodik och tillvägagångssätt

Det här kapitlet redovisar ett antal ställningstaganden som ligger till grund för det inventeringsverktyg som tagits fram. Dessa berör dels vissa moment i inventeringsarbetet, dels själva metodiken i en inventering. De ställningstaganden som gjorts syftar till att stödja en mer enhetlig metodik och ett enhetligt tillvägagångssätt i inventeringsarbetet. De utgår från de mer generella frågeställningar och svårigheter som de lokala utvecklingsprojekten lyft fram.

När det gäller själva metodiken i inventeringsarbetet har projektgruppen utgått dels från Socialstyrelsens tidigare utvärdering av inventeringar genomförda i samband med psykiatrireformen [16], dels från de erfarenheter som dokumenterats från det lokala utvecklingsarbetet. En tidigare prövad case finding-metodik i vård- och stödsystemet har valts. Projektgruppen har även tagit ställning till vem eller vilka som lämpligen bör lämna uppgifter om enskilda personers livssituation och behov av insatser. Utgångspunkten har varit att inventeringen ska gå att genomföra med rimlig tids- och resursåtgång.

Varför genomföra en inventering?

En inventering görs för att kommun och landsting i samverkan ska få en uppfattning om målgruppens storlek, en övergripande kunskap om personernas levnadsförhållanden samt en översikt över deras behov av insatser från kommun och landsting. För att det ska gå att följa utvecklingen över tid krävs att inventeringarna genomförs med viss regelbundenhet, exempelvis vart tredje eller vart fjärde år.

Inventering för att undersöka ett särskilt problemområde

En inventering genomförs i allmänhet för att få kunskap om så många som möjligt i målgruppen. Inventeringen kan dock även riktas mot ett särskilt problemområde och en särskild delgrupps behov av insatser. Syftet är då att få ett underlag för planering på just detta problemområde. I sådana fall kan problemområdet ha pekats ut i tidigare undersökningar (jfr. migranter i Rosengård, s. 49).

Inventeringens syfte

Den kunskap som erhålls genom en inventering syftar till att användas som:

- underlag för verksamhets- och resursplanering samt en uppbyggnad av verksamheten hos kommuner och landsting som motsvarar målgruppens behov
- underlag för överenskommelser om samarbete mellan kommun och landsting kring personer med psykisk funktionsnedsättning
- underlag för uppföljning av kommunens och psykiatrins verksamhet för målgruppen.

Ett ytterligare syfte är att:

- göra inventeringen till en del av det uppsökande och informerande arbetet.

Sekretess och behandling av personuppgifter

Redan när man gjorde inventeringar av personer med psykisk funktionsnedsättning i samband med psykiatrireformen diskuterades frågan om sekretess och behandling av personuppgifter. Socialstyrelsen konstaterade i sin utvärdering av reformen (1998) [16] att det fanns en osäkerhet kring dessa frågor.

Möjligheterna att göra behovsinventeringar bör ses över

Nationell psykiatrisamordning pekade i sitt slutbetänkande (SOU 2006:100 s. 579 ff.) på att kommuner och landsting har begränsade och oklara möjligheter att göra gemensamma behovsinventeringar och uppföljningar enligt gällande bestämmelser om sekretess och hantering av personuppgifter. Samtidigt konstaterade man att ”både hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ansvar för att göra kontinuerliga inventeringar för att få en bild av vilka människor med psykiska funktionshinder eller sjukdomar som finns i kommunen och landstinget, och vilka behov de har”. Utredningen konstaterade att kommuners och landstings möjligheter att tillsammans bedriva verksamhetsuppföljning och göra gemensamma behovsinventeringar måste förbättras och förtydligas (SOU 2006:100 s. 584 ff.). Nationell psykiatrisamordning föreslog att en uttrycklig bestämmelse om möjligheten att göra gemensamma behovsinventeringar skulle införas i respektive speciallagstiftning (SOU 2006:100 s. 587).

Nationell psykiatrisamordning menade att vikten av att kunna genomföra gemensamma inventeringar och uppföljningar på ett ändamålsenligt sätt väjde tyngre än de enskilda personernas absoluta rätt till integritet och kontroll över vilka uppgifter som lämnas mellan huvudmännen (SOU 2006:100 s.584). Syftet angavs vara att de insatser som en kommun eller ett landsting erbjuder ska vara anpassade efter behoven hos de människor med psykisk funktionsnedsättning som finns på orten. När behovsinventeringar blir beroende av att den enskilde efterger sekretessen riskerar urvalet att bli snedför-

delat, eftersom det troligen är de mest motiverade personerna med mest resurser som kommer att delta. Behovsinventeringen kan då visa väsentligt mindre behov än vad som finns i verkligheten. Det innebär att hälso- och sjukvården och socialtjänsten planerar sin verksamhet med utgångspunkt i felaktiga premisser. Det blir också ganska grannlaga och tidskrävande om en menprövning ska göras i varje enskilt fall. Det riskerar att motverka benägenheten hos personal och organisationer att delta i inventeringar och uppföljningar (SOU 2006:100 s. 586).

Översyn av behandlingen av personuppgifter inom socialtjänsten m.m.

Socialtjänstdatautredningen har gjort en översyn av behandlingen av personuppgifter inom socialtjänsten m.m. (dir. 2007:92). Utredningen uppmärksammade behovet av tydligare bestämmelser kring möjligheten att göra inventeringar. Utredningen lämnade sitt betänkande ”Socialtjänsten, Integritet – Effektivitet” (SOU 2009:32) till regeringen 2009. Utredningen föreslår bland annat nya ändamålsbestämmelser för att möjliggöra en gemensam individbaserad verksamhetsuppföljning mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården på lokal nivå (SOU 2009:32 s. 337). Regeringen har dock ännu inte tagit ställning till utredningens förslag.

Förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m.

Regeringen har den 15 december 2011 (dir. 2011:111) gett en särskild utredare i uppdrag att utreda och lämna förslag till en mer sammanhållen och ändamålsenlig informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I detta inkluderas även insamling av information för olika ändamål som exempelvis för att kunna utveckla, kvalitetssäkra och förbättra insatserna som vänder sig direkt till enskilda. Uppdraget ska redovisas i ett slutbetänkande senast den 1 december 2013.

Hantering av sekretess- och personuppgifter är ett lokalt ställningstagande

Socialstyrelsen kan konstatera att det fortfarande finns ett stort behov av uttryckliga bestämmelser i lagstiftningen som möjliggör en gemensam uppgiftsinsamling på individnivå för vissa ändamål som exempelvis uppföljning och planering av verksamheten inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

En inventering utgår från en insamling av uppgifter på individnivå, men ändamålet är att sammanställa dessa på gruppnivå för att kunna använda dem som underlag för planering och uppföljning av verksamheten. Behovet av att kunna utbyta uppgifter i en inventering hänger samman med att personer som identifierats i inventeringen inte ska dubbelräknas när uppgifterna sammanställs på gruppnivå. Det går dock inte att generellt redogöra för vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att detta ska vara tillåtet. Det beror på de omständigheter som råder i varje enskilt fall, hur kommunen och

landstinget organiserat sin verksamhet, hur och var uppgifterna samlas in och bearbetas osv.

De lokala utvecklingsprojekten har lyft upp svårigheterna i att behandla sekretess- och personuppgifter i inventeringsarbetet. Det handlar om en avgränsad del av inventeringsprocessen, nämligen om hur man ska kunna undvika att personer dubbelräknas. I de fall inventeringsprojekten hittade en lösning på detta, var man noga med att anonymisera uppgifterna när data lades in i en databas, bearbetades och analyserades.

När en inventering ska göras i samarbete mellan socialtjänst och psykiatri behöver därför huvudmännen ta ställning till hur detta kan ske inom ramen för gällande bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL och personuppgiftslagen (1998:204), PUL. När datamaterialet sammanställs och presenteras för olika delar i organisationen och andra huvudmän samt för brukar- och anhörigorganisationerna är det särskilt viktigt att se till att ”små grupper” inte redovisas för enstaka variabler, där det kan finnas en risk för att enskilda personer kan identifieras.

Planering och förankring av inventeringen

Med utgångspunkt i erfarenheterna i det lokala utvecklingsarbetet har det nationella projektet valt ut några punkter som är viktiga att uppmärksamma när en inventering ska planeras och förankras hos politiker, chefer, personal samt berörd målgrupp.

Planering och förankring av en inventering

- Det krävs ett tydligt ställningstagande och ett beslut på politisk nivå och övergripande ledningsnivå.
- En eller flera personer behöver få ett tydligt uppdrag att ansvara för att planera, förankra och genomföra inventeringen samt för att sammanställa resultaten.
- Det behövs god och bred förankring av och information kring inventeringen.
- Det behövs en tydlig planering av inventeringen, inklusive tids- och resursplanering.

Tydliga beslut och uppdrag när en inventering ska genomföras

Ett tydligt ställningstagande – helst i form av ett beslut – från dels den politiska nivån, dels från den övergripande ledningsnivån, är avgörande för att skapa tillräckliga resurser för inventeringen. Ställningstagandet behövs också för en god förankring hos uppgiftslämnarna, men framför allt för att skapa en god beredskap för att resultatet ska användas som underlag för verksamhets- och resursplanering samt uppföljning. Det gäller för samtliga huvudmän som beslutar att delta i inventeringen. Ett tydligt uppdrag till några tjänstemän (projektledare) hos deltagande huvudmän att ansvara för att pla-

nera, genomföra och sammanställa inventeringens resultat är vidare en viktig förutsättning för ett effektivt genomförande.

God och bred förankring och information om inventeringen

En god och bred förankring av inventeringen hos berörda parter (politiker, ledning, personal, brukar- och anhörigorganisationer) skapar förutsättningar för en framgångsrik inventering. Den får betydelse för ledningens stöd under hela inventeringsprocessen, för uppgiftslämnarnas motivation, för ett stöd från brukar- och anhörigorganisationerna samt för beredskapen att använda resultatet så att det kommer till nytta i utvecklingen och planeringen av verksamheten. Både form och innehåll för förankrings- och informationsarbetet bör bestämmas. Särskilt viktigt är det att informera om varför en inventering ska genomföras och att förankra inventeringen hos individerna i målgruppen och hos deras anhöriga.

Tydlig planering av en inventering

När en inventering ska planeras kan det vara bra att diskutera och ta ställning till ett antal centrala frågor som rör dels inventeringens syfte och uppläggning, dels dess genomförande. Det handlar bland annat om att tydliggöra syftet med inventeringen, hur resultatet ska användas, hur målgruppen för inventeringen ska definieras och avgränsas, hur datainsamlingen ska förberedas, organiseras och genomföras samt att ta ställning till behövliga resurser och tidsåtgång. En annan viktig fråga att ta ställning till är hur samarbetet mellan de deltagande huvudmännen och brukar- och anhörigorganisationerna ska formas.

Avgränsning av målgruppen för inventeringen och val av deltagande huvudmän

Ett tidigare kapitel har redovisat den definition av målgruppen som Socialstyrelsen står bakom (s. 24-28). En inventering som genomförs i samarbete mellan kommun och landsting omfattar i första hand de personer i målgruppen som är mantalsskrivna i en viss kommun och som har kontakt med en av huvudmännen (eller båda). Det innebär att andra personer utan denna kontakt inte kommer att omfattas av inventeringen. Målgruppen måste dock avgränsas för att det ska gå att göra en inventering. Den avgränsning som görs påverkar dock hur stor del av gruppen som kan identifieras.

I det här sammanhanget är det viktigt att inventeringen även inkluderar de privata alternativ som har huvudmännens uppdrag att bedriva vård eller stöd. Antalet vårdgivare har ökat efter att nya bestämmelser trätt i kraft i lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. Det innebär att frågan om vilka vårdgivare som driver psykiatrisk vård och som ska delta i inventeringen blir mer komplex. Ett ökat antal vårdgivare är särskilt tydliga inom primärvården. Det kan exempelvis finnas landsting som infört första linjens psykiatri i primärvården som en del av vårdvalssystemet och som därför är en viktig part när en inventering ska genomföras. Vikten av att kartlägga befolkningens (personer med psykisk funktionsnedsättning) behov av vård tas

dock sällan upp i de förfrågningsunderlag som ligger till grund för upphandling av vård och stöd i privat regi. Det kan försvåra deltagandet i en inventering.

Avgränsning av målgruppen

- personer i målgruppen som är 18 år och äldre och som är mantals-skrivna i kommunen
- personer i målgruppen som är kända i kommunen eller landstingspsykiatri (inklusive enskilda/privata aktörer som driver verksamhet på huvudmännens uppdrag).

Vissa undergrupper är viktiga att inkludera i ovanstående avgränsning av målgruppen, nämligen:

- unga vuxna, ofta med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- äldre med omfattande omsorgsbehov
- personer med samtidiga missbruksproblem, utvecklingsstörning eller andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar
- personer som vistas på HVB eller annan enskild verksamhet utanför kommunen
- personer som är hemlösa.

Personer som inte är kända i kommunen och landstingspsykiatri

Om ambitionen är att identifiera en större andel av målgruppen kan man även inkludera personer som saknar kontakt med kommunen eller landstingspsykiatri. Det är då en fördel om primärvården och landsstingets beroendevård samt andra delar av välfärdssystemet (till exempel Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) deltar i inventeringen. En förutsättning är dock att det finns en samsyn kring definitionen av målgruppen och en möjlighet för dessa huvudmän att i den egna verksamheten identifiera personer som tillhör målgruppen.

Ett annat sätt att identifiera en större andel personer som tillhör målgruppen är att kombinera det uppsökande och det inventerande arbetet. Genom den uppsökande verksamheten kan ytterligare personer i målgruppen som inte är kända i kommun eller landstingspsykiatri identifieras, på exempelvis platser där personer som är bostadslösa vistas, i kommunens öppna verksamheter eller via ideella organisationer. Brukar- och anhängargorganisationer skapar vidare mötesplatser för personer med psykisk funktionsnedsättning och har många gånger kontakt med personer som saknar den vård- och stödkontakt de behöver. Ett samarbete med dessa organisationer kan leda till att ännu fler personer kan identifieras.

Personer som identifieras på detta sätt kan exempelvis kontaktas med ett kombinerat syfte av att (1) inventera behov, (2) informera om samhällets

insatser och (3) erbjuda insatser och anvisa vägar att söka den vård och det stöd som personerna önskar.

Case finding i vård- och stödsystemet

Personer med psykisk funktionsnedsättning kan ha kontakt med flera olika myndigheter och organisationer. Det är därför mest effektivt att inventera personer i målgruppen genom att använda en så kallad case finding-metodik, där kommunen tillsammans med psykiatri och eventuellt andra myndigheter och organisationer identifierar personer som tillhör målgruppen.

En case finding-metodik består av två steg. I ett första steg identifieras de personer som tillhör målgruppen. I det andra steget samlas uppgifter in om de identifierade personernas livssituation och behov av insatser. Detta kan ske dels genom den personal som har identifierat personen, dels genom intervjuer med de personer som identifierats på annat sätt.

Case finding-metodik i två steg

1. Personer som tillhör målgruppen identifieras enligt fastställd definition och avgränsning.
 - Personal från olika myndigheter och organisationer identifierar vilka personer de anser tillhör målgruppen.
 - Personer i målgruppen identifieras genom uppsökande arbete, genom brukar- och anhörigorganisationer eller på annat sätt.
2. Ett frågeformulär (strukturerade frågor med givna svarsalternativ) fylls i för identifierade personer och omfattar frågor om den enskilda personens livssituation och behov av insatser på viktiga livsområden samt problem och behov av åtgärder på några hälsoområden.
 - Personal fyller i frågeformuläret för identifierade personer (utan samtycke från den enskilde) och gör en skattning av den enskildes behov av insatser.
 - Utsedda intervjuare intervjuar personer som identifierats av andra välfärdsorganisationer/myndigheter, i den uppsökande verksamheten eller genom brukar- och anhörigorganisationerna om den enskildes livssituation och behov av insatser (efter samtycke från den enskilde).

Personer som tillhör målgruppen identifieras

Personer som tillhör målgruppen identifieras med utgångspunkt i den definition som tidigare redovisats. Inventeringsverktyget innehåller dessutom ett antal fallbeskrivningar. Dessa kan användas för att deltagande huvudmän och verksamheter ska få en samsyn kring vilka personer som tillhör målgruppen. När en inventering förbereds kan man exempelvis använda fallbe-

skrivningarna för att på prov identifiera vilka personer som tillhör respektive inte tillhör målgruppen.

