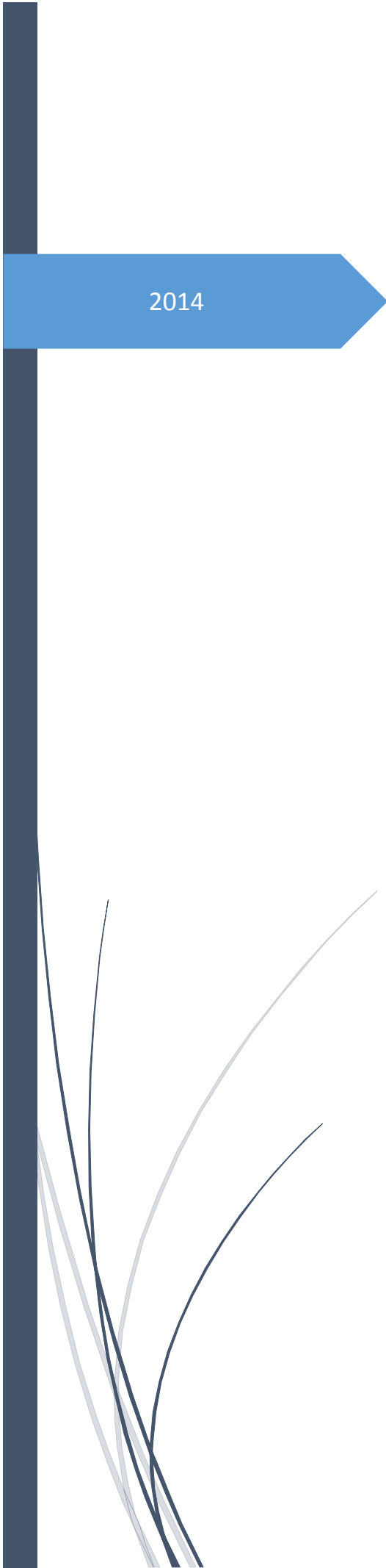




2014

Inventering Helsingborgs stad

Behov av insatser för personer med
psykisk funktionsnedsättning

Nilsson Carin och Malmén Åke - SOF
HELSINGBORGS STAD

Innehåll

Inledning	4
Beslut och uppdrag	4
Bakgrund	4
Inventeringens syfte och användningsområde	5
Målgruppen för inventeringen.....	5
 Metod och genomförande	6
Information och förankringsarbete	6
Inventeringsmetodik.....	6
Mätinstrument	6
Bearbetning och analys av insamlat material	6
Hantering av sekretess- och personuppgifter	7
Resultatredovisning	7
 Redovisning av resultat.....	8
Inventerade personer	8
Insamlade enkäter.....	8
Bortfallsanalys.....	9
Antal inventerade personer i målgruppen	9
Ålder, kön och födelseland.....	10
 Målgruppens kontakter med kommun och region.....	11
Pågående insatser från kommunen och landstinget.....	11
Kontakt med socialtjänsten, psykiatri och primärvården	11
Inskriven på någon form av sluten vård eller institution.....	12
Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård	12
 Personalens samarbete kring målgruppen	13
Samarbete	13
Samarbetsmönster	13
Individuell plan som upprättats mellan kommun och landsting	14

Målgruppens livssituation	15
Familjesituation	15
Boendeform	16
Utbildning.....	17
Arbete och sysselsättning	18
Deltagande i föreningsverksamhet & intresseorganisationer	19
Huvudsaklig försörjning.....	20
 Svårigheter och behov av insatser	 21
Personlig vård och hemliv	22
Kommunikation och förflyttning	23
Mellanmänniska relationer.....	24
Lärande och utbildning.....	25
Arbete, sysselsättning och ekonomi	26
Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv	27
Sammanfattning av svårigheter och behov	28
 Hälsoproblem och behov av insatser	 31
Hälsoområde.....	31
Behov av psykiatriska insatser/behandling	32
 Redovisning av brukarintervjuer	 33
Del 1. Allmänna frågor om brukaren	33
Del 2. Frågor om brukarens livssituation	33
Del 3. Frågor om brukarens behov av insatser	34
 Erfarenheter gjorda av 2014 års inventering	 36
 Diskussion utifrån en workshop hösten 2014	 37
Samverkan	37
Barnperspektiv	38
Meningsfull sysselsättning	38
Bristen på kunskap om brukarens vardag.....	39
 Referenser	 40

Inledning

Beslut och uppdrag

Januari 2014 tog socialdirektören ett beslut tillsammans med socialtjänstens förvaltningsdirektörer och psykiatri Helsingborgs verksamhetschef om att genomföra en inventering av målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning och deras behov.

Beslutet förankrades i samverkansgruppen ”lokalt samråd för psykiatrifrågor” vilka var styrgrupp för arbetet. Socialförvaltningen ansvarade för genomförandet genom projektanställd personal och psykiatrisamordning.

Medverkande i inventeringen var från Helsingborg stad; Socialförvaltningen, Vård & Omsorgsförvaltningen samt Utvecklingsnämnden. Från Region Skåne Helsingborg; Vuxenpsykiatri, Södermottagningen, Rättspsykiatri samt Vuxenhabiliteringen. Från staten; Kriminalvården. Tankar fanns på att få med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och polisen.

Inventeringen genomfördes från april till september 2014.

Bakgrund

Socialnämnden har enligt 5 kap 8 § Socialtjänstlagen (SoL) ansvar för att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med psykiska funktionshinder. Enligt 15 § Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), ska kommunen fortlöpande följa upp vilka som omfattas av lagen och vilka behov det finns av stöd och service. Kommunen ska också enligt 5 kap 8 § SoL planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen ska kommunen samverka med regionen/landstinget, andra samhällsorgan och organisationer.

Regionen/landstinget ska enligt 7 § Hälso- och sjukvårdslagen (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 regionen/landstinget enligt 8 § Hälso- och sjukvårdslagen samverka med andra samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare.

Enligt HSL § 8 a samt SOL § 8 a, kapitel 5 är region/landsting och kommun skyldiga att ingå formaliserade och övergripande överenskommelser om samarbete gällande personer med psykisk funktionsnedsättning. Inom ramen för PRIO (Plan för riktade insatser inom området för psykisk ohälsa) finns krav på att en gemensam inventering genomförts de senaste fyra åren enligt lagrummen ovan.

Helsingborgs senaste inventering gjordes 2010, i den identifierades 324 unika individer. Resultatet av denna kan inte jämföras med inventeringen 2014 eftersom den gjordes med färre deltagande verksamheter och i mycket mindre omfattning.

Inventeringens syfte och användningsområde

Syftet med inventeringen var att identifiera antalet personer tillhörande målgruppen, att kartlägga deras behov och livssituation. Resultatet av inventeringen utgör grunden för fortsatt planering i arbetet med att skapa en gemensam handlingsplan för området psykiatri (bilaga 1). Ansvariga är lokala samrådet för psykiatrifrågor.

Målgruppen för inventeringen

Enligt Nationell psykiatrisamordning definierades målgruppen för inventeringen enligt följande;

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

Utifrån detta definierades målgruppen till att vara personer med psykisk funktionsnedsättning, 18 år och äldre, bosatta i Helsingborgs stad och kända av deltagande verksamheter.

Metod och genomförande

Information och förankringsarbete

Skriftlig information om screening och inventeringen skickades ut till deltagande verksamheter, vilka fick i uppdrag att utse en kontaktperson som ansvarade för sin verksamhet under inventeringen. Erbjudande om fördjupad information gavs till alla verksamheter.