Inventeringsformulär fylls i för identifierade personer

Projektgruppen i det nationella projektet har gjort ett antal ställningstaganden kring konstruktion av och innehåll i det inventeringsformulär som utvecklats. Ett formulär har tagits fram för personalens uppgifter om identifierade personer i målgruppen. Ytterligare ett formulär med samma konstruktion och innehåll kan användas för att intervjua identifierade personer som inte är kända i kommunen och psykiatrin.

Intervju med identifierade personer som inte är kända i kommunen eller landstingspsykiatrin

Personer som tillhör målgruppen intervjuas med stöd av ett utarbetat inventeringsformulär. De har identifierats på olika sätt och tillfrågats om de vill delta i inventeringen. Intervjuaren registrerar relevanta svarsalternativ på frågeformuläret utifrån den enskildes svar. Intervjuaren ställer även några frågor som rör den enskildes syn på den egna livssituationen. Den person som intervjuas tillfrågas dessutom i slutet av intervjun om han eller hon önskar få kontakt med relevant verksamhet inom vård- och stödsystemet. Intervjun blir därmed en del av det uppsökande arbetet. Intervjuaren anger på inventeringsformuläret om den enskilde önskar att någon tar kontakt med honom eller henne och åtar sig att förmedla önskemålet till relevanta delar av vård- och stödsystemet.

Flera alternativa möjligheter kan diskuteras när det gäller att utse lämpliga personer som kan genomföra dessa intervjuer. Följande alternativ är några exempel som har diskuterats inom det nationella projektet:

- personal från kommunen eller psykiatrin
- uppsökare i kommunens verksamhet
- lämpliga personer i brukar- och anhörigorganisationer.

Personal eller enskilda som uppgiftslämnare

En av de mest centrala metodikfrågor som diskuterades i de lokala projekten var vems uppgifter (personalens eller de enskildas) som kunde anses vara mest tillförlitliga. Flera av utvecklingsprojekten valde att fråga både personal och enskilda för att få en så tillförlitlig bild som möjligt.

Personal som uppgiftslämnare

Det inventeringsverktyg som presenteras i den här rapporten utgår i huvudsak från personalens kunskap om målgruppen. Personal som har kontakt med personer i målgruppen i olika delar av vård- och stödsystemet lämnar uppgifter om enskilda personer som identifierats tillhöra målgruppen. En sådan uppgiftsinsamling har bedömts som mest framkomlig för en acceptabel tids- och resursåtgång i inventeringsarbetet. En inventering som i stället enbart baseras på enskildas egna uppgifter om sin livssituation och sitt behov av insatser riskerar att få ett stort bortfall, framför allt från de personer

som har stora och långvariga behov. Det skulle påverka planeringsunderlagets tillförlitlighet.

För att också få kunskap om personer i målgruppen som inte är kända i kommunen eller psykiatrin kan man, som tidigare nämnts, intervjua de personer som har identifierats tillhöra målgruppen. I dessa fall inhämtas då uppgifter direkt från målgruppen.

Några studier om behov och behovsbedömning

Flera forskare har studerat frågan om vilka behov personer med psykisk funktionsnedsättning har och hur en behovsbedömning ska göras [25]. En grov indelning är de behov som experter och professionella identifierar utifrån givna mått och normer (till exempel strukturerade behovsbedömningsinstrument som CAN⁶) och de upplevda och uttalade behov som den enskilde själv definierar utifrån sin egen känsla av och uppfattning om vad hon eller han behöver.

Man har även diskuterat hur tillförlitliga självrapporterade behov är jämfört med behov som bedöms av personal eller forskare. Forskare har undersökt skillnader och likheter mellan individens egen bedömning och bedömning gjord av personal som bäst känner personen [25]. Studierna har bland annat visat att individen själv ofta ringar in behov inom andra områden än vad personalen gör. Generellt sätt finns en relativ låg överensstämmelse mellan individens egen bedömning och personalens. Framför allt gäller detta för icke tillgodosedda behov, oavsett behovsområde. Det finns naturligtvis många skäl till att individens egen behovsbedömning skiljer sig från personalens eller forskarens. De kan till viss del kopplas till kontextuella faktorer, alltså att de båda parterna inte delar samma livsvärldar. Det kan också bero på att de har olika värdesystem för vad som är väsentligt i livet, men också olika förväntningar och informationskällor. Kanske är det så att professionell personal gör behovsbedömningar utifrån individens psykopatologi och psykosociala funktionsnivå medan individen själv relaterar vård- och stödbehov till ett bredare perspektiv, där vardagslivet i större utsträckning präglar bedömningen. En annan förklaring skulle kunna vara att personal och forskare gör behovsbedömningar utifrån kunskap om tillgängliga resurser och interventioner, men också utifrån brist på kunskap, förståelse och insikt.

Forskarna har också pekat på att det finns vissa svagheter i att låta individens subjektiva upplevelse och krav bestämma behovsidentifiering, då dessa kan begränsas av individens kunskap om befintligt vårdutbud. Upplevda och uttalade behov kan också styras av individens vilja att vara oberoende eller av individens perceptionsförmåga. Till exempel kan graden av sjukdomsin-sikt, ångestnivå, kognitiva svårigheter och tankestörningar hos den enskilde påverka upplevda och uttalade behov.

⁶ Camberwell Assessment of Needs

Grov skattning av enskildas behov

En inventering där personal med olika yrkesbakgrund gör en skattning av enskildas behov på viktiga livsområden ska inte förväxlas med den bedömning av behov som görs i samband med en biståndsbedömning eller annan bedömning av lämplig åtgärd. En bedömning av en persons specifika behov av insatser görs bäst i samråd mellan den enskilde och personal med god kompetens om psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. En inventering baseras däremot på en grov skattning av behoven, som visserligen görs på individnivå men som redovisas på gruppnivå, snarare än på en bedömning av behov i det enskilda fallet. När resultaten ska analyseras och diskuteras måste man därför ta hänsyn till att underlaget inte baseras på en behovsbedömning som gjorts tillsammans med den enskilde i en bedömnings- och utredningssituation.

Brukarenkät – kunskap om enskildas upplevelse av insatsernas kvalitet och resultat

Även kunskap om enskildas upplevelse av insatsernas kvalitet och resultat är dock av stor vikt som underlag för verksamhetsutveckling och verksamhetsförbättringar. En inventering kan aldrig ersätta en sådan brukarundersökning. Inom ramen för Socialstyrelsens arbete med att utveckla ett system för nationell uppföljning inom psykiatriområdet utvecklas ett instrument för brukarundersökningar som ska kunna användas av både socialtjänsten och den psykiatriska verksamheten. Instrumentet ska kunna användas för att bland annat samla in uppgifter om enskildas upplevelse av inflytande, delaktighet och värdering av den hjälp han eller hon har fått [5].

Urval av uppgiftslämnare (personal)

Inventeringen avgränsas till de verksamheter och den personal hos deltagande huvudmän som väjs ut att delta i inventeringen. Urvalet baseras lämpligen på de verksamheter hos deltagande huvudmän som målgruppen kan förväntas ha kontakt med. Komplexiteten i huvudmännens organisationsstruktur påverkar dock det urval som kan göras och har betydelse för det antal personer i målgruppen som kan komma att identifieras. Det är dock viktigt att valet av verksamheter och uppgiftslämnare så långt som möjligt baseras på ett målgruppsperspektiv snarare än på ett organisationsperspektiv.

Urval av verksamheter och personal görs med utgångspunkt i en kartläggning av:

- deltagande huvudmäns organisation och verksamheter
- personal och verksamheter hos deltagande huvudmän som har kontakt med målgruppen, inklusive unga och äldre personer
- enskilda/privata verksamheter som erbjuder vård, behandling, rehabilitering och stöd till målgruppen samt personal i dessa verksamheter som bör inkluderas i inventeringen.

Insamling av data

Insamling av uppgifter via personal

En viktig del av inventeringsmetodiken är att slå fast hur själva insamlingen av personalens uppgifter om enskilda ska gå till och förberedas. Viktiga delar i förberedelserna är förankrings- och motivationsarbete. Det är viktigt att alla berörda vet varför man gör inventeringen och vad den ska leda till. Till förberedelserna hör även att uppgiftslämnarna får information om definition och avgränsning av målgruppen, innehållet i frågeformuläret och hur datainsamlingen ska gå till. De etiska frågorna är också viktiga att uppmärksamma i detta sammanhang. Det kan också vara bra att ha särskilda kontaktpersoner på de olika verksamheterna som hjälper till att samla in besvarade frågeformulär och som också kan ta emot och besvara frågor från uppgiftslämnarna.

Insamling av uppgifter via intervjuer med enskilda

Intervjuer genomförs med enskilda personer som på olika sätt har identifierats tillhöra målgruppen och som inte är kända i kommunen eller psykiatrin. De har tillfrågats om de vill delta i inventeringen och fått information både om inventeringens syfte och om hur intervjun ska gå till. De personer som ska genomföra intervjuerna kan behöva någon form av introduktion till hur intervjun ska genomföras. I övrigt är det viktigt att klargöra hur de besvarade intervjuformulären ska samlas in.

Att samla in data

Förbered datainsamlingen genom att

- ge tillräckligt med information till personal som valts ut till uppgiftslämnare
- ge en introduktion till personer som valts ut att genomföra intervjuer med identifierade personer som inte är kända i kommun eller psykiatri.

En modell för datainsamling kan innehålla

- beskrivning av datainsamlingens organisation
- former för stöd till uppgiftslämnarna.

Regelbundna inventeringar

Större inventeringar som syftar till att omfatta en stor del av målgruppen kan inte genomföras alltför ofta. Ett lämpligt tidsintervall kan vara tre till fyra år förutsatt att inga drastiska befolkningsförändringar sker. Däremellan kan socialtjänsten uppdatera inventeringen via goda samverkanskontakter och "fasta bevakningssystem" med exempelvis psykiatri, Försäkringskassan och brukar- och anhörigorganisationerna. På det sättet kan man upprätthålla en aktuell kunskap om målgruppens livssituation och behov av insatser på viktiga livsområden även mellan de större inventeringarna.

Etiska överväganden

De lokala utvecklingsprojekten lyfte fram vikten av att resonera om de etiska frågorna i inventeringsarbetet. De behöver diskuteras i inventeringsarbetets olika faser, alltså när inventeringen förbereds, planeras, genomförs och sammanställs till en rapport. Det etiska perspektivet är särskilt angeläget att ventilera ur ett brukarperspektiv tillsammans med brukar- och anhörigorganisationerna. I det här sammanhanget är det också betydelsefullt att diskutera den möjlighet en inventering ger att också uppmärksamma behov hos enskilda personer som inte har tillgodosetts. Hur ska personal som ser sådana brister hantera detta i sina fortsatta kontakter med den enskilde?

Det här kapitlet innehåller ett antal ställningstaganden kring inventeringens metodik och tillvägagångssätt. Dessa kan även behöva belysas ur ett etiskt perspektiv.

Insamling av personliga uppgifter är inte försvarbar om de inte används som underlag för planering och uppföljning av verksamheten

Det yttersta syftet med en inventering är att huvudmännen ska utforma och bygga upp en verksamhet som motsvarar målgruppens behov av insatser. För att en inventering inte bara ska ge ökad kunskap om målgruppens livssi-

tuation och behov krävs en god beredskap hos huvudmännen att ta tillvara inventeringens resultat i sin verksamhets- och resursplanering. Utan en sådan beredskap kan en insamling av uppgifter som rör enskildas personliga livssituation och behov inte utan vidare godtas ur ett etiskt perspektiv. Det handlar exempelvis om att skapa resurser för att möta behov som inte är tillgodosedda, om ett förbättringsarbete för att möta behoven med relevanta insatser eller om att utveckla och bygga upp det uppsökande arbetet för att nå de personer som saknar en relevant kontakt med vård- och stödsystemet.

Insamling av uppgifter utan den enskildes samtycke – till nytta eller skada för den enskilde?

I den metodik som presenteras anges att uppgifter om enskilda i första hand ska samlas in genom personal för att öka genomförbarheten och minska bortfallet. Är detta etiskt försvarbart?

En insamling av uppgifter som inte i första hand syftar till att göra en bedömning av behovet av insatser i det enskilda fallet blir varken till fördel eller till nackdel för en enskild person. Nyttan för den enskilde handlar däremot om att kommunen eller landstinget kan skapa en bild av målgruppens livssituation och behov av insatser på gruppnivå. Nyttan har således en mer indirekt karaktär och kan ställas mot att en inventering inte alls genomförs och det saknas kunskap om målgruppens behov. Man skulle också kunna betrakta frånvaron av en inventering som tvivelaktig ur ett etiskt perspektiv: en utebliven inventering innebär en fortsatt brist på kunskap om förhållandena för en i många avseenden mycket utsatt grupp, som har sämre levnadsvillkor än befolkningen i övrigt.

När inventeringsresultaten ska redovisas är det dock viktigt att beakta risken för att den personliga integriteten hotas. Det får inte finnas någon risk för att enskilda individer kan identifieras i det material som redovisas.

Utvärdering av ett instrument för datainsamling

Socialstyrelsen har tillsammans med en projektgrupp utvecklat ett instrument för datainsamling i form av två inventeringsformulär. Till formulären hör även en ordlista, som ska säkerställa att olika termer tolkas på ett likartat sätt när frågorna besvaras. I det här kapitlet redovisas detta instrument samt en utvärdering av dess struktur, innehåll, begrepp och mätegenskaper.

Utgångspunkten har varit att den information som samlas in ska ge ett tillräckligt brett och tillförlitligt underlag för huvudmännens verksamhets- och resursplanering, samtidigt som den inte ska vara för detaljerad med hänsyn till den enskildes integritet. Det senare har varit särskilt viktigt med tanke på att informationen om den enskilde lämnas av personal utan den enskildes samtycke. De uppgifter som samlas berör, förutom ett antal bakgrundsuppgifter målgruppens livssituation och behov av insatser. De båda inventeringsformulären består av tre delar. Personalformuläret återfinns i bilaga 4.

- DEL 1 – Bakgrundsuppgifter och allmänna uppgifter om enskildas kontakt med olika huvudmän samt samarbetet dem emellan.
- DEL 2 – Inventering av identifierade personers livssituation på ett antal centrala livsområden.
- DEL 3 – Inventering av identifierade personers svårigheter att utföra olika aktiviteter på viktiga livsområden samt behovet av insatser knutna till dessa aktiviteter. I denna del inventeras även mer övergripande hälsoproblem och behovet av insatser på hälsoområdet samt förekomsten av stöd från anhöriga och närstående på olika områden.

Utvärdering av instrumentets struktur, innehåll, begrepp och mätegenskaper

Socialstyrelsen har utvärderat instrumentet för datainsamling och tillhörande ordlista i en pilotinventering av personer mantalsskrivna i Eskilstuna och Strängnäs kommuner.

Utvärdering av instrumentets struktur, innehåll och begrepp

Ett antal uppgiftslämnare som deltog i pilotinventeringen under våren 2009 har svarat på en utvärderingsenkät. Utsedda kontaktpersoner hos de deltagande huvudmännen fick i uppdrag att vidarebefordra utvärderingsenkäten, ordlistan och ett informationsbrev till dessa personer. Utvärderingsenkäten bestod dels av strukturerade frågor, dels av öppna frågor där det var möjligt att skriva kommentarer. De strukturerade frågorna hade fyra svarsalternativ fördelat på två positiva respektive två negativa svarsalternativ.

Uppgiftslämnarna fick även svara på frågor om ordlistan, som innehöll 79 termer eller ordfraser. Ordlistan bestod av definition eller beskrivning av begreppet (om det inte var självförklarande), benämning av termen för begreppet, kommentar, källa samt en kolumn för personalens ställningstagande, dvs. om beskrivning eller definition respektive benämning av term accepterades eller inte. De skulle även ange om det förekom någon synonym till angiven term eller ordfras. Majoriteten accepterade benämningarna (termerna). Däremot var det något lägre acceptans för definitionerna och beskrivningarna. En fjärdedel av respondenterna svarade att det i personalformuläret förekommer synonymer till de termer och ordfraser som används i ordlistan.

I oktober 2009 höll Socialstyrelsen ett särskilt utvärderingsseminarium med den personal som besvarat utvärderingsenkäten. På seminariet diskuterade personalen i grupp fördelar, nackdelar respektive förbättringsförslag kring formulärets struktur, innehåll och begrepp. En person som inte kunde närvara intervjuades på telefon.

Undersökningsgrupp

Totalt svarade 21 uppgiftslämnare på utvärderingsenkäten, varav 14 personer även besvarade ordlistan med informationsinnehåll. Nitton uppgiftslämnare arbetade i kommunens socialtjänst och två personer i landstingets öppenvård psykiatri. Tretton uppgiftslämnare deltog i utvärderingsseminariet.

Tabell 1. Beskrivning av de uppgiftslämnare (personal) som besvarade utvärderingsenkäten (n=21)

Variabel	Antal
<i>Anställning (1 bortfall)</i>	
Arbetsledare	3
Boendestödare/beteendevetare/mentalskötare	11
Beteendevetare/kvalitetssäkringssamordnare	2
Biståndshandläggare	3
Sjuksköterska	1
<i>Utbildning</i>	
Gymnasial	8
Eftergymnasial 2–3år	6
Eftergymnasial 3,5–5 år	6
<i>Antal ifyllda formulär med uppgifter om enskilda individer</i>	
1–3	6
4–6	6
7–9	3
10 och fler	6

Test av instrumentets mätgenskaper

Frågeinnehållet i inventeringsformulärets tredje del har testats i pilotinventeringen genom dels ett test-retest, dels en interbedömarstudie (för förklaring, se nedan). Testet gällde personalens skattningar av enskildas svårigheter och behov av insatser. Något särskilt test av motsvarande formulär för intervju med enskilda personer som saknar kontakt med verksamheter inom kommunen och psykiatrin har inte genomförts. Intervjuformuläret är dock uppbyggt på samma sätt och frågeinnehållet är detsamma, vilket gör att testresultat även kan appliceras på intervjuformuläret.

Ett test-retest innebär att ett antal uppgiftslämnare svarar på samma frågor om samma individ vid två olika tillfällen. Det kan då visa sig att uppgiftslämnarna svarar olika, trots att inga objektiva skillnader finns mellan de olika tillfällena. Förändringarna kan vara stora och gå i olika riktningar. De utförda mätningarna är i så fall mindre tillförlitliga. Man säger att frågorna har dålig eller låg reliabilitet.

En interbedömarstudie undersöker om olika uppgiftslämnare skattar en och samma individs svårigheter och behov av insatser på olika sätt. Ett önskemål är att det ska finnas en överensstämmelse mellan de olika uppgiftslämnarna och att objektiviteten i skattningarna av individens behov ska vara så stor som möjlig.

För att på bästa sätt genomföra studien valdes personal som hade god kännedom om de individer vars behov skulle skattas. Personalen delades in i par (två och två). Dessa fick sedan oberoende av varandra besvara frågeformulären för en identifierad person (interbedömar-reliabilitet). Därefter samlades frågeformulären in. Efter 15 dagar besvarade en i varje par frågeformuläret ytterligare en gång (test-retest-reliabilitet). Undersökningen var godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm och genomfördes av IMS⁷ (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete) på Socialstyrelsen.

I test-retest-studien deltog 53 uppgiftslämnare (40 kvinnor och 13 män) som besvarade frågeformuläret för 122 personer. Huvuddelen av uppgiftslämnarna var boendestödjare (75,4 procent) eller mentalskötare (13,1 procent). I interbedömarstudien deltog 57 uppgiftslämnare (43 kvinnor och 14 män) som besvarade frågeformuläret för 135 personer. Huvuddelen av uppgiftslämnarna hade en funktion som kvalitetssäkringssamordnare (83,8 procent) eller boendestödjare (12,5 procent). En kvalitetssäkringssamordnare har till uppgift att utveckla och upprätthålla olika kvalitetssäkringssystem som sätter brukarens behov och rättigheter i fokus, samt har ansvar för att driva utvecklingsarbete utifrån varje brukares individuella plan.

Totalt besvarade personalen inventeringsformulär för 135 personer: 119 personer i test-retest-studien och 133 personer i interbedömarstudien. Medelåldern på de personer vars behov skulle skattas var 47 år och flertalet bodde ensamma och var födda i Sverige. Över hälften bodde i en bostad med särskild service.

⁷ Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete upphörde i samband med Socialstyrelsens omorganisation 2010. Motsvarande uppgifter ligger nu inom Avdelningen för kunskapsstyrning på Socialstyrelsen.

Frågor om bakgrund, kontakter och samarbete

Den första delen i inventeringsformuläret innehåller allmänna frågor om bakgrund, kontakter och samarbete. Förutom uppgifter om uppgiftslämnaren ingår bakgrundsuppgifter om ålder, kön och födelseland för den person som identifierats tillhöra målgruppen. Dessa uppgifter ger en allmän beskrivning av målgruppen, men kan även användas för att analysera datamaterialet utifrån exempelvis kön och ålder.

I denna del ingår vidare frågor om personens kontakt med kommunen, psykiatri och primärvården samt om han eller hon varit inskriven för psykiatrisk vård det senaste året. Det finns även frågor om samarbetet kring den enskilde och förekomsten av individuella planer som upprättats i samarbete mellan kommun och landsting. Dessa frågor förväntas ge en allmän bild av vilka myndigheter och organisationer som målgruppen har kontakt med, förekomsten av samordnade planer samt det allmänna samarbetet kring målgruppen.

Frågorna i denna del av inventeringsformuläret bygger på liknande frågor som har ställts i tidigare inventeringar och på en diskussion i projektgruppen om frågornas relevans i förhållande till syftet med inventeringen. Frågornas förståelsegrad och relevans har även utvärderats i anslutning till pilotinventeringen. Frågorna accepterades i sin helhet. Det fanns dock enstaka kommentarer kring frågan om födelseland.

Frågor om enskildas livssituation

I den andra delen av inventeringsformuläret ingår frågor om målgruppens livssituation. De frågor som valts utgår från ett antal livsområden som bedömts vara relevanta för målgruppen. De ger en bild av målgruppens livssituation och utgör en viktig bakgrund till den analys som görs av målgruppens behov av insatser. Vid regelbundna inventeringar kan också målgruppens livssituation följas över tid.

De livsområden och typer av frågor som valts har prövats i många inventeringar efter psykiatrireformen och ingick också i de lokala utvecklingsprojektens inventeringar. Valda livsområden och utformade svarsalternativ har vidare diskuterats i projektgruppen i förhållande till syftet med inventeringen.

På följande områden har ett antal frågor formulerats:

- boendesituation inklusive om personen bor ensam eller tillsammans med annan/andra vuxna eller med egna eller andras barn
- utbildning
- arbete och sysselsättning
- försörjning
- deltagande i föreningsverksamhet eller intresseorganisationer.

Frågornas relevans har även utvärderats i anslutning till pilotinventeringen. Majoriteten (18 av 20) av respondenterna svarade att frågorna som avser målgruppens livssituation var relevanta i förhållande till syftet med inventeringen, alltså att få ett bra underlag för planering och utveckling av verk-

samheten för den aktuella målgruppen. Svarsalternativen på några frågor har dock förtydligats utifrån de kommentarer som lämnades.

Skattning av svårigheter, hälsoproblem och behov av insatser

Nya grupper av personer med psykisk funktionsnedsättning framträder över tid och de psykiska sjukdomarna förändras. Likaså förändras behovet av insatser över tid, samt de insatser som huvudmännen erbjuder. En skattning av enskildas behov av insatser behöver därför ge en så tidlös och generell bild som möjligt för att huvudmännen ska kunna bygga upp relevanta och behovsanpassade insatser för målgruppen. Projektgruppen har därför bedömt att behoven bör inventeras skilt dels från målgruppens diagnosbild, dels från de insatser som redan förekommer i verksamheterna.

Att samla information om specifika och redan förekommande insatser riskerar att motverka en mer tidlös och generell bild av behoven. Det instrument som har tagits fram utgår därför från de svårigheter målgruppen har att utföra viktiga aktiviteter i stället för de behov som kan relateras till redan angivna insatser. Ett sådant angreppssätt underlättar även möjligheten att identifiera behov som inte är tillgodosedda, vilket är högst väsentligt när en verksamhet som motsvarar målgruppens behov ska byggas upp. I del tre av inventeringsformuläret skattar således personalen individens svårigheter att utföra vissa aktiviteter på viktiga livsområden och hur behovet av insatser ser ut relaterat till dessa svårigheter.

Personer med psykisk funktionsnedsättning har betydligt sämre kroppslig (somatisk) hälsa än befolkningen i övrigt [6,7,8,9]. Personer med psykisk sjukdom har även en ökad dödlighet jämfört med befolkningen som helhet, framför allt på grund av somatiska sjukdomar och självmord. De somatiska sjukdomar som personer med psykisk funktionsnedsättning ofta drabbas av är diabetes, fetma och olika hjärt- och kärlsjukdomar. Dessa är alla sjukdomar som kan kopplas dels till livsstilsfaktorer, dels till biverkningar av olika psykofarmaka. Även försämrad tandstatus är vanligt. Drog- och alkoholmissbruk hos personer med psykisk funktionsnedsättning medför ökad risk för somatiska sjukdomar (SOU 2011:6 s. 232–233). Mot bakgrund av detta bedöms det angeläget att också identifiera behov av vårdinsatser på hälsoområdet. Uppgifter om enskildas hälsa bör dock samlas in med stor försiktighet. Frågorna i denna del har därför en allmän och övergripande karaktär och syftar till att fånga upp behovet av insatser i stort på områden som somatisk hälsa, tandvård och missbruksproblem.

Val av livsområden och aktiviteter

Skattningen av svårigheter och behov bygger på Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och dess indelning av olika livsområden (domäner) och aktiviteter. I det instrument som har utvecklats identifieras behoven av insatser utifrån den enskildes svårigheter att utföra ett antal aktiviteter på viktiga livsområden. ICF utgår från en biopsykosocial modell som består av två delar med vardera två komponenter. Den första delen är funktionstillstånd med komponenterna kroppsfunktioner

och strukturer, samt aktiviteter och delaktighet. Den andra delen är kontextuella faktorer med komponenterna omgivningsfaktorer och personliga faktorer. De olika delarna interagerar med varandra.

ICF har använts i den del som beskriver domänen för aktivitets- och delaktighetskomponenten. Där listas aktiviteter som personer med funktionsnedsättning kan ha svårt att utföra (aktivitetsbegränsningar) på olika livsområden, från grundläggande lärande till sammansatta områden såsom sociala uppgifter [1]. Från denna lista har projektgruppen i det nationella projektet valt ut ett antal livsområden och aktiviteter som har bedömts vara relevanta för en inventering av behovet av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Liknande områden har även angetts i tidigare inventeringar, i frågor om enskildas funktionsnivå. Projektgruppen har vidare diskuterat valet av livsområden och ett antal aktiviteter (aktivitetsbegränsningar). Ett första förslag till aktiviteter på några livsområden prövades tillsammans med ansvariga och personal i samband med förberedelserna till pilotinventeringen.

Det finns stora fördelar med att de uppgifter som samlas in utgår från ett etablerat klassifikationssystem med ett standardiserat språk. Genom att inventera den enskildes förmåga att utföra olika typer av aktiviteter utifrån ett urval av ICF-kategorier, får personalen en ökad förståelse för vad en psykisk funktionsnedsättning kan betyda i det dagliga livet.

Frågeformulärets innehåll – del 3

Svårigheter och behov av insatser på viktiga livsområden

Den tredje delen av inventeringsformuläret består av frågor som omfattar sex olika livsområden: (1) boende, personlig vård och hemliv, (2) kommunikation och förflyttning, (3) mellanmännsliga relationer, (4) lärande och utbildning, (5) arbete, sysselsättning och ekonomi, (6) samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv. De aktiviteter som valts för respektive livsområde är:

Boende, personlig vård och hemliv:

- personlig vård
- sköta sin medicinering
- handla mat
- bereda enklare måltider
- städa och tvätta.

Kommunikation och förflyttning:

- kommunicera genom att ta emot eller ge information
- använda telefon för kommunikation (inklusive sms)
- använda IT för kommunikation
- använda offentliga transportmedel.

Mellanmännsliga relationer:

- familjerelationer

- informella relationer (t.ex. sociala relationer med vänner, grannar, bekanta eller motsvarande)
- formella relationer (till exempel kontakt med myndigheter eller hälso- och sjukvården).

Lärande och utbildning:

- lösa vardagsproblem
- tala, läsa och skriva på svenska språket
- befinna sig i en utbildningssituation.

Arbete, sysselsättning och ekonomi:

- skaffa eller behålla ett arbete
- delta i strukturerad sysselsättnings- eller rehabiliteringsverksamhet
- delta i öppen verksamhet med social samvaro
- hantera egen ekonomi.

Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv:

- delta i förenings- eller intresseorganisationer
- utöva rekreations- eller fritidssysselsättning.

Majoriteten (19 av 20) av de uppgiftslämnare som svarade på utvärderingsenkäten ansåg att de livsområden som har valts var relevanta i förhållande till syftet med inventeringen, alltså att få ett bra underlag för att planera och utveckla verksamheten för den aktuella målgruppen. Vidare ansåg 18 av 21 svarande att de aktivitetsområden som hade valts inom de olika behovsområdena också var relevanta i förhållande till syftet med inventeringen. De ville varken ta bort något eller komplettera aktivitetsområdena.

Det fanns dock en hel del kommentarer kring de aktivitetsområden som fanns med i den version som användes i pilotinventeringen. Dessa har lett till vissa justeringar i det slutliga frågeformuläret. Det handlar både om förtydliganden (bland annat av de språkliga begreppen) och om aktivitetsområdenas avgränsning. Som exempel kan nämnas aktiviteten ”skaffa och behålla arbete” där aktiviteten har förtydligats att endast vara aktuell för personer under 65 år.

Problem och behov på hälsoområdet

I den tredje delen av inventeringsformuläret ska personalen även skatta en persons behov av insatser på några övergripande hälsoområden, inklusive behov av insatser från den psykiatriska verksamheten. De områden som anges är:

- somatisk/kroppslig hälsa
- tandhälsa
- alkoholproblem
- narkotikaproblem inklusive narkotikaklassade läkemedel
- problem med tobak (inklusive snus)

- psykisk hälsa.

En diskussion om området ”hälsa” fördes på det utvärderingsseminarium som anordnades i Eskilstuna. Diskussionen gällde dels den somatiska hälsan, dels missbruksproblematiken. Flera ansåg att vissa viktiga sjukdomar också skulle inventeras, exempelvis diabetes, smärtproblematik, viktproblem (över- och undervikt) och hjärt- och kärlsjukdomar. Projektgruppen bedömer dock att mer detaljerade uppgifter om enskildas kroppsliga hälsa inte hör hemma i en inventering som syftar till att ge en övergripande bild av behoven på hälsoområdet.

I testversionen användes vidare begreppet beroende, vilket förknippades med att en person skulle ha en beroendediagnos. I slutversionen används därför begreppet ”problem” med alkohol, narkotika och tobak för att tydliggöra att personalens skattning inte ska grundas på om det finns en mer systematisk bedömning (till exempel diagnos) av problemen. Skattningen ska snarare grundas på en uppfattning om huruvida det finns problem som är så omfattande att det påverkar den enskildes liv på ett negativt sätt.

Stöd från anhöriga eller närstående

I den tredje delen av inventeringsformuläret ingår även frågor om huruvida den enskilde har ett stöd från anhöriga eller närstående som kompenserar hans eller hennes svårigheter med att utföra den aktivitet som anges. Uppgifter om huruvida den enskilde har tillgång till ett sådant stöd har bedömts vara viktiga att samla in i en inventering av målgruppen. Uppgifterna är centrala när omfattning och innehåll av stödet till anhöriga eller närstående ska planeras, men också för att ha god beredskap för de behov som kommun och landsting kan komma att behöva tillgodose den dag stödet från anhöriga eller närstående upphör.

Inventeringsformulärets konstruktion – del 3

Inventeringsformuläret i denna del är utformat som en personalskattning, där personal skattar en persons svårigheter och behov utifrån sin professionella kompetens. Inom varje livsområde listas ett antal aktiviteter (se ovan) där en skattning ska göras. Personalen ska inom varje livsområde och för varje aktivitet skatta: (A) om personen under de senaste sex månaderna har haft svårighet att utföra aktiviteten på egen hand, (B) om personen under de senaste sex månaderna har fått stöd från anhörig eller närstående att utföra aktiviteten och (C) om personen har ett aktuellt behov av insats från kommun eller landsting för att få stöd att utföra aktiviteten eller för att utveckla sin förmåga inom det aktuella området.