Inventeringsmetodik

Inventeringen baserades på ”case-finding”, en metodik vars syfte är att identifiera personer som tillhörande den angivna målgruppen. En screening vars syfte var att få en uppfattning om antalet personer som tillhörde målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning boende i Helsingborgs stad och i vilka verksamheter som dessa befann sig genomfördes.

Därefter genomfördes inventeringen genom att personalen besvarade en personalenkät (bilaga 2). Enkäten fylldes i av den personal som identifierat en individ i målgruppen enligt definitionen. Skattning av individens behov gjordes utifrån personalens kunskap om individen. Individen som inventerades besvarade inte själv frågorna och samtycke inhämtades inte.

För att diskutera resultatet och ta fram prioriterade områden för fortsatt arbete genomfördes under hösten en workshop med alla deltagande organisationer. De prioriterade områdena redovisas under rubriken diskussion.

Inventeringen avslutades med intervjuer av brukare utifrån samma frågeställningar som personalen svarat på (bilaga 3).

Mätinstrument

Inventeringen genomfördes med hjälp av Socialstyrelsens inventeringsverktyg ”Inventering av personer med psykisk funktionsnedsättning”. Personalenkäten distribuerades via mejl och i pappersform. Enkäterna samlades in för vidare bearbetning.

Enkäten bestod av 29 frågor och innefattade allmänna frågor om identifierad person, frågor om personens livssituation och personalens skattning av personens behov av insatser. Till personalens hjälp fanns instruktioner i manualen, Nationell psykiatrisamordnings målgruppsdefinition och Socialstyrelsens termlista.

Bearbetning och analys av insamlat material

Enkäten konstruerades i Easyresearch vilket är ett enkätverktyg som Helsingborgs stad använder sig av i olika undersökningar.

För att få fram unika individer bearbetades enkäterna manuellt. I de fall de förekom två eller flera enkäter på samma individ bearbetades dessa till en sammanställd enkät = en unik individ. Sammanställningen gjordes utifrån en förbestämd mall där kriterierna; störst behov och kunskap i frågan (ja= störst kunskap) var vägledande.

Enkäter matades in manuellt och bearbetades med hjälp av Easyresearch. Personal anställdes för att hantera inmatningen.

Hantering av sekretess- och personuppgifter

I inventeringen har verksamheter från kommun, region och Kriminalvården deltagit. För att garantera att sekretessen i arbetet med att få fram unika individer användes en krypterad kod (UNO-kod) bestående av initial för- och efternamn, födelseår och födelsedatum. Med hjälp av koden var det möjligt att skapa ett resultat för unika individer utan att släppa på sekretessen. Koden registrerades inte vid inmatningen i Easyresearch. Sekretessavtal skrevs under av samtlig personal som hanterade enkäterna under bearbetningen.

Resultatredovisning

I resultatet av inventeringen presenteras antalet inventerade unika individer och sammanställda enkätsvar. Resultatet från frågeformuläret redovisas i tabellform och med kompletterande text. Sammanställning av brukarintervjuerna redovisas separat.

Vi tackar följande verksamheter och deras kontaktpersoner. RSMH, RFHL, Bryggan & Schizofreniförbundet NV Skåne, Socialförvaltningen Vuxen, Utvecklingsnämnden & Vård & Omsorgsförvaltningen, Kriminalvården, Personliga Ombuden i Helsingborg, Psykiatrisk och Rätt psykiatrisk sjukvård Helsingborg, Primärvården, Södermottagningen & Vuxenhabiliteringen.

Redovisning av resultat

Inventerade personer

Screening visade att det fanns 2708 kontakter med målgruppen och samverkan kring 1758, antalet kontakter inte är detsamma som antalet unika individer. I screeningen deltog brukarorganisationer, primärvården, personliga ombud Helsingborg, Socialförvaltningen Vuxen, Utvecklingsnämnden, Vård & Omsorgsförvaltningen, Psykiatri Helsingborg, Södermottagningen, Rättspsykiatri i Helsingborg, Vuxenhabiliteringen och Kriminalvården.

Tabell 1. Sammanställt resultat av screeningen.

	Antal kontakter	Samverkan
Kommunen*	1314	1024
Sjukvården **	1336	734
Brukarorganisation	58	-
Totalt	2708	1758

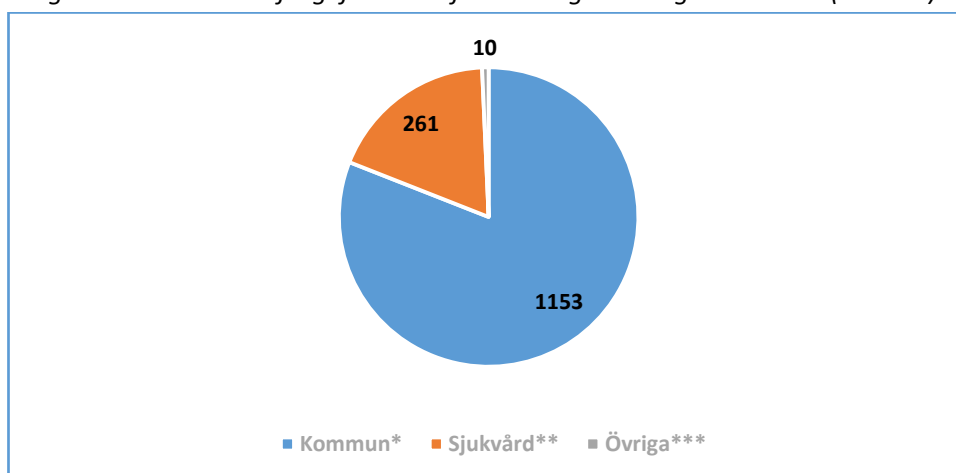
*Kommunen; Socialförvaltningen, Utvecklingsnämnden och Vård & Omsorgsförvaltningen.

** Sjukvården; Psykiatri Helsingborg, Södermottagningen, Primärvården och Vuxenhabiliteringen.

Insamlade enkäter

Vi fick in sammanlagt 1 424 enkäter, 81 % kom från Helsingborgs kommun och 18 % från sjukvården.

Diagram 1. Besvarade frågeformulär från deltagande organisationer (n=1424).



*Kommunen; Socialförvaltningen, Utvecklingsnämnden och Vård & Omsorgsförvaltningen.

** Sjukvården; Psykiatri Helsingborg, Södermottagningen och Vuxenhabiliteringen.

*** Kriminalvården, ej identifierade.

Bortfallsanalys

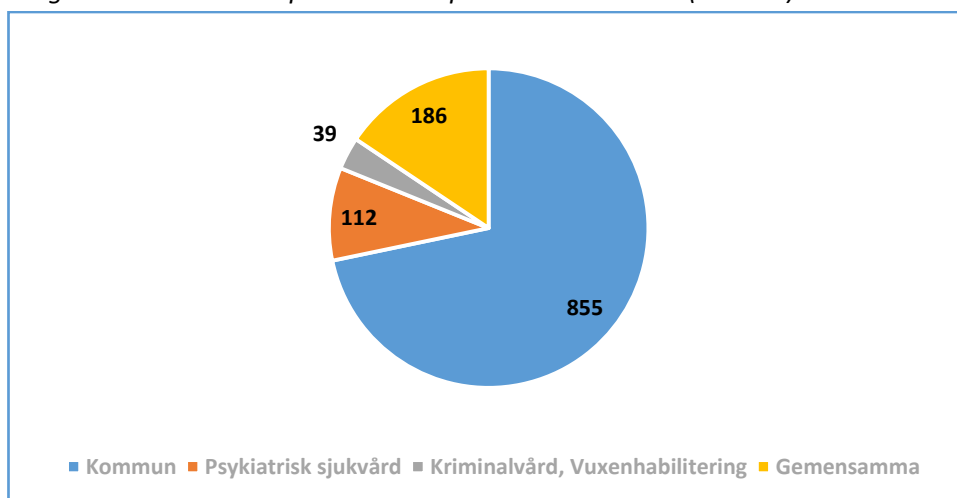
Urvalet av vilka individer som skulle ingå i inventeringen har gjorts av personal utifrån Nationell psykiatrisamordnings definition. Om enkäten nått alla i målgruppen går inte att med säkerhet att säga. Tolkningen av definitionen är inte helt självklar vilket kan innebära att personer som tillhör målgruppen valts bort eller lagts till.