För varje hälsoområde ska personalen för varje område ange: (A) om personen de senaste sex månaderna har haft problem med sin hälsa inom det angivna området, (B) om personen de senaste sex månaderna har fått stöd från anhörig eller närstående för sitt hälsoproblem inom det angivna området och (C) om personen har aktuella behov av åtgärder från kommun eller landsting för sitt hälsoproblem inom det angivna området.

A. Skattning av svårighet

Personalen skattar svårigheten genom att ange hur det fungerar för personen att utföra aktiviteten helt på egen hand, alltså utan hjälp från någon annan person. Skattningen ska göras på en femgradig skala. Denna femgradiga skala är hämtad från ICF.

- 0 = ingen svårighet, personen klarar av att utföra aktiviteten på egen hand
- 1 = lätt svårighet
- 2 = måttlig svårighet
- 3 = stor svårighet
- 4 = total svårighet

Det finns dessutom möjlighet att ange om den personal som gör skattningen saknar information för att kunna besvara frågan eller om det inte är aktuellt för personen att utföra aktiviteten.

Hälften av uppgiftslämnarna som svarade på enkäten i utvärderingen tyckte att det var lätt att använda skalstegen för bedömning av svårighetsgrad. Under utvärderingsseminariet angav enstaka uppgiftslämnare att de var osäkra på skalstegen. Det handlade om att personal som uppgiftslämnare kan uppfatta den enskildes svårigheter på olika sätt, att skillnaden inte alltid är så stor mellan skalstegen samt att delar av en svårighet kan ligga på olika nivåer. I testversionen fanns ingen tidsangivelse för hur långt tillbaka i tiden en svårighet skulle anges, vilket var en viktig kommentar från flera i undersökningsgruppen.

Prövningen av skalstegen (test-retest och interbedömarstudien) för svårighet på den femgradiga skalan visade dock att hela skalan hade utnyttjats. Mer än hälften av de uppgiftslämnare som hade svarat angav samma skalsteg. Huvuddelen av de resterande uppgiftslämnarna hade förändrat sina svar endast ett skalsteg. Socialstyrelsen har därmed bedömt att skalstegen är tillräckligt tillförlitliga för att kunna användas i frågeformuläret. En tidsangivelse har dock införts i slutversionen.

A Skattning av hälsoproblem

Uppgiftslämnarna skattar enskildas hälsoproblem på olika hälsoområden genom att ange om det finns ett problem eller inte. Undantaget är området psykisk hälsa. Där ska personalen i den slutliga versionen inte skatta om det finns problem eller inte utan endast ange om personen har ett aktuellt behov av åtgärd från psykiatrin.

I testversionen användes en femgradig skala för att gradera omfattningen av hälsoproblemet. Denna har tagits bort i den slutliga versionen. Skälet är framför allt att inventeringen på hälsoområdet bör ha en mer övergripande karaktär med hänsyn tagen till enskildas integritet. Testet av instrumentets mätegenskaper gav även låga värden för graderingen av problemen kring den psykiska och somatiska hälsan.

B. Skattning av stöd från anhörig eller närstående

Efter att uppgiftslämnaren skattat en persons svårigheter med att utföra en viss aktivitet anger hon eller han om personen haft stöd eller inte från anhörig eller närstående med att utföra denna aktivitet. Stödet ska relateras till de

svårigheter uppgiftslämnaren känner till att personen har för att utföra den angivna aktiviteten. Stödet ska också ha pågått under minst sex månader, vara regelbundet och täcka en stor del av de svårigheter uppgiftslämnaren känner till. Uppgiftslämnaren ges även möjlighet att uppge att svaret på frågan inte är känt.

Två tredjedelar av uppgiftslämnarna som svarade på utvärderingsenkäten tyckte att det var lätt att ange om personen fick stöd av anhöriga eller närstående eller inte. I testversionen gällde frågan även stöd från grannar och intresseorganisationer, vilket ansågs behöva separeras från stödet från anhöriga och närstående. I den slutliga versionen av inventeringsformuläret har också ”stöd av andra” preciserats till att enbart omfatta anhörig eller närstående. Även en tidsangivelse på sex månader har tillförts.

C. Skattning av behov av insats

Till sist skattar uppgiftslämnaren personens aktuella behov av insats från kommun eller landsting för att kompensera sina svårigheter eller för att utveckla sin förmåga på det angivna aktivitetsområdet. Denna skattning ska utgå från uppgiftslämnarens uppfattning och inte ta hänsyn till om personen tackat nej till en erbjuden insats vid ett tidigare tillfälle eller om det finns en lämplig insats att tillgå. På hälsoområdet skattas personens behov av åtgärd relaterat till de olika hälsoområdena. Skattningen av behovet av insats respektive åtgärd görs på en femgradig skala. Grunden till denna skala är hämtad från bedömningsinstrumentet NSSQ (Need of Support and Service Questionnaire) [26]. Projektgruppen i det nationella projektet har dock ändrat ordningsföljden och till viss del justerat alternativen.

- 0= Har ej behov av insats eller Har pågående insats/insatser som kan upphöra
- 1= Har pågående insats/insatser men dessa kan minska
- 2= Har pågående insats/insatser som motsvarar behoven
- 3= Har pågående insats/insatser men har behov av ytterligare eller förändrad insats
- 4= Har ingen insats men behov av insats/insatser
- 9= Ej känt

Hälften av uppgiftslämnarna i utvärderingen tyckte det var lätt att använda svarsalternativen för att skatta behov av insats. Enstaka personer pekade i utvärderingsseminariet på vissa svårigheter, vilket har påverkat den slutliga versionen av frågeformuläret. Exempelvis har behovet av insatser förtydligats i inledningstexten till den skattning som ska göras. I testversionen användes begreppet bedömning. För att tydliggöra att uppgiftslämnarna inte förväntas bedöma den enskildes behov av insatser används i stället ordet skattning i den slutliga versionen av frågeformuläret.

Instrumentets relevans och reliabilitet

I den slutliga versionen av instrumentet för datainsamling ligger tonvikten på instrumentets relevans för det syfte som anges för en inventering, dvs. att få en övergripande bild av målgruppens livssituation såväl som av dess behov av insatser på viktiga livsområden, inklusive hälsoområden. Utgångs-

punkten är att frågorna ska vara relevanta för utvecklingen av en bättre behovsanpassning av verksamheterna. Frågorna ska vidare ge en generell bild av behovet av insatser som baseras på målgruppens aktivitetsbegränsningar snarare än av olika diagnoser eller de faktiska insatser som finns tillgängliga. På hälsoområdet avser instrumentet att ge en ännu grövre bild på ett fåtal och generella hälsoområden.

Tanken är att instrumentet ska kunna användas både av personal som har en god kännedom om den person som identifieras och av personal som har en mer begränsad kunskap om de enskilda. En grundläggande förutsättning är således att instrumentet innehåller frågor som uppgiftslämnaren inte alltid har kunskap om. När instrumentet testades i pilotinventeringen visade det sig att det fanns områden där uppgiftslämnarna i relativt hög utsträckning inte har kunnat skatta personens svårigheter, hälsoproblem eller behov av insatser. Exempel på sådana områden är somatisk hälsa, tandhälsa och att delta i föreningsliv. Även för frågan om stöd från anhöriga eller närstående fanns en lägre grad av kunskap hos uppgiftslämnarna. Trots detta kan dessa områden motiveras utifrån den relevans de har för målgruppen och utvecklingen av verksamheterna. Exempelvis har det visat sig att hälso- och sjukvården inte i tillräckligt hög grad har uppmärksammat den kroppsliga hälsan hos personer med psykisk sjukdom. Mot bakgrund av detta är det därför viktigt att kända behov på hälsoområdet ändå samlas in i en inventering.

De frågor som ställs för att ge en bild av målgruppens livssituation, svårigheter och behov av insatser har dels prövats i tidigare inventeringar, dels hämtats från ICF:s områden för aktivitetsbegränsningar. En strävan har varit att förankra och diskutera innehållet i instrumentet så grundligt som möjligt på olika nivåer och i flera led.

Utvärderingen av instrumentets struktur, innehåll, begrepp och måtegenskaper har dock medfört vissa justeringar av det ursprungliga instrumentets innehåll, begrepp och konstruktion. Exempelvis har några aktivitetsområden delats medan andra har slagits samman. På hälsoområdet har graderingen av hälsoproblem helt tagits bort. I den slutliga versionen har formuleringen av aktivitetsområdena bättre anpassats till ICF:s benämningar. Det ökar också möjligheterna att relatera inventeringens resultat till andra studier. För övrigt har några begrepp som inte går att härleda från ICF förtydligats i ordlistan, till exempel kommunal sysselsättnings- och rehabiliteringsverksamhet, alkohol- och narkotikaproblem. "Behovsområde" har bytts ut mot "livsområde" för att bättre anpassas till ICF:s terminologi.

Med de justeringar som gjorts i den slutliga versionen bedöms instrumentet vara tillräckligt relevant och tillförlitligt för att kunna ge ett acceptabelt underlag för huvudmännens resurs- och verksamhetsplanering för personer med psykisk funktionsnedsättning. I bilaga 4 ges en utförligare redovisning av instrumentets validitet och reliabilitet.

Bearbetning, analys och användning av inventeringsresultatet

En central fråga som de lokala utvecklingsprojekten lyfte fram var hur inventeringsdata skulle bearbetas, analyseras och sammanställas för att bli ett användbart underlag för verksamheternas planering, uppföljning samt för överenskommelser om samarbete.

Hur kan datamaterialet bearbetas och analyseras?

När datamaterialet ska bearbetas och analyseras behöver både mer generella och mer specifika frågeställningar beaktas. De generella frågeställningarna är viktiga för jämförelse över tid i en viss kommun samt för jämförelser mellan kommuner med motsvarande befolkningsunderlag. De specifika frågeställningarna behöver diskuteras utifrån lokala behov av kunskap och planeringsunderlag. När materialet bearbetas och analyseras kan också områden som tidigare inte uppfattats som problematiska bli synliga. Det kan leda till en fördjupad bearbetning och analys på ett specifikt område.

Några olika principer för hantering av svar från flera uppgiftslämnare för samma individ

När Socialstyrelsen sammanfogade uppgifterna i en databas vid den pilotinventering som gjordes för personer i målgruppen mantalsskrivna i Eskilstuna och Strängnäs, prövades några principer för att hantera flera besvarade frågeformulär med uppgifter om samma individ. Det gällde enbart den del av frågeformuläret som går ut på att skatta enskildas svårigheter och behov av insatser på ett antal områden. Följande principer prövades:

- Det svar som gavs av den uppgiftslämnare som hade haft längst kontakt med den enskilde fick företräde framför andras svar.
- Det svar som gavs av den uppgiftslämnare som hade tätast kontakt med den enskilde fick företräde framför andras svar.
- Det svar som angav störst grad av svårighet och mest behov av insatser på ett visst område valdes framför andra svar.

Prövning av dessa tre principer visade att det endast fanns marginella skillnader. Den princip som valdes när datamaterialet från pilotinventeringen sammanfogades till en databas var den sistnämnda. Argumentet för detta var att de behov av insatser som anges ska uppmärksammas, även om det kan innebära en viss överskattning av behoven.

Olika grupperingar av datamaterialet

När en analys av datamaterialet görs kan ansvarig person för databearbetningen ta fram ett antal underlagstabeller som belyser de olika frågeställningarna i frågeformuläret uppdelade på förslagsvis olika åldersgrupper (unga, vuxna och äldre) samt på viktiga delgrupper som exempelvis personer med samtidiga missbruksproblem. På så vis kan man belysa livssituationen och behovet av insatser för bland annat personer med samtidiga missbruksproblem eller för unga vuxna.

En sådan gruppering av datamaterialet ökar möjligheterna att identifiera viktiga förbättringsområden som berör dessa gruppers specifika livssituation och behov. En avvägning behöver dock göras i förhållande till populationens storlek. När datamaterialet delas in i flera grupper finns det en risk för att vissa uppgifter kan härledas till enskilda individer, vilket måste undvikas. När en inventering görs i samarbete mellan flera kommuner och ett landsting ökar dock möjligheterna att dela in materialet i delgrupper på länsnivå.

En indelning kan även göras i relation till vem som identifierat en person. En grupp kan exempelvis bestå av personer som huvudsakligen kommunen identifierat, en annan grupp av personer som huvudsakligen psykiatrin/landstinget identifierat och en tredje grupp av personer som identifierats av både kommunen och landstinget (psykiatrin). En sådan gruppering kan tydliggöra omfattningen av de personer som behöver insatser men saknar en etablerad kontakt med kommunen respektive psykiatrin. Indelningen blir på så sätt ett underlag för utvecklingen av det uppsökande arbetet. Likaså kan en sådan gruppering användas som underlag för att belysa behovet av en utveckling av samarbetet.

Bild av målgruppens livssituation

Det är fördelaktigt att ta fram en översiktlig bild av målgruppens livssituation på viktiga livsområden. Den kan användas i analysen av behovet av insatser samt för att beskriva målgruppens livssituation över tid. Här kan det också finnas skäl att särskilt belysa dessa frågor dels för de unga, dels för de äldre. Några aspekter som kan belysas:

- Andel personer som har respektive saknar stadigvarande bostad. Det är också viktigt att uppmärksamma personer som är placerade utanför kommunen, är hemlösa eller bor hos föräldrar.
- Andelen personer som bor tillsammans med egna eller andras barn är en central uppgift för att diskutera hur stödet till barnen och deras föräldrar ska kunna utvecklas.
- Målgruppens utbildningsnivå, arbets- och sysselsättningssituation samt deltagande i föreningsliv och intresseorganisationer är centrala uppgifter för att analysera målgruppens delaktighet i samhällslivet.

Bild av svårigheter och behov av insatser på angivna livs- och hälsoområden

Den tredje delen i frågeformuläret syftar till att ge en bild av hur svårigheterna och behovet av insatser ser ut på viktiga livsområden. På ett seminari-

um med ledningsgruppen för pilotinventeringen diskuterades frågan om hur det insamlade datamaterialet skulle bearbetas och analyseras för att ge ett bra planeringsunderlag. Några aspekter som togs upp:

- För att få ett underlag för planeringen av resurser behövs ett sätt att beskriva tyngden av svårigheter och behov av insatser.
- I underlaget för planeringen är det viktigt att skilja på gruppen som behöver insatser men saknar sådana och gruppen som har insatser men behöver mer insatser eller annan insats. För den första gruppen behöver man diskutera ett tillskott av resurser och behovet av ett uppsökande arbete. För den andra gruppen kan det däremot handla om att utveckla metoderna för bedömning och planering på individnivå i syfte att ge insatser som bättre motsvarar den enskildes behov.
- Gruppen personer vars behov var okänt behöver undersökas närmare.
- Några delgrupper vars svårigheter och behov av insatser särskilt behövde belysas ansågs vara: personer som varit intagna för sluten psykiatrisk vård under det senaste året och personer med samtidiga missbruksproblem.
- Insamlade data skulle också kunna ge svar på mer specifika frågor. Ett exempel var huruvida behovet av tandvård var bättre tillgodosett för personer som bor i bostad med särskild service jämfört med personer i ordinärt boende.

I målgruppen finns personer med både lättare och större svårigheter. Svårigheterna kan även variera i förhållande till de olika livsområdena. Om man delar upp de personer som har inga eller lättare svårigheter för sig och de som har måttliga och större svårigheter för sig, kan man få en bild av tyngden av målgruppens svårigheter på olika livsområden. För den grupp som har måttliga och större svårigheter på ett visst livsområde kan behovet av insatser sedan redovisas för de aktiviteter som anges i frågeformuläret.

För angivna hälsområden görs dock inte en sådan indelning, eftersom det saknas en gradering av hälsoproblemet.

Analys mot bakgrund av verksamheternas utbud och resurser

Bilden av behovet av insatser på olika livsområden kan analyseras mot bakgrund av målgruppens livssituation, men också mot bakgrund av de resurser, verksamheter och insatser som finns tillgängliga hos kommun och landsting. För analysen är det viktigt att ta fram en karta över de insatser som huvudmännen erbjuder, men också för vad de enskilda verksamheter och privata alternativ som är tillgängliga för målgruppen kan erbjuda. Hur ser exempelvis tillgången till de psykosociala insatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna ut för personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd? Hur många platser finns tillgängliga på de särskilda boendena? Vilken typ av sysselsättningsverksamheter och sysselsättningsinsatser finns uppbyggda i kommunens regi eller i alternativa former?