Endast 18 % av enkäterna kom från sjukvården. I screeningen rapporterade Region Skåne psykiatrisk sjukvård Helsingborg att de hade 1213 kontakter med målgruppen, totalt kom det in 215 enkäter på inventeringsdelen. Psykiatrins bortfall innebär att individer som tillhör målgruppen saknas och att psykiatrins kunskap kring målgruppens behov inte framkommer. Helheten kring individen situation blir ensidigt tolkad från socialtjänsten.

Antal inventerade personer i målgruppen

Av de 1 424 enkäter som inkom identifierades 375 dubletter som sammanställdes till 186 unika gemensamma individer. Redovisningen av inventeringen baseras på 1193 unika individer.

Diagram 2. Antal unika personer i respektive verksamhet (n=1193).



Ålder, kön och födelseland

Tabell 2. Inventerade personer i målgruppen fördelat på kön, ålder och födelseland.

	<i>Antal personer</i>
Kön	
Kvinna	541
Man	648
Ålder	
18-24	183
25-44	445
45-64	493
65-	67
Födelseland	
Sverige	802
Annat nordiskt land	22
Övriga Europa (utom Norden)	147
Utanför Europa	167
Ej känt	47
Totalt inv. personer	1193

Kvinnor och män; I den identifierade målgruppen ingår 541 kvinnor (45 %) och 648 män (54 %).

Ålder; Målgruppens ålder sammanställdes till fyra åldersgrupper, 18-24, 25-44, 45-65 och 65+. Den yngsta personen var född 1997 och den äldsta 1931. Den största gruppen individer var mellan 45-64 år (41 %), följd av 25-44 år (37 %), 18-24 år (15 %) och 65+ år (6 %).

Ursprung; 336 personer (28 %) uppgavs ha ett annat födelseland än Sverige. 169 (14 %) av dessa var födda i övriga Europa och 167 (14 %) utanför Europa. De identifierade personerna kom från 53 olika länder.

Målgruppens kontakter med kommun och region

Redovisning av målgruppens insatser och kontakt med kommun och region. Med insats och kontakt menas en handling fokuserad på ett visst resultat. Insatsen (med eller utan bistånd) kan utföras av kommun, region eller annan organisation.

Pågående insatser från kommunen och landstinget

Tabell 3. Pågående insatser från kommun/landsting (n=1193).

Pågående insatser från myndighet/organisation	Antal personer	%
Ja	1112	93 %
Nej	59	5 %

Nästan alla av inventeringens 1193 personer hade *pågående insatser* från kommun eller regionen. 69 individer (6 %) hade dock ingen/ej känd insats från respondentens egen organisation.

Kontakt med socialtjänsten, psykiatri och primärvården

Tabell 4. Kontakt med socialtjänsten, psykiatri och primärvården (n=1193).

Kontakt med socialtjänst, psykiatri, primärvård			
	Ja	Nej	Ej känt
Kontakt med <u>både</u> socialtjänst och psykiatri	732	237	223
Hade kontakt med primärvården	561	89	531

Inskrivnen på någon form av sluten vård eller institution

Tabell 5. Inventerade personer som varit inskrivna på någon form av slutenvård eller institution under de senaste 12 månaderna (n=1193).

Inskrivnen på någon form av sluten vård eller institution

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Ej känt</i>	<i>Bortfall</i>
Sluten psykiatrisk vård HSL*	106	869	179	39
Sluten vård LPT**	62	905	184	42
Sluten vård LRV***	12	944	180	57
Vård LVM****	11	952	171	59
Hem för vård & boende HVB	76	954	115	48
Korttidsboende SoL *****	49	975	111	58

*Hälsö & sjukvårdslagen

** Lagen om sluten psykiatrisk vård

*** Lagen om rättspsykiatrisk vård

****Lagen om vård av missbruk

*****Socialtjänstlagen

Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård

49 personer vårdades i *öppen psykiatrisk tvångsvård* och 18 personer i *öppen rättspsykiatrisk tvångsvård*. Ungefär 12 % av respondenterna saknade kunskap om deras brukare vårdades i någon form av tvångsvård.

Personalens samarbete kring målgruppen

Redovisning av personalens samarbete med annan myndighet/organisation senaste 12 månaderna och förekomst av samordnad individuell plan (SIP). Med samarbete avses ett arbete som baseras på gemensamma träffar eller möten där individen själv deltar. Med samarbete avses inte informationsutbyte mellan verksamheterna.

Samarbete

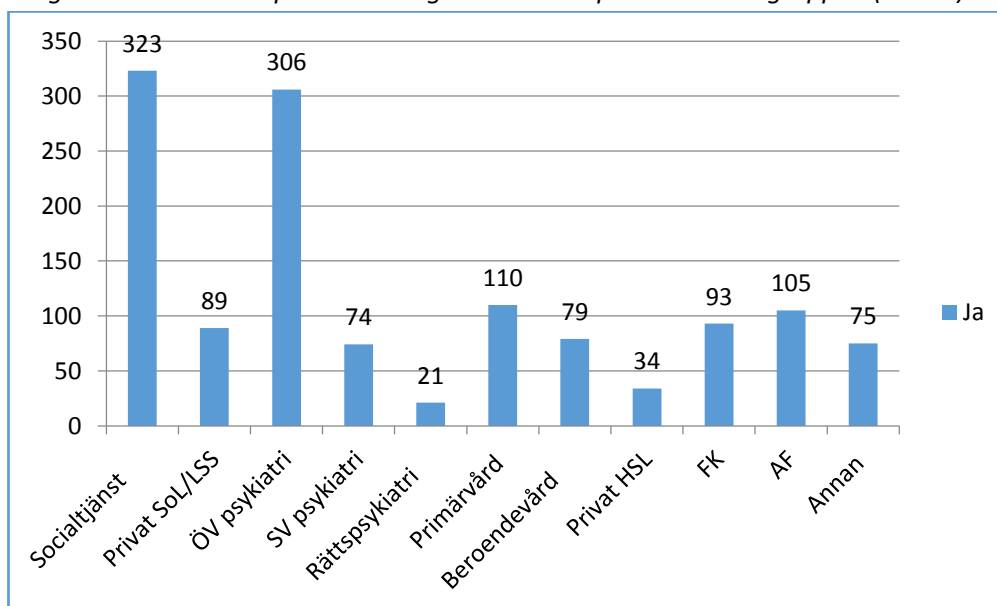
Tabell 6. Inventerade personer kring vilka ett samarbete förekom med annan organisation (n=1193).

Samarbete senaste 12 månaderna	Antal personer	%
Ja, samarbete har förekommit	605	51 %
Nej, samarbete har inte förekommit	486	41 %
Ej känt	87	8 %

Samarbetsmönster

De respondenter som svarat ja på frågan om samarbete förekommit fick följdfrågan med vilken/vilka myndigheter/organisationer de samarbetat med. Samarbete kunde förekomma med flera verksamheter/organisationer.

Diagram 3. Samarbetspartners kring inventerade personer i målgruppen (n=605).



*Annan; Överförmyndarnämnden, Kriminalvården, skola, annan kommun, annan sjukvård, PO Helsingborg, bostadsföretag, arbetsgivare och förening.

Individuell plan som upprättats mellan kommun och landsting

Med samordnad individuell plan (SIP) avses en skriftlig planering där det framkommer vilka behov som identifierats hos personen, hur behoven ska tillgodoses, vilka insatser som ska genomföras, målet för insatserna, vem som ska genomföra dem, vem som har ansvar för insatserna och när uppföljning ska ske. SIP ska styras av individens behov, önskemål och förutsättningar.

Tabell 7. Förekomst av samordnad individuell plan för inventerade personer som upprättats i samverkan mellan kommun och region (n=1193).

Samordnad individuell plan (SIP)	Antal personer	%
Ja, SIP finns	171	14 %
Ja, SIP håller på att upprättas	23	2 %
Nej	761	64 %
Ej känt	233	20 %

Samordnad individuell plan; 171 individer (14 %) av den identifierade målgruppen hade en samordnad individuell plan och 761 individer (64 %) saknade samordnad individuell plan trots att kommun och region enligt lagen har skyldighet att upprätta en sådan om personen har kontakt med båda och vill.

Målgruppens livssituation

Redovisning av målgruppens familjesituation, boende, utbildning, sysselsättning/arbete och deltagande i samhällsgemenskap.

Familjesituation

Tabell 8. Inventerade personer fördelade på olika typer av boendesituation (1193).

Boendesituation	Antal personer	%
Bor ensam	782	66 %
Bor tillsammans med make/maka/sambo/partner	173	14 %
Bor tillsammans med föräldrar	112	9 %
Bor tillsammans med annan vuxen person/er	57	5 %
Ej känt	69	2 %

Boendesituation; 112 personer bodde med föräldrar, av dessa var 68 % mellan 18-24 år. 61 % av personerna mellan 45-64 år bodde tillsammans med make/maka/sambo eller partner.

Tabell 9. Förekomst av hemmaboende egna och andras hemmaboende barn hos inventerade personer (n=1193).

Egna och andras barn	Ja	Nej	Ej känt	Bortfall
Bor med egna barn	167	982	20	24
Bor med andras barn	15	985	31	162

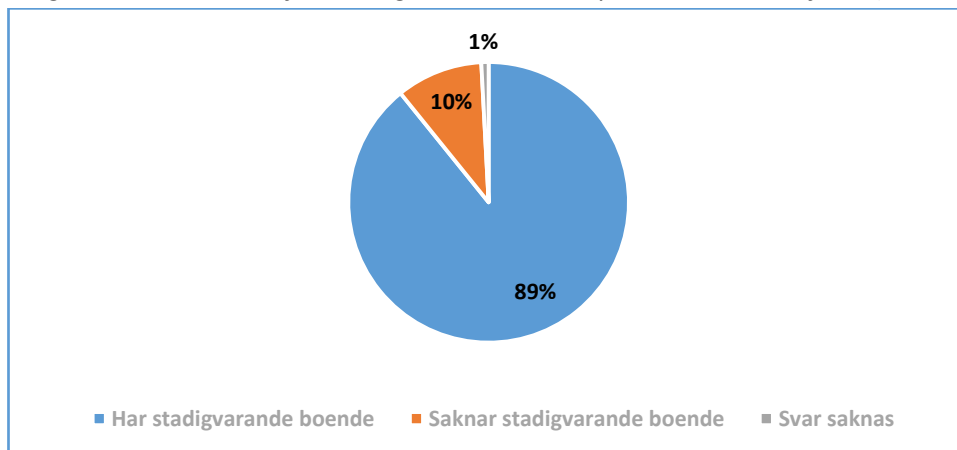
Barn; 167 individer (14 %) hade egna hemmaboende barn under 18 år. 75 personer (10 %) hade umgängesrätt med egna barn som inte bodde i den egna bostaden. 15 individer (1 %) hade andras hemmaboende barn.

Totalt fanns 318 barn som hade en förälder som tillhör målgruppen.

Boendeform

Redovisning av målgruppens aktuella boendesituation utifrån frågeställningen hade stadigvarande boende eller saknade stadigvarande boende.

Diagram 4. Procentuell fördelning av inventerade personers boendeform (n=1193).



Boendeform för personer med stadigvarande boende

Tabell 10. Inventerade personer fördelat på olika typer av stadigvarande boende.

Stadigvarande boende	Antal personer	%
Ordinärt boende	600	56 %
Ordinärt boende med stöd	117	11 %
Särskilda boendeformer/bostad m. särskild service*	145	14 %
Föräldrar/ nära släkting	95	9 %
Socialt kontrakt	107	10 %
Totalt	1064	

*Sol/LSS boende samt externa placeringar.

1064 personer (89 %) av målgruppen *hade stadigvarande boende*;

- 60 % hade haft sitt boende i mer än 3 år.
- Något mer än 40 % av de som bodde i bostad med särskild service var över 65 år.

Boendeform för personer som saknar ett stadigvarande boende

Tabell 11. Inventerade personer som saknar stadigvarande boende.

Saknar stadigvarande boende	Antal personer	%
Akutboende, härbärge, jourboende, uteliggare (sit.1)	22	19 %
Saknar bostad vid utskrivning (sit.2)	6	5 %
Familjehem (sit.3)	52	44 %
Tillfälligt boende hos vänner, familj/släkt (sit.4)	29	24 %
Ej känt	10	8 %
Totalt	119	

Socialstyrelsen definierar hemlöshet utifrån fyra situationer;

- Situation 1; olika former av akutboende, härbärge, jourboende eller bor utomhus/ i offentlig miljö.
- Situation 2; intagen/inskriven på anstalt/behandlingsenhet eller stödboende med planerad utskrivning inom tre månader, saknar då eget boende.
- Situation 3; boendelösning ordnad av kommunen.
- Situation 4; tillfälligt boende hos vänner, familj eller släkt.

119 personer (10 %) av den inventerade målgruppen *saknade stadigvarande boende* dvs befanns sig i någon form av hemlöshetssituation. 19 % av den inventerade målgruppen var hemlösa enligt situation 1, *nästan var tredje* av dessa var i åldern 25-44 år.

Utbildning

Tabell 12: Inventerade personer fördelade på olika utbildningsnivåer (n=1193).

Utbildning	Avslutad	Ej avslutad
Förgymnasial utbildning	152	114
Gymnasial utbildning	221	171
Eftergymnasial utbildning*	49	44
Annan eftergymnasial utbildning **	25	14

*Högskola, universitet. **Ex. yrkeshögskola, kvalificerad yrkesutbildning.

I åldersgruppen 18-24 år fanns sammanlagt 183 individer.

- Grundskola; 8 % avslutad och 11 % avbruten.
- Gymnasieskola; 26 % avslutad och 39 % avbruten.
- Eftergymnasial utbildning; 2 % avslutad och 4 % avbruten.
- För 10 % var utbildningsnivån ej känd/saknades svar.

I åldersgruppen 25-44 år fanns sammanlagt 445 individer.