Bristande kunskap om målgruppens livssituation och behov av insatser

När personalen saknar kunskap om en identifierad persons livssituation, svårigheter och behov av insatser markeras detta i en särskild ruta i frågeformuläret. Bristen på kunskap om målgruppen eller delar av målgruppen kan därmed lyftas upp och vara ett viktigt underlag i diskussionen om hur kunskapen på olika områden skulle kunna öka. Dessa områden kan förvisso ha stor betydelse för enskilda personer i målgruppen och för deras möjligheter till ökad hälsa och delaktighet i samhällslivet.

Exempel på generella frågeställningar i analysarbetet

En del i analysarbetet är att diskutera vilka slutsatser som kan dras och vilka förslag till utveckling och förbättring som kan formuleras. Denna diskussion förs med fördel tillsammans med chefer, personal samt representanter från brukar- och anhörigorganisationer. De slutsatser som formuleras med utgångspunkt i inventeringsresultatet behöver dock relateras till de begränsningar och felkällor som kan identifieras i inventeringen.

Exempel på mer generella frågeställningar som huvudmännen kan använda i sin analys av datamaterialet är:

- Vilka grupper av personer i målgruppen har troligen inte kunnat identifieras i inventeringen?
- Har personerna i målgruppen kontakt med både kommunen och psykiatrin eller enbart med den ena huvudmannen?
- Hur ser samarbetet mellan kommun och landsting ut? Hur är det med individuell planering av insatser i samarbete mellan kommunen och hälso- och sjukvården?
- För vilka grupper av personer i målgruppen saknas information om behov? På vilka områden behöver kunskapen om målgruppen öka?
- Hur ser målgruppens (olika delgruppers) livssituation, svårigheter och behov av insatser ut på olika livsområden i förhållande till det utbud av insatser som finns hos huvudmännen?
- Hur ser målgruppens (olika delgruppers) hälsosituation och behov av insatser ut på olika hälsoområden i förhållande till det utbud av insatser som finns hos huvudmännen?
- Hur stor andel av målgruppen (olika delgrupper) får sina behov tillgodosedda eller ej tillgodosedda på olika aktivitetsområden?
- Vilken typ av insatser behöver öka eller byggas upp för att motsvara behoven hos målgruppen (olika delgrupper)? Vilken typ av insatser kan upphöra eller minska?
- Vad behöver göras på kort och lång sikt? Var finns de största bristerna, där insatser behöver byggas ut eller utvecklas på kort sikt? Hur omfattande är stödet från anhöriga och närstående och på vilka områden behöver det finnas en beredskap på lång sikt?
- Vilka informationsinsatser och uppsökande och förebyggande insatser behöver vidtas? Hur stora är de grupper som har behov, men

saknar pågående insatser och en etablerad kontakt med kommunen eller psykiatrin?

Hur kan inventeringsresultatet användas?

Inventeringsresultatet kan användas som underlag dels för planering av det informerande och uppsökande arbetet, dels för planering av huvudmännens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Det kan även användas som underlag för huvudmännens uppföljning av sin verksamhet för målgruppen samt för upprättandet av överenskommelser om samarbete. När flera kommuner i ett län och ett landsting gör en inventering tillsammans, erhålls även ett underlag för överenskommelser mellan kommuner. Det kan exempelvis handla om att olika delgrupper (till exempel unga personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar) behöver specifika insatser som en kommun ensam inte har möjlighet att bygga upp.

En inventering av målgruppens storlek och behov av insatser som sker i samarbete mellan socialtjänsten och psykiatrin ger en gemensam bild av behoven. Det är en viktig förutsättning för att huvudmännen ska kunna planera sin verksamhet i samverkan. I slutbetänkandet från psykiatriutredningen (SOU 1992:73 s. 319) lyfte man fram vikten av en lokalt utformad verksamhetsplan som borde upprättas årsvis och innehålla ”behov av boende, sysselsättning, fritidsaktiviteter samt behov av vård och rehabilitering för psykiskt störda”. Även befintliga och planerade resurser inom psykiatrin samt inom respektive kommun eller stadsdel borde anges i en sådan plan.

Inventeringsresultat som underlag för den informerande och uppsökande verksamheten

För att få en uppfattning om hur stor andel av den förväntade målgruppen som identifierats i inventeringen kan kommunuppgifter om antalet personer i den vuxna befolkningen inhämtas. En analys behöver göras av mörkertalet och vilka grupper av personer som inte identifierats i inventeringen. I det sammanhanget är det särskilt viktigt med en analys av andelen personer fördelad på kön och ålder i förhållande till förväntat antal, med tanke på att både äldre och yngre personer kan vara svårare att identifiera i kommunens organisation. Hur mörkertalet kan påverka inventeringens resultat behöver också diskuteras.

Både en låg andel av identifierade personer och en hög andel personer vars behov inte är tillgodosedda utgör viktiga incitament för att diskutera ett informerande och uppsökande arbete i syfte att nå fram till målgruppen med adekvata insatser.

Inventeringsresultat och nationella riktlinjer som underlag för planering av verksamheten

Personer med psykisk funktionsnedsättning har behov av insatser som anpassas till deras specifika situation och svårigheter, och som också kan leda till en förbättrad livssituation eller hälsa. Det innebär att de behandlings-

och stödinsatser som byggs upp bör ingå i ett varierat utbud av insatser och inkludera de insatser och åtgärder som har visat sig ge goda resultat.

Socialstyrelsen har utarbetat nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd [27]. Syftet med riktlinjerna är att stärka den enskildes möjligheter att få god vård och omsorg. Riktlinjerna utgår därför ifrån bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap om insatser och deras effekter. De är tänkta att användas som ett underlag för beslutsfattare inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i beslut om fördelning av resurser och berör då samtliga verksamheter som erbjuder vård och stödinsatser till personer med schizofreni. De nationella riktlinjerna ger rekommendationer på gruppnivå om vad socialtjänsten och hälso- och sjukvården bör göra eller inte göra.

Socialstyrelsen har också utarbetat nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [28]. Riktlinjerna innehåller bland annat rekommenderade insatser och åtgärder för barn och unga, vuxna samt läkemedelsbehandling för äldre personer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård [29] finns även ett avsnitt som berör missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och somatisk sjukdom (samsjuklighet).

Socialstyrelsen har även utarbetat nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [30], vilka i viss mån kan tillämpas på personer med psykisk funktionsnedsättning. Riktlinjen berör metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Vilken typ av insatser motsvarar målgruppens behov?

Den bild inventeringen ger av målgruppens svårigheter och behov av insatser på viktiga livsområden utgör underlag för analys. De är också en grund för en förutsättningslös diskussion kring vilken typ av insatser som skulle kunna motsvara målgruppens svårigheter och behov. Frågan är vilka typer av insatser som bör finnas tillgängliga hos huvudmännen för att motsvara målgruppens behov och i vilken omfattning. Mot bakgrund av detta och en kartläggning av huvudmännens verksamheter och insatser, kan ett antal förslag formuleras kring vilka insatser och verksamheter som ska införas, byggas ut, minska eller upphöra. När sådana förslag formuleras kan huvudmännen även diskutera behovet av gemensamma verksamheter mellan kommun och landsting alternativt mellan flera kommuner.

Psykosociala insatser kan motsvara målgruppens behov på vissa områden

Psykosociala insatser syftar huvudsakligen till att minska symtom och ge ökad livskvalitet för personer med schizofreni. De ska också bidra till att bibehålla eller ge ökad funktion för sådant som boende, arbete och relationer samt ge ökad delaktighet i samhället. De nedanstående punkterna visar vilka områden som finns i riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni. Inom varje område finns en eller flera insatser redovisade [27].

- Tidiga insatser (åtgärder) för nyinsjuknade personer.

- Insatser (åtgärder) för att öka individens deltagande i vård och omsorg.
- Psykopedagogiska insatser (åtgärder) för att ge kunskap om sjukdomen.
- Familjeinterventioner för att minska stressen i familjen och förebygga återfall.
- Stöd i föräldraskap för personer med schizofreni.
- Psykologisk behandling mot kvarstående symtom.
- Kognitiv träning för att förbättra funktionsnedsättningar.
- Insatser (åtgärder) för att förbättra sociala färdigheter, till exempel träning enligt ESL-modellen.
- Insatser (åtgärder) för ökad delaktighet i form av arbetslivsinriktad rehabilitering och sysselsättning, till exempel ett individanpassat stöd till arbete enligt IPS-modellen (Individual Placement and Support) för personer som önskar ett arbete.
- Boende och insatser (åtgärder) i form av anpassat stöd, till exempel en boendelösning enligt bostad först-modellen för hemlösa personer.
- Samordnade insatser (åtgärder) för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg för personer som har komplexa behov av insatser för att bland annat förhindra hemlöshet och social utsatthet (ACT-modellen).
- Behandling med psykosociala åtgärder för missbruk eller beroende samtidigt med åtgärder för den psykiska sjukdomen.

De insatser som den sista punkten åsyftar går exempelvis ut på motiverande intervention och kognitiv beteendeterapi som ges i tillägg till sedvanlig behandling för psykosjukdomen och social färdighetsträning med särskilt fokus på missbruksproblemets betydelse. Dessa åtgärder ges under en begränsad period. Olika missbruksinterventioner kan också ingå inom ramen för olika integrerade vård- och stödåtgärder som pågår under längre tid.

Samordnad behandling vid samtidiga missbruksproblem

De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård [29] visar att samordnad behandling av missbruk eller beroende och samtidig psykiatrisk störning eller sjukdom oftast sker i ett gemensamt team inom samma verksamhet. Inom denna integreras behandling för båda tillstånden med sociala insatser. Riktlinjerna anger att det i några studier visat sig att sådan samordnad behandling är mer effektiv än när missbruket eller beroendet och den psykiatriska störningen eller sjukdomen behandlas separat inom olika verksamheter.

Det finns alltså empiriskt stöd för att samordna behandlingarna för båda tillstånden. Detta kan ske i särskilda team inom en verksamhet, men också genom samordning mellan verksamheter eller genom att verksamheterna tillsammans bildar en gemensam speciell enhet utanför de båda huvudansvariga (kommun och landsting).

Samordning av verksamheterna kräver koordinering av behandlingar och insatser. Socialstyrelsen har följt upp psykiatrireformens satsning på samordning kring personer med samsjuklighet. Resultaten talar för att samverkan bör grunda sig på en överenskommelse mellan myndigheter och verksamheter vad gäller arbetsfördelning och med en ekonomisk grund för samverkan. Att samordna behandlingen inom samma verksamhet har ännu inte visat sig vara bättre än att samordna behandlingen mellan flera verksamheter. Det avgörande är att samordningen utgår från den enskilda klientens eller patientens behov.

Inventeringsresultatet som underlag för uppföljning

Vid regelbundna inventeringar kan resultatet användas för att följa målgruppens livssituation och behov av insatser över tid och för jämförelser med tidigare resultat. Exempelvis kan det vara viktigt att följa hur såväl psykiatrireformens målgrupp som de ”nya gruppernas” livssituation och behov av insatser utvecklas. En förutsättning för detta är dock att resultatet sparas på gruppnivå på ett sätt som gör det möjligt att jämföra resultaten från olika inventeringar. Exempel på uppföljningsfrågor:

- Har målgruppen (olika delgrupper) ökat eller minskat?
- Har livssituationen för målgruppen (olika delgrupper) förändrats?
- Ökar eller minskar svårigheterna för målgruppen (olika delgrupper) att utföra angivna aktiviteter på viktiga livsområden?
- Hur stor del av målgruppen (olika delgrupper) har tillgodosedda respektive ej tillgodosedda behov?

Inventeringsresultat och underlag för utveckling av samarbetet mellan kommun och landsting

I de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser anger Socialstyrelsen att ansvaret för att genomföra en del av insatserna i riktlinjerna ofta är delat. I många fall krävs samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och även en kontakt med andra aktörer. Exempelvis behöver Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kontaktas vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är därför viktigt att kommuner och landsting tar ställning till hur de ska samverka för att kunna erbjuda rekommenderade insatser, det vill säga vilken huvudman som kan erbjuda vilken eller vilka av de insatser som rekommenderas. Med utgångspunkt i målgruppens behov på viktiga livsområden kan en diskussion föras om vem som ska utöka eller införa vissa av de insatser som rekommenderas i riktlinjerna.

Överenskommelse om samarbete

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommuner skyldiga att ingå överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning (Prop. 2008/09:193). Socialstyrelsen har utifrån denna proposition angett ett antal områden som kan ingå i överenskommelsen [15]. Inventeringsresultatet kan användas som ett av flera underlag för exempelvis följande områden:

- *Gemensamma mål för landstingets och kommunens verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning*

En grundläggande utgångspunkt för överenskommelsen är att huvudmännen gemensamt fastställer det resultat man vill uppnå med de insatser man ger personer med psykisk funktionsnedsättning [15]. Här kan regelbundna inventeringar vara ett av flera underlag för att följa upp de gemensamma målen.

- *Rutiner för samarbete mellan landstinget och kommunen kring enskilda personer med psykisk funktionsnedsättning*

I den övergripande överenskommelsen är det väsentligt för det dagliga patient- och klientarbetet att det framgår vem som ansvarar för att ta kontakter och hur information ska förmedlas [15]. Sådana rutiner och andra som rör individuella planer har därför sin plats i samverkansöverenskommelserna [15]. Redovisningen av inventeringsresultat i form av samverkansmönster och förekomsten av individuella och samordnade planer kan vara ett av flera underlag för att utforma och följa upp rutiner för samarbete kring enskilda personer.

- *Ansvar för boende*

För vissa personer med psykisk funktionsnedsättning kan kommun och landsting behöva bedriva boendeverksamhet eller boendestöd i nära samarbete. Det kan till exempel gälla personer som vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård [15]. För att enskilda individer ska få tillgång till ett fungerande och permanent boende krävs många gånger samordnade vård- och stödinsatser. Som underlag för överenskommelser om samarbete på detta område kan data hämtas från inventeringen som gäller dels vissa delgrupper (som till exempel är föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård, respektive öppen rättspsykiatrisk vård), dels hur målgruppens boendsituation och behov av insatser på boendeområdet ser ut.

- *Ansvar för sysselsättning och arbetsrehabilitering*

För att personer med psykisk funktionsnedsättning ska få tillgång till meningsfull sysselsättning och arbetslivsinriktad rehabilitering är det inte bara kommun och landsting som är viktiga samarbetspartner. I överenskommelsen kan det också göras tydligt att andra viktiga aktörer som skolan, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, brukar- och anhörigorganisationer, Fontänhus osv. involveras i överenskommelsen [15]. Som underlag för överenskommelser om samarbete på detta område kan data hämtas från den del av inventeringen som gäller målgruppens sysselsättningssituation samt svårigheter och behov av insatser på detta område.

- *Ansvar för hjälpmedel*

Hjälpmedel för personer med kognitiva funktionsnedsättningar är ett eftersatt område. Ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting är också oklar och svår att överblicka [15]. Ett underlag för behovet av hjälpmedel kan analyseras utifrån inventeringens resultat av svårigheter och behov på vissa aktivitetsområden. Det kan sedan i sin tur utgöra ett underlag för samverkan på området.

- *Ansvar för stöd till barn till personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning*

Av 2g § HSL, som infördes den 1 januari 2010, framgår att hälso- och sjukvården särskilt ska beakta att barn har rätt till information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet bor tillsammans med bland annat har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning. Det är angeläget att de gemensamma överenskommelserna innehåller rutiner för hur barn i dessa utsatta situationer kan ges information, råd och stöd på bästa sätt när båda huvudmännen är involverade [15]. Uppgiften om antalet barn som bor tillsammans med en person med psykisk funktionsnedsättning kan utgöra ett av flera underlag på detta område.