- Grundskola; 13 % avslutad och 10 % avbruten.
- Gymnasieskola; 22 % avslutad och 16 % avbruten.
- Eftergymnasial utbildning; 6 % avslutad och 8 % avbruten.
- För 25 % var utbildningsnivån ej känd/saknades svar.

I åldersgruppen 45-64 år fanns sammanlagt 493 individer.

- Grundskola; 14 % avslutad och 10 % avbruten.
- Gymnasieskola; 13 % avslutad och 5 % avbruten.
- Eftergymnasial utbildning; 8 % avslutad och 3 % avbruten.
- För 46 % var utbildningsnivån ej känd/saknades svar.

384 respondenter saknade helt kunskap om vilken utbildningsnivå deras brukare hade.

Arbete och sysselsättning

Tabell 13. Inventerade personers arbets- och sysselsättningssituation (n=1193).

Arbets- och sysselsättning	Antal personer	%
Har arbete eller sysselsättning	357	30 %
Saknar arbete eller sysselsättning	708	59 %
Ej aktuellt *	14	1 %
Ej känt	98	8 %

*Ex. vistas på någon form av institution.

357 personer *hade arbete eller sysselsättning*.

- 45 % av dem var verksamma i strukturerad kommunal sysselsättning- eller rehabiliteringsverksamhet.
- 16 % hade arbete på öppna arbetsmarknaden.
- 49 % var i åldern 25-44 år, 25 % mellan 45-64 år och 24 % i yngsta åldersgruppen 18-24 år.

162 personer *hade varit arbetssökande* de senaste 12 månaderna.

- 45 % var i åldern 25-44 år, 40 % mellan 18-24 år och 15 % i åldern 45-65 år.

708 personer *saknade arbete eller sysselsättning*.

- 12 % var i åldern 18-24 år, 35 % i åldern 25-44 år, 45 % i åldern 45-64 år och 8 % över 65 år.

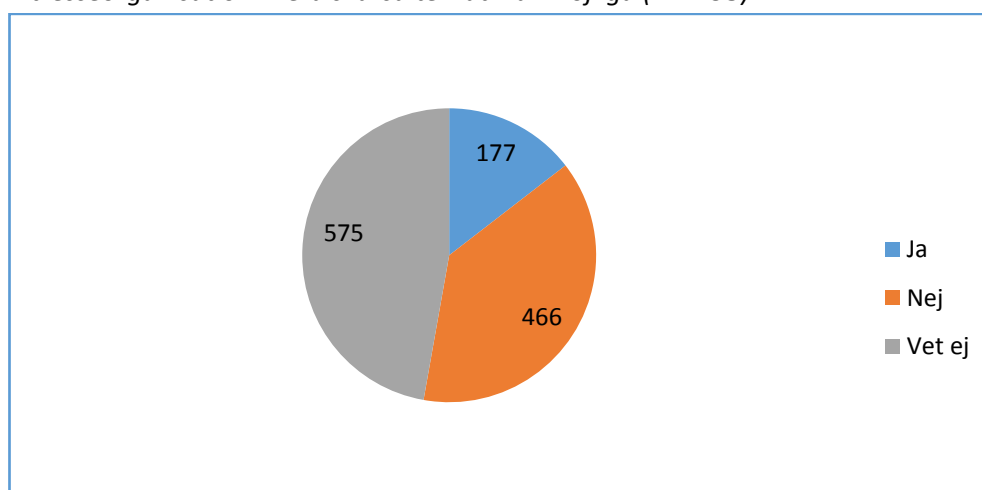
Tabell 14. Inventerade personer fördelade på olika typer av arbete eller sysselsättning. Flera svarsalternativ är möjliga (n=356).

Typ av arbete eller sysselsättning	Antal personer	%
Egen företagare	3	1 %
Öppna arbetsmarknaden	57	16 %
Arbete inom förening	6	2 %
Offentligt skyddat arbete/ arbetsmarknadspolitisk insats	72	20 %
Socialt företag	4	1 %
Kommunal sysselsättning/rehabilitering/träffpunkt	161	45 %
Studier	33	9 %
Annan form av arbete eller sysselsättning*	34	10 %

*Annan form av arbete/sysselsättning; Arbetsterapi, SFI, frivilligarbete.

Deltagande i föreningsverksamhet & intresseorganisationer

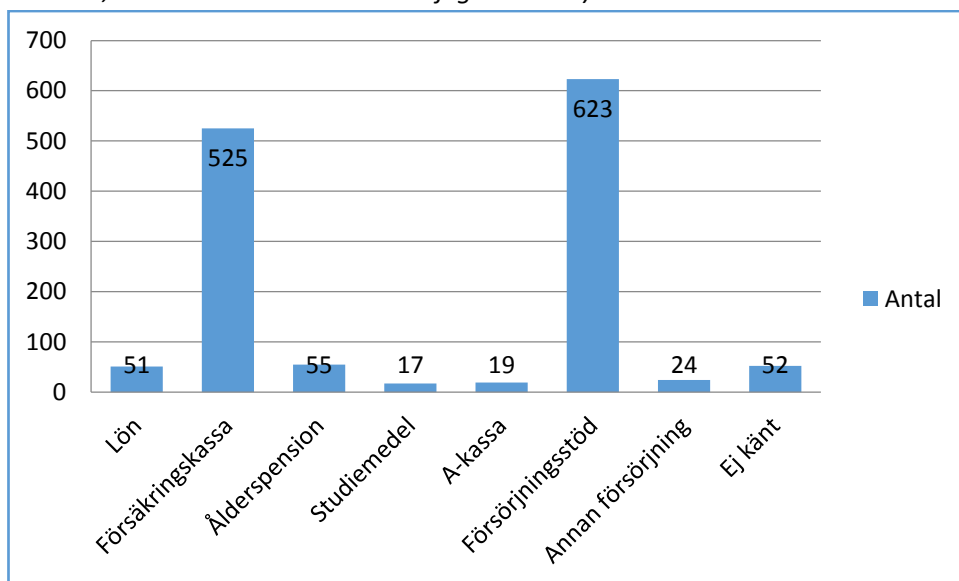
Diagram 5. Inventerade personers deltagande i föreningsverksamhet eller intresseorganisation. Flera svarsalternativ är möjliga (n=1193).



466 personer (39 %) i målgruppen *deltog inte i någon form av förening eller intresseorganisation*. 48 % av respondenterna saknade kunskap om deras brukare deltog i någon förening och intresseorganisation.

Huvudsaklig försörjning

Tabell 15. Inventerade personers huvudsakliga försörjning fördelat på olika typer av inkomst, Flera svarsalternativ är möjliga n=1193).



I åldersgruppen 18-24 år fanns 183 individer;

- 72 % av dessa hade försörjningsstöd.
- 16 % hade sjuk- eller aktivitetsersättning.
- 8 % annan försörjning.

I åldersgruppen 25-44 år fanns 445 individer.

- 5 % av dessa hade försörjningsstöd.
- 33 % hade sjuk- eller aktivitetsersättning.
- 9 % sjukpenning.

I åldersgruppen 45-64 år fanns 493 individer.

- 49 % av dessa hade försörjningsstöd.
- 44 % hade sjuk- eller aktivitetsersättning.
- 7 % sjukpenning.

Svårigheter och behov av insatser

Personer med psykisk funktionsnedsättning har ofta olika svårigheter i sin vardag. Funktionerna är indelade i sex livsområden, inom varje livsområde finns olika aktiviteter där individens svårighetsgrad besvarats. Respondenterna identifierade individens svårigheter, stöd och behov av insatser.

- A. Vid bedömningen av svårigheter att genomföra aktiviteter skattades individens förmåga att utföra aktiviteterna på egen hand. Om personen bedömdes ha svårighet att utföra aktiviteten på egen hand skattades svårigheten på skalan ingen svårighet till total svårighet. I redovisningen sammanfattas de individer som har någon form av svårighet i en kategori ”svårighet finns”.
- B. Vid bedömning av individens stöd från anhörig eller närstående var svarsalternativen ja, nej och ej känt.
- C. Bedömningen av individens behov av insats från kommunen eller landstinget gjordes utifrån skalan har inte behov av insats/pågående insats finns men kan upphöra, har pågående insats men dessa kan minska, har pågående insatser som motsvarar behovet, har pågående insats men behov av ytterligare/förändrad insats, har ingen insats men behov av och ej känt.

Tabellerna redovisar A; svårighet att utföra aktivitet, B; stöd från anhöriga/vänner och C; behov av insatser.

Personlig vård och hemliv

Tabell 16. Inventerade personer fördelat på respektive aktivitetsområde.

Livsområde	A Svårigheter i aktivitet			C Behov av insatser			B Anhörigstöd	
	Svårighet fanns	Ej känd	Bortfall	Behov fanns	Inget behov	Ej känd	Ja	Ej känd
Personlig vård	297	327	11	240	34	17	64	50
Sköta sin medicin	349	412	22	304	29	10	64	48
Handla mat	374	403	10	297	54	13	148	34
Bereda enkla måltider	309	429	10	234	50	15	91	40
Städa och tvätta	411	424	11	334	42	22	118	56

Städa och tvätta

- 411 personer (34 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 118 (29 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 334 personer (81 %) hade behov av insatser.
- 89 saknade insats.

Handla mat

- 374 personer (31 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 148 (40 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 297 personer (79 %) hade behov av insatser.
- 75 saknade insats.

Sköta sin medicin

- 349 personer (29 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 64 (18 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 304 personer (%) hade behov av insatser.
- 38 saknade insats.

Kommunikation och förflyttning

Tabell 17. Inventerade personer fördelat på respektive aktivitetsområde.

Livsområde	A Svårigheter i aktivitet			C Behov av insatser			B Anhörigstöd	
	Svårighet fanns	Ej känd	Bortfall	Behov fanns	Inget behov	Ej känd	Ja	Ej känd
Ge och ta information	524	168	14	389	63	54	151	118
Telefon inkl. sms	263	291	11	175	48	26	81	44
Använda IT	166	517	10	95	42	21	46	25
Offentliga transportmedel	251	396	11	173	46	23	80	35

Kommunicera genom att ge och ta information

- 524 personer (44 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 151 (29 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 389 personer (74 %) hade behov av insatser.
- 98 saknade insats.

Använda telefon inklusive sms

- 263 personer (22 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 81 (31 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 175 personer (67 %) hade behov av insatser.
- 54 saknade insats.

Använda offentliga transportmedel

- 251 personer (21 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 80 (32 %) hade någon form av anhörigstöd
- 173 personer (69 %) hade behov av insatser.
- 45 saknade insats.

Mellanmänskliga relationer

Tabell 18. Inventerade personer fördelat på respektive aktivitetsområde.

Livsområde	A Svårigheter i aktivitet			C Behov av insatser			B Anhörigstöd	
	Svårighet fanns	Ej känd	Bortfall	Behov fanns	Inget behov	Ej känd	Ja	Ej känd
Familjerelationer	360	433	17	233	58	56	144	53
Informella relationer	482	444	15	348	71	54	148	94
Formella relationer	653	256	22	525	53	62	199	137

Formella relationer

- 653 personer (55 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 199 (31 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 525 personer (80 %) hade behov av insatser.
- 127 saknade insats.

Informella relationer

- 482 personer (40 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 148 (31 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 348 personer (72 %) hade behov av insatser.
- 102 saknade insats.

Lärande och utbildning

Tabell 19. Inventerade personer fördelat på respektive aktivitetsområde.

Livsområde	A Svårigheter i aktivitet			C Behov av insatser			B Anhörigstöd	
	Svårighet fanns	Ej känd	Bortfall	Behov fanns	Inget behov	Ej känd	Ja	Ej känd
Lösa vardagsproblem	568	412	18	474	49	35	209	107
Tala, läsa, skriva på svenska språket	337	206	10	182	50	88	94	105
Befinna sig i en utbildningssituation	305	498	12	168	57	71	34	90

Lösa vardagsproblem

- 568 personer (48 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 209 (37 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 474 personer (83 %) hade behov av insatser.
- 114 saknade insats.

Tala, läsa och skriva på svenska språket

- 337 personer (28 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 94 (28 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 182 personer (54 %) hade behov av insatser.
- 54 saknade insats.

Arbete, sysselsättning och ekonomi

Tabell 20. Inventerade personer fördelat på respektive aktivitetsområde.

Livsområde	A Svårigheter i aktivitet			C Behov av insatser			B Anhörigstöd	
	Svårighet fanns	Ej känd	Bortfall	Behov fanns	Inget behov	Ej känd	Ja	Ej känd
Skaffa/behålla ett arbete	522	249	10	417	51	39	56	167
Strukturerad sysselsättning	599	341	12	500	54	32	92	149
Öppen verksamhet	538	414	11	426	53	44	81	130
Hantera ekonomi	524	325	15	433	50	33	144	102

Strukturerad sysselsättning

- 599 personer (50 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 92 (15 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 500 personer (83 %) hade behov av insatser.
- 200 saknade insats.

Öppen verksamhet

- 538 personer (45 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 81 (15 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 426 personer (79 %) hade behov av insatser.
- 160 saknade insats.

Hantera ekonomi

- 524 personer (44 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 144 (28 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 422 personer (83 %) hade behov av insatser, för att hantera ekonomi.
- 101 saknade insats.

Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv

Tabell 21. Inventerade personer fördelat på respektive aktivitetsområde.

Livsområde	A Svårigheter i aktivitet			C Behov av insatser			B Anhörigstöd	
	Svårighet fanns	Ej känd	Bortfall	Behov fanns	Inget behov	Ej känd	Ja	Ej känd
Delta i förening	354	599	8	253	50	37	59	68
Utöva fritidsaktivitet	389	565	9	302	42	35	86	83

Utövande av fritidsaktivitet

- 389 personer (33 %) klarade inte av aktiviteten på egen hand.
- 86 (22 %) hade någon form av anhörigstöd.
- 302 personer (78 %) hade behov av insatser.
- 101 saknade insats.