- *Ansvar för stöd till anhöriga och närstående*

Sedan den 1 juli 2009 ska socialnämnden enligt 5 kap. 10 § SoL erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. Bestämmelsen omfattar bland annat anhöriga till personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har gjort tolkningen att kommunerna behöver ta fram en strategi för att bland annat inleda ett samarbete med hälso- och sjukvården för att nå anhöriga i ett tidigt skede [31]. På detta område kan inventeringen ge ett underlag som beskriver omfattningen av stöd från anhöriga och närstående på de angivna aktivitetsområdena.

Hur kan inventeringsresultatet sammanställas?

De lokala utvecklingsprojekten underströk vikten av att inventeringens resultat verkligen skulle komma till användning för att planera verksamheten för målgruppen inom socialtjänsten och psykiatrin. De upplevde dock svårigheter med att hitta en överskådlig redovisning av inventeringsresultatet. En viktig fråga för framtiden var hur redovisningen verkligen skulle bli ett fungerande planeringsunderlag.

En enhetlig sammanställning gör det möjligt att jämföra inventeringsresultaten över tid och mellan kommuner. De lokala utvecklingsprojekten lyfte fram värdet av sådana jämförelser och av en ökad dialog kommuner emellan kring vad man kan göra utifrån likartade förutsättningar. En mall för att sammanställa inventeringsresultatet i en rapport har därför tagits fram inom ramen för det nationella projektet. Mallen utgör en del av inventeringsverktyget. Där redovisas även exempel på ett antal standardiserade tabeller som kan användas vid sammanställningen av inventeringsresultatet. Mallen utgår från redovisningen av inventeringsmaterialet på kommunnivå men kan också användas för redovisning av en större inventering som omfattar flera kommuner och ett landsting. Ett sätt som prövats på flera håll i landet är att sammanställa dels en rapport på länsnivå, dels rapporter som omfattar enskilda kommuner. I länsrapporten kan man då också jämföra resultaten på kommunnivå.

När resultatet av inventeringen presenteras är det viktigt att uppgifter inte kan härledas till enskilda individer. Det innebär att variabler där resultatet

endast omfattar ett mindre antal personer inte bör redovisas i den slutliga sammanställningen. Risken för små tal är större då målgruppen delas in i delgrupper som exempelvis personer med samtidiga missbruksproblem eller när en mindre kommun ska redovisa resultatet utifrån de olika variablerna.

En tillräckligt trovärdig bild

Det inventeringsverktyg som presenteras i den här rapporten bygger på ett antal ställningstaganden kring metodik och tillvägagångssätt i inventeringsarbetet. Mot bakgrund av dessa ställningstaganden har Socialstyrelsen i samarbete med en projektgrupp också utvecklat ett instrument för datainsamling. De ställningstaganden som gjorts innebär dock att inventeringsverktygets begränsningar behöver diskuteras i relation till vad som skulle kunna vara en mer heltäckande kunskap om målgruppens livssituation och behov av insatser.

Projektgruppens ambition har varit att skapa ett inventeringsverktyg till stöd för en inventering som kan ge en övergripande men tillräckligt bra bild av målgruppens livssituation och behov av insatser. I valet mellan att genomföra en heltäckande inventering och att genomföra en inventering som ger en mer schematisk bild av målgruppens livssituation och behov av insatser, har det senare prioriterats. De ställningstaganden som ligger till grund för inventeringsverktyget bygger på att inventeringen ska vara möjlig att genomföra med en rimlig tidsåtgång och med rimliga resurser. Det innebär att de som tolkar, analyserar och sammanställer resultaten behöver vara medvetna om de begränsningar och felkällor som verktyget och det praktiska genomförandet medför.

En inventering omfattar delar av målgruppen

Hur många av de välfärdsaktörer som målgruppen har kontakt med som deltar i inventeringen påverkar hur många personer i målgruppen som kan identifieras. En inventering som genomförs i samarbete mellan kommun och landsting omfattar i första hand personer i målgruppen som är skrivna i en viss kommun och som har kontakt med dessa huvudmän. Samtidigt har målgruppen kontakt med flera andra välfärdsaktörer, och många rör sig i en gråzon mellan olika stödkontakter. Flera studier [7,8] redovisar också att ”nya grupper” med psykisk funktionsnedsättning har vuxit fram och borde ingå i en inventering. Dessa grupper har inte alltid kontakt med vare sig socialtjänsten eller psykiatrin. De är dessutom betydligt svårare att identifiera i kommunens verksamhet i de fall de har en sådan kontakt.

Projektgruppen har gjort ett ställningstagande kring målgruppens avgränsning som baseras på att inventeringen ska kunna genomföras med rimlig tids- och resursåtgång, vilken påverkar hur stor del av gruppen som kommer att identifieras. Avgränsningen av målgruppen är således en av de begränsningar i resultatets tillförlitlighet som bör uppmärksammas när underlaget används i huvudmännens resurs- och verksamhetsplanering. Antalet personer som identifieras påverkas vidare av det urval av verksamheter och uppgiftslämnare som görs och av det eventuella bortfall av uppgiftslämnare som kan noteras.

För de huvudmän som avser att genomföra en inventering som omfattar en större del av målgruppen har projektgruppen tagit fram ett särskilt frågeformulär. Det kan användas för intervjuer med personer i målgruppen som inte är kända i socialtjänsten och psykiatrin. Dessa personer identifieras genom den uppsökande verksamheten, genom andra delar av välfärdssystemet eller på annat sätt.

Ytterligare en viktig faktor som påverkar hur många och vilka personer som identifieras tillhöra målgruppen är tillgången till en användbar definition av vilka personer som ska inkluderas respektive exkluderas. Socialstyrelsen hänvisar därför till den definition av psykiskt funktionshinder som Nationell psykiatrisamordning utarbetat samt till de fallbeskrivningar som kan användas för att informera och förbereda uppgiftslämnarna på vilka personer som ska identifieras i inventeringen.

Inventeringen fångar delar av verkligheten

Flera av de ställningstaganden som gjorts kring inventeringens metodik och tillvägagångssätt påverkar resultatets relevans och tillförlitlighet. I sammanhanget är det därför viktigt att uppmärksamma frågor kring frågeformulärens validitet och reliabilitet.

Personal som lämnar uppgifter om livssituation och skattar svårigheter och behov av insatser

Den information som samlas in bygger på personalens kunskap om målgruppen. En sådan uppgiftsinsamling har bedömts som mest framkomlig för en acceptabel tids- och resursåtgång i inventeringsarbetet. För att få information om personer i målgruppen som inte är kända i kommunen eller psykiatrin kan man dock intervjua de personer som på olika sätt identifieras tillhöra målgruppen. I dessa fall inhämtas uppgifter direkt från enskilda i målgruppen.

Att personalen gör skattningarna kan innebära att en del behov blir överskattade medan andra blir underskattade jämfört med enskildas egna uppfattningar. Det är också svårt att få information om enskildas egen viktning av vilka svårigheter och behov som väger tyngst. Vissa livsområden kan därmed riskera att bli mindre täckta än andra och i vissa fall inte täckas alls eftersom de inte heller kan relateras till ett direkt önskemål om stöd.

Personalens skattning av svårigheter och behov av insatser kan sägas ge en bild av flera. I detta ligger också att den kan avvika från en mer fullständig bild av verkligheten. Tillförlitligheten i personalens skattningar påverkas även av att personal har en varierande kunskap om enskildas svårigheter och behov av insatser. Det gäller särskilt för vissa områden, exempelvis den kroppsliga hälsan och behovet av tandvård.

En översiktlig bild av svårigheter och behov av insatser

Det instrument som har utvecklats för datainsamlingen bygger bland annat på ICF. En skattning görs av den enskildes svårigheter att utföra angivna aktiviteter och vilket behov av insatser som finns relaterat till de svårigheter

som anges. Instrumentet undviker att gå in på detaljnivå för angivna aktiviteter, med hänsyn till enskildas integritet. Det innebär att de aktivitetsområden som anges också är relativt breda, det vill säga kan omfatta flera delaktiviteter. Detta medför att tillförlitligheten minskar jämfört med om aktiviteterna skulle ha en högre grad av specificering.

En inventering där personal med olika yrkesbakgrund skattar enskildas behov på viktiga livsområden ska dock inte förväxlas med den bedömning av behov som görs i samband med en biståndsbedömning eller annan bedömning av lämplig åtgärd. En inventering kan i stället sägas vara baserad på en mer översiktlig skattning av målgruppens svårigheter och behov på viktiga livsområden. Vissa begränsningar kan därför tolereras, eftersom inventeringen ska fånga de övergripande tendenserna på gruppnivå och inte nödvändigtvis vara exakt på individnivå.

En tillräckligt trovärdig bild

När resultatet har tolkats och analyserats med hänsyn tagen till de felkällor som kunnat identifieras samt med en medvetenhet om att inventeringen inte fångat alla i målgruppen och inte heller hela verkligheten, återstår att sammanställa och presentera materialet i form av ett planeringsunderlag. Det är viktigt att resultatet av inventeringen uppfattas vara trovärdigt, vilket förutsätter att man också redovisar de felkällor och begränsningar som finns.

Den bild av målgruppens livssituation och behov av insatser som träder fram utifrån dessa förutsättningar får anses vara tillräckligt trovärdig för att kunna användas som underlag för planering och uppföljning av verksamheten för personer med psykisk funktionsnedsättning. Bilden är dock ett av flera underlag för huvudmännens resurs- och verksamhetsplanering för målgruppen. En inventering är en ögonblicksbild. Samtidigt förväntas inte så stora förändringar ske i målgruppen på en tidsperiod på tre till fyra år, förutsatt att inga drastiska befolkningsförändringar sker.

Referenser

1. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Socialstyrelsen; 2003.
2. Social rapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
3. Lägesrapport 2006. Handikappomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
4. Alltjämt ojämnt! Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
5. Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet. Delrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen 2011.
6. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011.
7. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Socialstyrelsen; 2011.
8. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Socialstyrelsen; 2011.
9. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Socialstyrelsen; 2011.
10. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
11. Det är mitt hem. Vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen 2010. s. 23–26.
12. Lindqvist R, Markström U, Rosenberg D, Psykiska funktionshinder i samhället. Gleerups Utbildning AB; 2010. s. 141–164.
13. Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
14. Socialstyrelsens stöd till utvecklingen inom den psykiatriska hälso- och sjukvården samt till kommunernas verksamheter för personer med psykiska funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
15. Socialstyrelsens Meddelandeblad Nr 1/2010. Överenskommelser om samarbete. Socialstyrelsen 2010.
16. Reformens första tusen dagar. Årsrapport för psykiatrireformen 1998. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:4. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998. s. 26–51.
17. Att inventera psykiskt funktionshindrade personers behov. SoS-Rapport 1999-8. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.

18. Sandlund M. Vad är psykiskt funktionshinder? I: Brunt D, Hansson L (red.). Att leva med psykiskt funktionshinder: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. Lund: Studentlitteratur; 2005. s. 15–31.
19. Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning.
20. Arvidsson H. After the 1995 Swedish mental Health Care Reform – a follow-up study of a group of severely mentally ill. Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet (Akademisk avhandling); 2004.
21. Jansson L. Needs of Support and Service in Mentally Disabled Clients. Population-Based Studies in a Swedish County. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 21. Uppsala; 2005.
22. Åkerström B., Henriksson G. Inventering av psykiskt funktionshindrade samt livskvalitetsundersökning i Jämtlands län 2005. Rapport nr 2008:8 i FoU Jämtes rapportserie.
23. Rosenberg D. Psychiatric disability in the community: Surveying the social landscape in the post-deinstitutional era. Umeå universitet (Akademisk avhandling); 2009.
24. Östman O. Sociala insatser vid psykisk ohälsa – inventering i stadsdelarna Rosengård och Kirseberg i Malmö. I: Östman M (red). Migration och psykisk ohälsa. Malmö högskola; 2008.
25. Bengtsson-Tops A. Behov av vård och stöd. I: Brunt D, Hansson L (red) Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. Studentlitteratur; 2005.
26. Jansson L, Wennström E, & Wiesel FA. The Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ): A brief scale to assess needs in clients with long-term mental disabilities. Nord J Psychiatry; 2005;59 s. 465–472.
27. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen (2011).
28. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen (2010).
29. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Socialstyrelsen (2007), s. 191.
30. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen (2011).
31. Socialstyrelsens Meddelandeblad. Stöd till anhöriga ställer krav på strategi. Socialstyrelsen; 2009.

Propositioner och Statens offentliga utredningar

Regeringens proposition 1993/94:218. Psykiskt stördas villkor.

Regeringens proposition 2008/2009:193. Vissa psykiatrifrågor m.m.

SOU 1992:73 Slutbetänkande av Psykiatriutredningen. Velfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda.

SOU 2006:100 Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.

SOU 2011:6 Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga.

SOU 2009:32 Socialtjänsten, Integritet – Effektivitet

Bilaga 1 – Projektgrupp

Marianne Björklund	projektledare, Socialstyrelsen
Lennart Jansson	med. dr, forskare, Socialstyrelsen
Helena Forssell	Socialstyrelsen
Rickard Bracken	Sveriges Kommuner och Landsting (fram till januari 2008 samt januari 2009 till augusti 2009)
Ilva Moen	Sveriges Kommuner och Landsting (februari 2008 till december 2009)
Karin Lindström	Sveriges Kommuner och Landsting (från september 2009)
Eva Nordborg	uppdragsschef, vuxenförvaltningen Eskilstuna kommun (fram till augusti 2008)
Hans Bergström	projektledare, vuxenförvaltningen Eskilstuna kommun (fram till augusti 2009)
Nina Ekblom	utvecklare, vuxenförvaltningen Eskilstuna kommun (september 2008 till augusti 2009)
Cecilia Palm	samordnare, vuxenförvaltningen Eskilstuna kommun (från september 2009)
Ingegerd Winqvist	projektledare, SU/Psykiatri Mölnadal
Jan-Olof Forsén	förbundsordförande i RSMH
Rakel Lundgren	förbundsordförande i Schizofreni- förbundet
Urban Markström	docent i socialt arbete, Umeå uni- versitet samt knuten till Centrum

för Evidensbaserade Psykosociala
Insatser (CEPI)

Mikael Sandlund

docent i psykiatri, Umeå universitet
samt knuten till Centrum för Evi-
densbaserade Psykosociala Insatser
(CEPI)

Projektgruppen har samarbetat med delprojektledare Ann-Helene Almborg inom projektet ”Nationellt fackspråk för vård och omsorg”. Hon har ansvarat för den ordlista som tagits fram som en del av inventeringsinstrumentet samt för den utvärdering av instrumentets struktur, innehåll och begrepp som genomförts i Eskilstuna och Strängnäs kommuner.

Bilaga 2 – Nätverk

Avesta kommun	Margareta Persson
Avesta kommun	Helena Wikström
Bollnäs kommun	Margareta Wallin
Bollnäs kommun	Mats Lindberg
Borås kommun	Ewa Luvö
Borås kommun	Anneli Svensson
Eslövs kommun	James Collins
Gnesta kommun	Lena Strand
Gotland	Ann-Christin Nilsson (projektledare)
Gotland	Christina Godarve
Gävle kommun	Lena Isokivelä
Göteborg – Centrum	Bodil Sandqvist (projektledare)
Göteborg – Centrum	Susanne Liljeholm Hansson
Helsingborgs kommun	Carin Nilsson
Hudiksvalls kommun	Sigrun Mårtensson
Härnösands kommun	Monica Viklund
Västra Götaland	Lars Pettersson
Karlstads kommun	Pär Johansson
Karlstads kommun	Mia Schyberg
Katrineholms kommun	Anita Johansson
KOSAM	
(Projekt samverkan kring personer med psykiska funktionsnedsättningar)	
Psykiatri i Mölndal	Ingegerd Winqvist (projektledare)
Psykiatri i Mölndal	Stefan Hugestrand
Partille kommun	Pia Herbertsson
Härryda kommun	Niklas Lindqvist
Knivsta kommun	Eva Ax

Kristianstads kommun Kristianstads kommun	Christel Norrud (projektledare) Caroline Persson
Kungsbacka kommun	Ulrika Bertilsson
Kungälv's sjukhus	Ingela Heimann
Köpings kommun	Els-Marie Hedin-Stenmark
Landstinget Blekinge	Boel Sandström
Landstinget Halland	Ylva Berger
Lerums kommun	Joacim Pihl
Lessebo kommun	Anna Maria Lindblom
Lund, psykiatri Lund, psykiatri i Lund	Sven Jönsson Elisabeth Lydfors
Marks kommun	Margaretha Göransson
Nässjö kommun Nässjö kommun Nässjö kommun	Iwe Björklund Eva-Karin Hegethorn Gabriella Krohn
Region Skåne	Åke Malmén
Solna kommun Solna kommun	Cecilia Spoerer Christina Enocson
Sundbybergs kommun Sundbybergs kommun	Birger Friberg Lena Zettergren
SÖDERTÖRN Värmdö kommun Värmdö kommun Häringe kommun Nynäshamns kommun Tyresö kommun	Gunilla Borgh (projektledare) Päivi Soumivirta Lillemor Holm Anna Sandberg Ilva Moen
Umeå kommun Umeå kommun Umeå kommun	Anders Forsgren (projektledare) Charlotte Lindström Barbro Rosenqvist
Varbergs kommun	Mia Netzen
Västerås kommun	Anette Nittler

Västerås kommun	Sebastian Settergren
Västerviks kommun	Marie-Louise Kondrup
Åtvidabergs kommun	Caroline Svensson
Östhammars kommun	Helene Joelsson
ÖSTRA NORRBOTTEN	
Kalix kommun	Lars Karlsson
Kalix vuxenpsykiatri	Irmeli Nerg
Kalix vuxenpsykiatri	Lena Söderholm
Kalix vuxenpsykiatri	Tuija Halonen
Överkalix	Benitha Eliasson (projektledare)
Överkalix	Sirkka Liisa Jönsson
Övertorneå	Birgitta Emanuelsson
Övertorneå	Mats Morin
Haparanda	Stefan Waara

De personer som varit projektledare för de sju utvecklingsprojekt som fick medel från nationell psykiatrisamordning har angivits inom parantes.