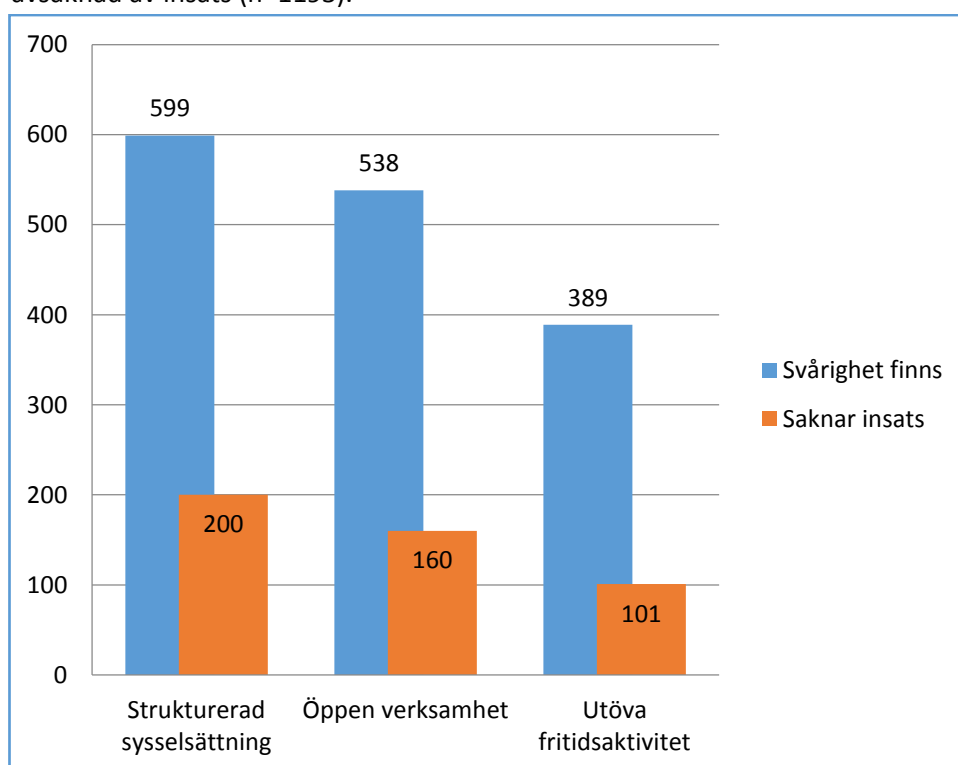
Sammanfattning av svårigheter och behov

Tabellerna som följer visar antalet personer som hade någon form av svårighet inom olika aktiviteter samt de som helt saknade insats.

Aktiviteterna sammanfattas under rubrikerna; sysselsättning, arbete & fritid, kommunikation & mellanmänsklig relation och svårigheter i vardagen.

Sysselsättning, arbete & fritid

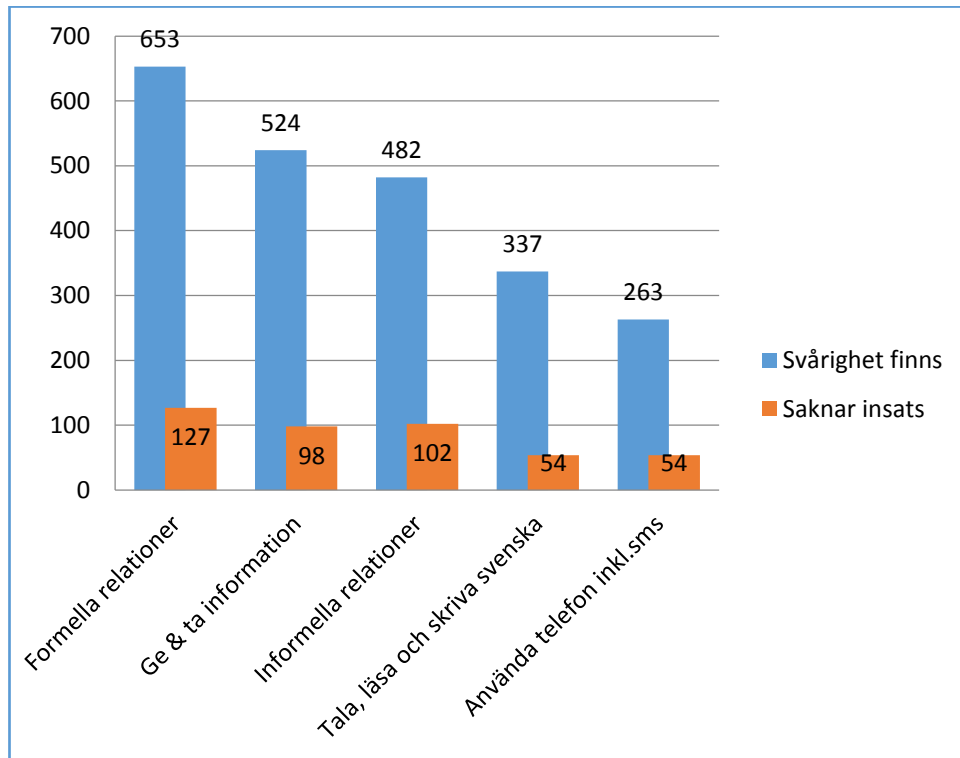
Diagram 6. Sammanfattning av målgruppen svårighet för utvalda aktiviteter samt avsaknad av insats (n=1193).



- 50 % hade svårighet med strukturerad sysselsättning, var tredje saknade insats.
- 45 % hade svårighet med öppen verksamhet, nästan var tredje saknade insatser.
- 33 % hade svårighet att utöva fritidsaktiviteter, något mer än var fjärde saknade insats.

Kommunikation & mellanmänsklig relation

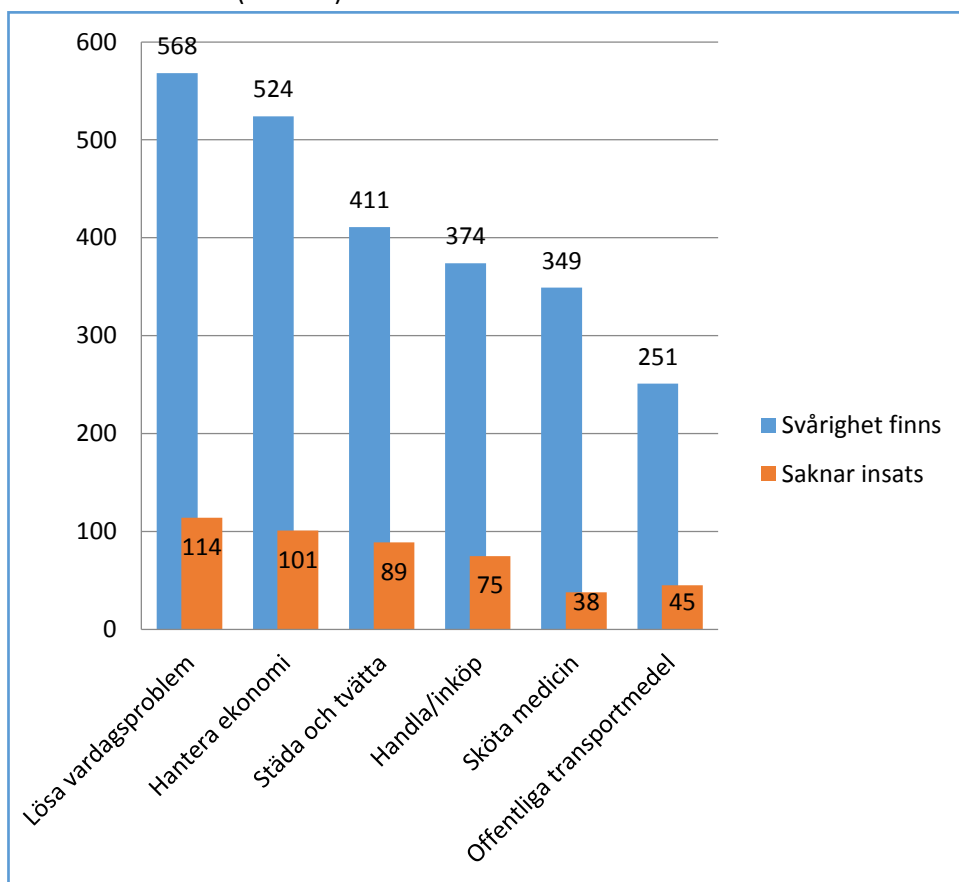
Diagram 7. Sammanfattning av målgruppen svårighet för utvalda aktiviteter samt avsaknad av insats (n=1193).