Bilaga 3 – Instrumentets validitet och reliabilitet

Instrumentet för datainsamling ger en generell bild av behovet av insatser som baseras på målgruppens aktivitetsbegränsningar snarare än olika diagnoser eller av de faktiska insatser som finns tillgängliga. På hälsoområdet ger instrumentet en ännu grövre bild på ett fåtal och generella hälsoområden. En generell bild ställer inte samma höga krav på reliabiliteten som ett bedömningsinstrument som ska ligga till grund för biståndsinsatser eller för en skattningsskala som används inom psykiatri. Det innebär att vissa aktivitetsområden har behållits i den slutliga versionen trots att instrumentets mätgenskaper har visat en lägre grad av tillförlitlighet.

Med de justeringar som gjorts i den slutliga versionen bedöms instrumentet ha tillräcklig relevans och tillförlitlighet för att kunna ge ett acceptabelt underlag för huvudmännens resurs- och verksamhetsplanering för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Instrumentets validitet

Instrumentets validitet avser i vilken omfattning som ett mätinstrument mäter det man avser att mäta. De frågor som ingår i det instrument som tagits fram avser att ge en bild dels av målgruppens livssituation, dels av dess svårigheter och behov av insatser på några viktiga livsområden. Frågan är alltså om de frågor som ställs förmår ge en tillräckligt bra och acceptabel bild av detta.

De frågor som ska ge en bild av målgruppens livssituation bygger på områden som undersökts i tidigare inventeringar, som har diskuterats i det nationella projektet och prövats i en utvärdering i en inventering i Eskilstuna och Strängnäs kommuner. Av utvärderingen framgick att de frågor som ställs om målgruppens livssituation ansågs vara relevanta i förhållande till syftet med en inventering.

En del av instrumentet innehåller skattningar av en identifierad persons svårigheter att utföra angivna aktiviteter på viktiga livsområden samt en skattning av behovet av insats utifrån dessa svårigheter. Instrumentet kan sägas ha en god validitet, genom att det ger en bild av behovet av insatser som bygger på de svårigheter en enskild person har med att utföra vissa aktiviteter. Dessa aktiviteter är hämtade från WHO:s arbete med att ta fram en klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF [1]. De livsområden och aktiviteter som utifrån ICF har valts ut som relevanta för den aktuella målgruppen har vidare diskuterats i det nationella projektets olika forum och prövats i utvärderingen av instrumentet i Eskilstuna och Strängnäs. Utvärderingen visade att de livsområden och aktivitetsområden som valts ansågs vara relevanta i förhållande till syftet med inventeringen. Även de hälsoområden som valts ansågs vara högst relevanta för den målgrupp som ska inventeras.

Instrumentets reliabilitet

Ett instruments reliabilitet handlar om hur tillförlitligt det mäter det som efterfrågas. Socialstyrelsen har prövat instrumentets test-retest-reliabilitet och interbedömarreliabilitet. Vid bedömningen av olika frågors reliabilitet har resultatet från test-retestet fått större tyngd än resultatet från interbedömarstudien. Skälet är att det kan finnas högre förväntningar på graden av samstämmighet mellan två skattningar som samma person har gjort än på graden av samstämmighet mellan två olika uppgiftslämnare som har olika kunskap om en person. Låga värden för interbedömarreliabiliteten kan nämligen, förutom att frågan inte är tydligt formulerad även bero på att de båda bedömarna har olika information om klienten.

En annan faktor som påverkat bedömningen av frågornas reliabilitet är deras detaljeringsnivå. För en variabel/aktivitet som är mer generell (bred) är det rimligt att förvänta sig en lägre reliabilitet än om variabeln har en högre detaljeringsnivå.

När resultatet av testet har värderats och bedömts har Socialstyrelsen således tagit hänsyn dels till variabelernas utformning (generell eller avgränsad), dels till vad test-retest visat i förhållande till interbedömarreliabiliteten på varje variabel (aktivitet). Gränsen för vad som ansetts vara acceptabelt har sedan relaterats till varje variabel för sig, beroende på frågans utformning och framför allt till frågans relevans för inventeringen. När det sammanvägda resultatet pekat på en nivå som inte har kunnat accepteras har variabeln tagits bort eller omformulerats. Vissa justeringar har även gjorts utifrån den utvärdering av instrumentets struktur, innehåll, begrepp och termer som påverkar instrumentets reliabilitet.

Ordlistans betydelse för instrumentets validitet och reliabilitet

I ordlistan är termerna definierade och begreppen beskrivna. Detta ökar både validiteten och reliabiliteten genom att uppgiftslämnarna menar och mäter samma saker med frågorna i instrumentet.

Bilaga 4 – Frågeformulär för inventering (personal)

INVENTERINGSFORMULÄR BEHOVET AV INSATSER FÖR PERSONER MED PSYKISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING

PERSONALFORMULÄR
SOCIALSTYRELSEN 2012

Bakgrund

Enligt 5 kap. 8 § socialtjänstlagen, SoL ska socialnämnden göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med psykisk funktionsnedsättning. Av både socialtjänstlagen (5 kap. 8 § SoL) och hälsosjukvårdslagen (7 och 8 §§ HSL) framgår vidare att huvudmännen ska planera sin verksamhet i samverkan med utgångspunkt i målgruppens behov. Genom att inventera målgruppens livssituation och behov kan huvudmännen få ett underlag för sin planering.

Syfte

Syftet med formuläret är att inventera livssituationen och behovet av insatser för personer i en avgränsad målgrupp, personer med psykisk funktionsnedsättning.

De uppgifter som samlas in via inventeringen om enskilda personer i målgruppen sammanställs på gruppnivå och är ett underlag för att kommuner och landsting ska kunna bygga upp en verksamhet som motsvarar målgruppens behov av insatser. Vid regelbundna inventeringar kan målgruppens livssituation, svårigheter på olika livsområden följas samt hur stor del av gruppen personer som får sina behov av insatser tillgodosedda.

Personer som omfattas av inventeringen

Inventeringen gäller de personer som är mantalsskrivna i en kommun eller alternativt en stadsdel i Stockholm, Göteborg eller Malmö. Det innebär att även personer som placerats i enskild verksamhet utanför den kommun personen är mantalsskriven bör ingå i inventeringen. Definition och avgränsning av målgruppen bygger på Nationell psykiatrisamordnings definition av begreppet psykiskt funktionshinder men har anpassats till terminologin i Socialstyrelsens termbank. Målgruppen avgränsas till personer 18 år och äldre.

Kriterier för att en person ska ingå i målgruppen är:

- Har **väsentliga svårigheter** med att utföra aktiviteter på **viktiga livsområden**
- Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå **under en längre tid** (årslång eller förutsedd årslång aktivitetsbegränsning)
- Svårigheterna ska vara en **konsekvens av psykisk sjukdom/störning** (alla tillstånd som diagnostiserats eller kunde ha diagnostiserats som psykisk sjukdom/störning)

Följande personer ingår inte i målgruppen:

- Personer med missbruk/beroende utan samtidig psykisk sjukdom
- Personer med utvecklingsstörning utan samtidig annan psykisk sjukdom
- Personer med demenssjukdomar utan annan samtidig psykisk sjukdom
- Psykiatriska tillstånd av kortvarig natur t.ex. akut stresssyndrom/anpassningsstörning

Att besvara formuläret

Detta formulär riktar sig till utvald personal som har eller har haft kontakt med personer med psykisk funktionsnedsättning under det senaste året inom verksamheter i kommuner, landsting och privata verksamheter med uppdrag från kommuner och landsting.

Du som har valts ut att besvara formuläret ska för varje person som du känner till och som tillhör målgruppen besvara frågeformuläret som är indelat i 3 delar.

DEL 1 - Allmänna frågor kring dig som uppgiftslämnare och den person du lämnar uppgifter om (bakgrundsuppgifter samt uppgifter om insatser, individuell planering, samarbete och slutenvård).

DEL 2 - Frågor om personens livssituation på olika områden (boende- och familjesituation, utbildning, arbete, sysselsättning, ekonomi, deltagande i föreningar eller intresseorganisationer).

DEL 3 - Dina skattningar av personens svårigheter att utföra ett antal aktiviteter på sex livsområden samt personens behov av insatser på dessa områden. Här ska du även ange om personen har stöd från anhöriga/närstående. I slutet av denna del ger du också din skattning av personens hälsosituation och behovet av insatser på några hälsoområden.

Ord och begrepp som används i formuläret

Observera att de begrepp och termer som används i frågeformuläret finns definierade i en särskild ordlista som till stora delar knyter an till ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). Det är viktigt att du använder denna, när du svarar på frågorna för att de uppgifter som samlas in ska bli så tillförlitliga som möjligt.

Instruktioner om ifyllandet av formuläret

Egna instruktioner **XX**

Svaren ska vara **XX** tillhanda senast **XX**.

Har du frågor om inventeringen kan du kontakta **XX**

Dina kontaktuppgifter i denna enkät sparas och hanteras hos **XX** i enlighet med personuppgiftslagen (1998:204).

DEL 1 – ALLMÄNNA FRÅGOR OM UPPGIFTSLÄMNAREN OCH IDENTIFIERAD PERSON SOM TILLHÖR MÅLGRUPPEN

Frågor om uppgiftslämnaren

Namn:	
Befattning:	
Telefon:	
E-postadress:	
Datum för inventering (År-Mån-Dag):	

1. I vilken myndighet/organisation arbetar du?

☐ Socialtjänst

Med socialtjänst avses den verksamhet för målgruppen som regleras genom bestämmelser i SoL och LSS. Den är ofta indelad i individ- och familjeomsorg, ekonomiskt bistånd, verksamhet för missbrukare, vård och omsorg för äldre eller personer med funktionsnedsättning.

☐ Arbetsmarknadsenhet (AME)

AME är oftast en fristående enhet utanför socialtjänsten som i samarbete med Arbetsförmedlingen arbetar med arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

☐ Privat verksamhet – på uppdrag från kommunen

☐ Öppenvårdspsykiatri

☐ Slutenvårdspsykiatri

☐ Rättpsykiatri

☐ Primärvård (Vårdcentral)

☐ Beroendevård

☐ Privat verksamhet – på uppdrag från landstinget

☐ Försäkringskassa

☐ Arbetsförmedling

☐ Annan myndighet/organisation

Om annan myndighet/organisation, ange vilken: _____

Frågor om identifierad person som tillhör målgruppen

2. I vilken kommun är personen mantalsskriven?

--

3. Personens kön

- ☐ Kvinna
☐ Man

4. Personens ålder

- ☐ 18 - 24
☐ 25 - 44
☐ 45 - 64
☐ 65 -

5. I vilket land är personen född?

- ☐ I Sverige
☐ I annat nordiskt land
☐ I övriga Europa (utom Norden)
☐ Utanför Europa

Om annat födelseland än Sverige, ange vilket: _____
☐ Ej känt

6. Har personen pågående insatser från din myndighet/organisation?

Med insats avses en handling som är inriktad på (visst) resultat och inbegriper här vård- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården, en individuellt inriktad insats inom socialtjänsten osv. Även kommunens allmänt inriktade insatser inkluderas som t ex öppna verksamheter av olika slag utan biståndsbeslut.

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Ej känt

7. Är eller har personen under de senaste 12 månaderna haft kontakt med både socialtjänsten och psykiatrin?

Med kontakt avses alla former av kontakter även om de inte leder fram till en insats, t.ex. rådgivning, deltar i öppen verksamhet m.m.

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Ej känt

8. Är eller har personen under de senaste 12 månaderna haft kontakt med en vårdcentral?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Ej känt

9. Har du under de senaste 12 månaderna samarbetat med annan myndighet/organisation kring den aktuella personen?

Med samarbete avses här inte ensidig informationsöverföring utan ett samarbete som baseras på gemensamma träffar/möten (där den enskilde också deltar eller aktivt har givit sitt samtycke till samarbetet) för att komma överens om lämpliga insatser och följa upp dem t ex vårdplaneringsmöten, trepartssamtal, rehabiliteringsmöten etc.

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Ej känt

10. Om ja på fråga 9 – Vilken/vilka myndigheter/organisationer har du samarbetat med?

Markera antingen Ja eller Nej för samtliga alternativ nedan

	Ja	Nej
Socialtjänst	☐	☐
<i>Med socialtjänst avses den verksamhet för målgruppen som regleras genom bestämmelser i SoL och LSS. Den är ofta indelad i individ- och familjeomsorg, ekonomiskt bistånd, verksamhet för missbrukare, vård och omsorg för äldre eller personer med funktionsnedsättning.</i>		
Arbetsmarknadsenhet (AME)	☐	☐
<i>AME är oftast en fristående enhet utanför socialtjänsten som i samarbete med Arbetsförmedlingen arbetar med arbetsmarknadspolitiska åtgärder.</i>		
Privat verksamhet - på uppdrag av kommunen	☐	☐
Öppenvård psykiatri	☐	☐
Slutenvård psykiatri	☐	☐
Rätt psykiatri	☐	☐
Primärvård (Vårdcentral)	☐	☐
Beroendevård	☐	☐
Privat verksamhet på uppdrag av landstinget	☐	☐
Försäkringskassa	☐	☐
Arbetsförmedling	☐	☐
Annan myndighet/organisation	☐	☐

Om annan myndighet/organisation, ange vilken: _____

11. Finns aktuell samordnad individuell plan för personen upprättad i samarbete mellan kommun och landsting enligt 2 kap. 7 § SoL eller 3 f § HSL?

Enligt lagstiftningen ska kommunen (landstinget) tillsammans med landstinget (kommunen) upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- sjukvården. Av planen ska framgå:

- 1. vilka insatser som behövs,*
- 2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,*
- 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och*
- 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.*

- ☐ Ja, plan finns
- ☐ Ja, plan håller på att upprättas
- ☐ Nej
- ☐ Ej känt

12. Är eller har personen under de senaste 12 månaderna varit inskriven på någon form av sluten vård eller institution:

	Ja	Nej	Ej känt
Sluten vård (psykiatrisk vård) enligt HSL	☐	☐	☐
Sluten vård (psykiatrisk vård) enligt LPT	☐	☐	☐
Sluten vård (psykiatrisk vård) enligt LRV	☐	☐	☐
Vård enligt LVM	☐	☐	☐
Hem för vård och boende (HVB)	☐	☐	☐
Korttidsboende enligt SoL	☐	☐	☐

13. Är personen föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ej känt

14. Är personen föremål för öppen rättspsykiatrisk vård?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ej känt

DEL 2 – FRÅGOR OM PERSONENS LIVSSITUATION

15. Vilken är personens aktuella boendesituation?

Det alternativ där personen bor stadigvarande ska anges. Om personen t ex är inlagd för sjukhusvård, vistas på behandlingshem, familjehem eller någon annan form av vård eller stödinrättning under tiden för inventeringen ska personens stadigvarande boende anges. Om personen saknar stadigvarande boende väljs lämpligt alternativ under denna rubrik.

Markera endast ett svarsalternativ.

Har stadigvarande boende i mantalsskrivningskommunen

- ☐ Ordinärt boende (med ordinärt boende avses boende i vanliga flerbostadshus, egna hem eller motsvarande).
- ☐ Ordinärt boende men har praktiskt stöd i hemmet från socialtjänsten.
- ☐ Särskilda boendeformer för äldre enligt SoL eller bostad med särskild service i kommunen enligt SoL eller LSS.
- ☐ Bor stadigvarande hos föräldrar eller annan nära släkting.
- ☐ Bostad där kommunen är kontraktsinnehavare, s.k. socialt kontrakt.

Saknar stadigvarande boende i mantalsskrivningskommunen

- ☐ Bor tillfälligt hos olika vänner eller familj/släktingar.
- ☐ Placerad i familjehem eller enskild/privat verksamhet alternativt vistas på någon form av vård- eller stödinrättning i offentlig regi i mantalsskrivningskommunen.
- ☐ Placerad i familjehem eller enskild/privat verksamhet alternativt vistas på någon form av vård- eller stödinrättning i offentlig regi utanför mantalsskrivningskommunen.
- ☐ Hemlös i betydelsen intagen/inskriven på behandlingsenhet eller stödboende inom socialtjänst/landsting/privat vårdgivare/HVB och planeras att skrivas ut inom 3 månader utan att ha någon bostad ordnad inför utskrivningen/utflyttningen.
- ☐ Hemlös i betydelsen hänvisad till akutboende, härbärke, jourboende eller uteliggare. I detta ingår även hotell, camping, vandrarhem och dylikt.
- ☐ Ej känt.

16. Om du i fråga 15 angett att personen har stadigvarande boende, ange hur länge personen haft detta boende.

- ☐ Mindre än 1 år
- ☐ 1 – 3 år
- ☐ mer än 3 år
- ☐ Ej känt

17. Bor personen ensam eller tillsammans med någon annan vuxen?

- ☐ Bor ensam
- ☐ Bor tillsammans med make/maka/sambo/partner
- ☐ Bor tillsammans med föräldrar
- ☐ Bor tillsammans med annan vuxen person/er
- ☐ Ej känt

18. Har personen hemmaboende barn yngre än 18 år?

	Ja	Nej	Ej känt
Egna barn	☐	☐	☐
Andras barn	☐	☐	☐
Om ja, ange antal barn:			

19. Har personen umgängesrätt med eget barn yngre än 18 år som inte bor i personens bostad?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ej känt
- ☐ Ej aktuellt (har inga egna barn)

20. Vilken är personens högsta alternativt påbörjade utbildningsnivå?

Markera endast ett svarsalternativ

- ☐ Förgymnasial utbildning (grundskola eller motsvarande) - Avbruten
- ☐ Förgymnasial utbildning (grundskola eller motsvarande) - Fullgjord
- ☐ Gymnasial utbildning – Avbruten
- ☐ Gymnasial utbildning – Fullgjord
- ☐ Eftergymnasial utbildning (högskola/ universitet) - Avbruten
- ☐ Eftergymnasial utbildning (högskola/universitet) - Fullgjord
- ☐ Eftergymnasial utbildning (annan utbildning) - Avbruten
- ☐ Eftergymnasial utbildning (annan utbildning) - Fullgjord
- ☐ Ej känt

21. Har personen haft någon form av arbete eller sysselsättning under minst en månad de senaste 12 månaderna?

☐ Ja

☐ Nej

☐ Ej aktuellt

T.ex. personen har vistats inom sluten psykiatrisk vård, rättspsykiatrisk vård eller motsvarande under större delen av de senaste 12 månaderna.

☐ Ej känt

22. Om Ja på fråga 21, ange vilken typ av arbete eller sysselsättning personen har haft under de senaste 12 månaderna?

Flera svarsalternativ kan markeras

☐ Arbete som egen företagare (hel- eller deltid).

☐ Arbete på den öppna arbetsmarknaden på hel- eller deltid
(arbetstagare, även lönebidragsanställning inkluderas).

☐ Arbete inom en förening eller intresseorganisation på hel- eller deltid.

☐ Arbete inom offentligt skyddat arbete (OSA), SAMHALL,
praktikplats eller annan form av arbetsmarknadspolitisk insats (t ex
SIUS).

☐ Arbete inom socialt företag (arbetskooperativ etc).

☐ Sysselsättning inom kommunal dagverksamhet
(strukturerad sysselsättnings- eller rehabiliteringsverksamhet).

☐ Deltagit i kommunens öppna dagverksamhet, typ träffställe
(verksamhet som erbjuder tillgång till social samvaro under mer kravlösa
former).

☐ Studier på grund-, gymnasie- eller högskolenivå
(inklusive yrkesutbildning).

☐ Annan form av arbete eller sysselsättning

Om annan, ange vilken: _____

☐ Ej känt.

23. Har personen varit arbetssökande på Arbetsförmedlingen under de senaste 12 månaderna?

☐ Ja

☐ Nej

☐ Ej känt

24. Vilken försörjning har personen haft under de senaste 12 månaderna?

Ange huvudsaklig försörjning

Flera svarsalternativ kan markeras

- ☐ Lön av arbete (inkl lönebidrag)
- ☐ Sjuk- eller aktivitetsersättning (före detta förtidspension)
- ☐ Sjukpenning
- ☐ Föräldrapenning
- ☐ Ålderspension
- ☐ Studiemedel
- ☐ Arbetslöshetsersättning
- ☐ Försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd från socialtjänsten
- ☐ Försörjning genom anhörig/närstående eller eget kapital
- ☐ Annan inkomstkälla

Om annan, ange vilken: _____

☐ Ej känt.

25. Har personen deltagit i någon föreningsverksamhet eller intresseorganisation under de senaste 12 månaderna?

Med detta avses inte nödvändigtvis medlemskap utan snarare att personen deltar i verksamheten mer regelbundet.

Ett eller flera Ja-alternativ kan markeras

☐ Ja, har deltagit i en brukar- eller anhörigorganisation/förening (RSMH, Riksförbundet Attention, Riksföreningen Autism, OCD-förbundet, ANANKE, Svenska Ångestsyndromsällskapet, Föreningen Balans, Schizofreniförbundet etc).

☐ Ja, har deltagit i verksamhet anordnad av ett Fontänhus

☐ Ja, har deltagit i annan förening eller intresseorganisation (t ex idrottsförening, hembygdsförening, kyrkan eller motsvarande).

Om ja ange vilken/vilka: _____

☐ Nej, har inte deltagit i någon förening eller intresseorganisation.

☐ Ej känt.

DEL 3 – FRÅGOR OM PERSONALENS SKATTNINGAR AV PERSONENS BEHOV AV INSATSER

Fråga 26 och fråga 27 inleds med instruktioner för hur du ska besvara frågor inom sex livsområden och inom några hälsoområden. I tabellerna på s. 12-14 (livsområden) och s. 16 (hälsoområden) ska du registrera dina svar.

26. Ange din skattning av personens svårigheter (A), stöd från anhörig eller närstående (B) och behov av insatser (C) inom sex livsområden.

I denna fråga ska du skatta personens svårigheter, stöd från anhörig eller närstående och behov av insatser inom de sex livsområdena; personlig vård och hemliv, kommunikation och förflyttning, mellanmännsliga relationer, lärande och utbildning, arbete, sysselsättning och ekonomi, samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv. Inom varje livsområde listas ett antal aktiviteter.

Du ska inom varje livsområde och för varje aktivitet skatta vad som bäst stämmer för personen;

A. Om personen under de senaste 6 månaderna har haft svårighet att utföra angiven aktivitet på egen hand.

Du ska utgå från de svårigheter personen har att själv utföra aktiviteten och bortse från vad eventuellt stöd från anhöriga/närstående eller vad en insats från kommun/landsting betyder för personens möjlighet att klara av att utföra den angivna aktiviteten.

Svarsalternativ

0= Ingen svårighet (0-4%)

1= Lätt svårighet (5-24%)

2= Måttlig svårighet (25 – 49%)

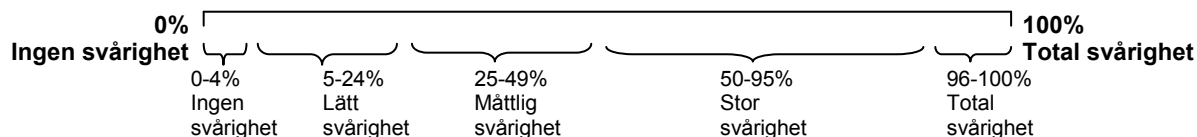
3= Stor svårighet (50 – 95%)

4= Total svårighet (96 – 100%)

8= Ej aktuell (den angivna aktiviteten är ej relevant för personen)

9= Ej känt

Exempel (ovan skala) – personens svårighet att utföra angiven aktivitet på egen hand



Besvaras om du har skattat svårighet 1-4 under A.

B. Om personen under de senaste 6 månaderna har fått stöd från anhörig eller närstående för att utföra angiven aktivitet.

Med en närstående person kan också avses grannar och goda vänner. Stödet ska relateras till de svårigheter som du känner till att personen har att utföra den angivna aktiviteten. Stödet ska ha pågått under minst 6 månader, ges regelbundet och täcka en stor del av de svårigheter du tänkt på.

Svarsalternativ

1= Ja

2= Nej

9= Ej känt

Besvaras om du har skattat svårighet 1-4 under A.

C. Om personen har ett aktuellt behov av insats från kommunen eller landstingen för att få stöd i att utföra angiven aktivitet och eller utveckla sin förmåga inom det aktuella området.

Det är din skattning som efterfrågas och du ska alltså inte ta hänsyn till om personen har tackat nej till erbjuden insats vid tidigare tillfälle. Du ska inte heller ta hänsyn till om det finns lämplig insats att tillgå eller ej.

Svarsalternativ

0= Har ej behov av insats eller har pågående insats/er som kan upphöra

1= Har pågående insats/er men dessa kan minska

2= Har pågående insats/er som motsvarar behoven

3= Har pågående insats/er men har behov av ytterligare eller förändrad insats

4= Har ingen insats men behov av insats

9= Ej känt

Nedan gör du dina skattningar.

Inom varje livsområde och för varje aktivitet markerar du ditt svar med en siffra nedan:

Livsområde 1. Personlig vård och hemliv

Aktivitet	A. Svårighet att utföra angiven aktivitet på egen hand	B. Stöd från anhörig eller närstående med att utföra angiven aktivitet	C. Behov av insats från kommun eller landsting att utföra angiven aktivitet
Personlig vård			
Sköta sin medicinering			
Handla mat			
Bereda enkla måltider			
Städa och tvätta			

Livsområde 2. Kommunikation och förflyttning

Aktivitet	A. Svårigheter att utföra angiven aktivitet på egen hand	B. Stöd från anhörig eller närstående med att utföra angiven aktivitet	C. Behov av insats från kommun eller landsting att utföra angiven aktivitet
Kommunicera genom att ta emot eller ge information			
Använda telefon för kommunikation (inkl sms)			
Använda IT för kommunikation			
Använda offentliga transportmedel			

Livsområde 3. Mellanmänskliga relationer

Aktivitet	A. Svårigheter att utföra angiven aktivitet på egen hand	B. Stöd från anhörig eller närstående med att utföra angiven aktivitet	C. Behov av insats från kommun eller landsting att utföra angiven aktivitet
Familjerelationer			
Informella relationer (t ex sociala relationer med vänner, grannar, bekanta eller motsvarande)			
Formella relationer (t ex kontakt med myndigheter eller hälso- och sjukvården)			

Livsområde 4. Lärande och utbildning

Aktivitet	A. Svårigheter att utföra angiven aktivitet på egen hand	B. Stöd från anhörig eller närstående med att utföra angiven aktivitet	C. Behov av insats från kommun eller landsting att utföra angiven aktivitet
Lösa vardagsproblem			
Tala, läsa, skriva på svenska språket			
Befinna sig i en utbildningssituation			

Livsområde 5. Arbete, sysselsättning och ekonomi

Aktivitet	A. Svårigheter att utföra angiven aktivitet på egen hand	B. Stöd från anhörig eller närstående med att utföra angiven aktivitet	C. Behov av insats från kommun eller landsting att utföra angiven aktivitet
Skaffa eller behålla ett arbete (<i>lönearbete, lönebidrag, socialt företag</i>) <i>Ange "8=Ej aktuell" om personen är pensionär.</i>			
Delta i strukturerad sysselsättnings- eller rehabiliteringsverksamhet			
Delta i öppen verksamhet med social samvaro			
Hantera egen ekonomi			

Livsområde 6. Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv

Aktivitet	A. Svårigheter att utföra angiven aktivitet på egen hand	B. Stöd från anhörig eller närstående med att utföra angiven aktivitet	C. Behov av insats från kommun eller landsting att utföra angiven aktivitet
Delta i förenings- eller intresseorganisationer			
Utöva rekreations- eller fritidssysselsättning			

27. Ange din skattning av personens hälsosituation inom några områden.

I denna fråga ska du ange om personen har några hälsoproblem (A) inom områdena; somatisk/kroppslig hälsa, tandhälsa, alkoholproblem, narkotikaproblem inkl narkotikaklassade läkemedel, problem med tobak inkl snus. Om personen har hälsoproblem ska du ange om personen har stöd från anhörig eller närstående (B) och behov av insatser (C).

Du ska för varje område ange;

A. Om personen de senaste 6 månaderna har haft problem med sin hälsa inom angivet område.

Vad som avses med "problem" på respektive hälsoområde beskrivs i ordlistan.

Svarsalternativ

0=Inga problem

1=Problem finns

9=Ej känt

B. Om du har angett "Problem finns" under A,

Ange om personen de senaste 6 månaderna har fått stöd från anhörig eller närstående för sitt hälsoproblem inom angivet område.

Med en närstående person kan också avses grannar och goda vänner. Stödet ska relateras till de problem som du känner till att personen har på det angivna hälsoområdet. Stödet ska ha pågått under minst 6 månader, ges regelbundet och täcka en stor del av de problem du tänkt på.

Svarsalternativ

1=Ja

2=Nej

9=Ej känt

C. Om du har angett "Problem finns" under A,

Ange om personens har aktuella behov av insatser från kommun/landsting för sitt hälsoproblem inom angivet område.

Det är din skattning som efterfrågas och du ska alltså inte ta hänsyn till om personen har tackat nej till erbjuden insats vid tidigare tillfälle. Du ska inte heller ta hänsyn till om det finns lämplig insats att tillgå eller ej.

Svarsalternativ

0=Har ej behov av insats eller har pågående insats/er som kan upphöra

1= Har pågående insats/er men dessa kan minska

2= Har pågående insats/er som motsvarar behoven

3= Har pågående insats/er men har behov av ytterligare eller förändrad insats

4= Har ingen insats men behov av en insats

9= Ej känt

Nedan gör du dina skattningar.

För varje område markerar du ditt svar med en siffra nedan:

Hälsoområde	A. Problem inom angivet hälso- område	B. Stöd från anhörig eller närstående för sitt hälsoproblem	C. Behov av insats från kommun eller landsting för sitt hälsoproblem
Somatisk/kroppslig sjukdom			
Tandhälsa			
Alkoholproblem			
Narkotikaproblem (inkl narkotikaklassade läkemedel)			
Problem med tobak (inkl snus)			

28. Har personen ett aktuellt behov av psykiatriska insatser?

Det är din skattning som efterfrågas och du ska alltså inte ta hänsyn till om personen har tackat nej till erbjuden insats vid tidigare tillfälle. Du ska inte heller ta hänsyn till om det finns lämplig insats att tillgå eller ej.

Med psykiatriska insatser avses sådana insatser som erbjuds av den specialiserade psykiatrin, t.ex. medicinsk och psykologisk behandling, psykosociala insatser etc.

Svarsalternativ

- 0= Har ej behov av insats eller har pågående insats/er som kan upphöra
- 1= Har pågående insats/er men dessa kan minska
- 2= Har pågående insats/er som motsvarar behoven
- 3= Har pågående insats/er men har behov av ytterligare eller förändrad insats
- 4= Har ingen insats men behov av insats
- 9= Ej känt

Markera ditt svar med en siffra nedan:

29. Har personen under de senaste 12 månaderna genomgått en allmän hälsoundersökning?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ej känt