- 55 % hade svårighet med formella relationer, var femte saknade insats.
- 44 % hade svårighet med att ge och ta emot information, nästan var femte saknade insats.
- 40 % hade svårighet med informella relationer, mer än var femte saknade insats.
- 28 % hade svårighet med att tala, läsa och skriva på svenska språket, något mindre än var sjätte saknade insats.
- 22 % hade svårighet med att använda telefon inkl. sms, var femte saknade insats.

Svårigheter i vardagen

Diagram 8. Sammanfattning av målgruppen svårighet för utvalda aktiviteter samt avsaknad av insats (n=1193).



- 48 % hade svårighet med att lösa vardagsproblem, var femte saknade insats.
- 44 % hade svårighet med att hantera ekonomi, var femte saknade insats.
- 34 % hade svårighet med att städa och tvätta, mer än var femte saknade insats.
- 31 % hade svårighet med att handla mat, var femte saknade insats.
- 29 % hade svårighet med att sköta sin medicin, var tionde saknade insats.
- 21 % hade svårighet med att använda offentliga transportmedel, något mer än var sjätte saknade insats.

Hälsoproblem och behov av insatser

Inom hälsoområdet ställdes frågor om problem fanns med kroppslig sjukdom, tandhälsa, alkohol-, narkotika- och tobaksproblem samt vilket stöd som fanns och behov av insatser. I tabellen redovisas även frågeställningen kring behov av psykiatriska insatser.

Hälsoområde

Tabell 22. Inventerade personer fördelat på respektive hälsoområde.

Hälsoområde	Hälsoproblem			Behov av insatser		Anhörigstöd	
	Problem fanns	Ej känt	Bortfall	Behov fanns	Behov ej känt	Ja	Ej känt
Psykisk hälsa	-	-	-	927	212	-	-
Kroppslig sjukdom	529	333	52	406	89	126	189
Tandhälsa	207	622	45	181	12	25	39
Alkoholproblem	160	453	47	142	11	24	43
Narkotikaproblem	186	417	55	169	7	34	56
Problem med tobak	150	577	36	80	25	13	29

529 personer (44 %) hade problem med *somatisk/kroppslig hälsa*.

- Fler kvinnor än män hade problem med sin somatiska hälsa.
- 82 personer saknade helt insats.
- Problem hade; 59 % mellan 45-64 år, 52 % i åldern 65 år eller äldre och 20 % mellan 18-24 år.

207 personer (17 %) hade problem med *tandhälsa*.

- Fler män än kvinnor hade problem med sin tandhälsa.
- 46 personer saknade helt insats.
- Problem hade; 30 % i åldern 65 år eller äldre, 20 % mellan 45-64 år och 17 % mellan 25-44 år.

160 personer (13 %) hade *alkoholproblem*.

- Fler män än kvinnor hade problem med alkohol.
- 34 saknade helt insats.
- Problem hade 15 % i åldern 25-64 år.

186 personer (16 %) hade *narkotikaproblem*.

- Fler män än kvinnor hade problem med narkotika.
- 38 personer saknade helt insats.
- Problem hade 20 % av målgruppen mellan 18-44 år.

150 personer (13 %) hade *problem med tobak*.

- Fler män än kvinnor hade problem med tobak.
- 42 saknade helt insats.
- 15 % av målgruppen som var äldre än 65 år hade problem.

Behov av psykiatriska insatser/behandling

Hade behandling motsvarande behovet.

- 58 % av målgruppen 65 år och äldre, 39 % mellan 18-24 år, 35 % mellan 25-44 år och 34 % mellan 45-64 år.

Hade pågående behandling men behov av mer.

- 26 % av målgruppen 25-44 år, 22 % mellan 18-24 år, 19 % mellan 45-64 år och 13 % från 65 år och äldre.

Hade saknade men hade behov av behandling.

- 26 % av målgruppen 18-24 år, 16 % mellan 25-44 år, 12 % mellan 45-64 år och 7 % från 65 år och äldre.

Redovisning av brukarintervjuer

För att få ett brukarperspektiv på inventeringen planerades tio djupintervjuer av brukare. Av de sju som genomfördes svarade fem brukare själv på frågorna, två valde att få hjälp av sin kontaktperson. Tre intervjuer blev inte av då brukarna vid ett flertal tillfällen lämnade återbud.

Del 1. Allmänna frågor om brukaren

- Fem brukare var mellan 25-44 år, en mellan 45-65 år och en över 65 år. Två kvinnor och fem män.
- Sex brukare var födda i Sverige och en i annat nordiskt land.
- Samtliga brukare hade fått stöd och hjälp från hälso- och sjukvården, kommunen eller annan organisation senaste 12 månaderna.
- För sex av brukarna fanns samverkan mellan kommun och öppenvårdspsykiatri. Kring fem av brukarna fanns samverkan med primärvården.
- Kring fyra av brukarna fanns samverkan utifrån brukarens behov av stöd och hjälp, fyra hade en samordnad individuell plan.
- En brukare hade vårdats inom slutna psykiatrisk vård senaste 12 månaderna.

Del 2. Frågor om brukarens livssituation

- Sex brukare hade stadigvarande boende, tre bodde i egen lägenhet med praktiskt stöd. Fyra personer hade haft sitt boende i mer än tre år.
- Mer än hälften av brukarna var inte nöjd med nuvarande boendesituation, samtliga önskade annan form av eget boende.
- Fem personer bodde ensam, en av sju hade barn.
- Tre personer var inte nöjd med sin nuvarande utbildning, samtliga av dessa önskade fortsatt studiemöjlighet.
- Fem brukare hade inte haft någon form av arbete eller sysselsättning senaste 12 månaderna. Tre av brukarna var inte nöjd med nuvarande arbete/sysselsättning, tre visste inte om de var nöjda.
- Två brukare hade varit arbetssökande på AF senaste 12 månaderna.
- Fyra brukare hade ersättning från försäkringskassan som sin huvudsakliga inkomst, två hade försörjningsstöd. Fyra brukare var inte nöjd med sin ekonomiska situation, samtliga önskade bättre ekonomi.
- Två brukare deltog i någon form av intresseorganisation eller förening. Tre brukare var nöjda med sina kontakter med föreningar och intresseorganisationer, två visste inte om de var nöjda.

Del 3. Frågor om brukarens behov av insatser

Tabell 23. Redovisning av brukarens skattning av; A. svårighet, B. anhörigstöd och C. behov av insats i aktiviteterna inom livsområden.

Aktivitet	A Svårighet	C Behov av insatser		B Anhörigstöd
	<i>Svårighet fanns</i>	<i>Behov av insats</i>	<i>Saknar insats</i>	<i>Ja</i>
Personlig vård	2	1	0	0
Sköta sin medicin	1	0	0	0
Handla mat	3	2	1	1
Bereda enkla måltider	3	1	0	0
Städa och tvätta	3	2	1	0
Ge och ta information	2	2	0	0
Telefon inkl. sms	2	2	0	1
Använda IT	1	1	0	0
Offentliga transportmedel	3	1	0	1
Familjerelationer	5*	0	0	1
Informella relationer	5*	1	1	0
Formella relationer	5*	3	1	2
Lösa vardagsproblem	3	3	0	2
Tala, läsa, skriva svenska	0	0	0	0
Befinna sig i en utbildning	3	1	1	0
Skaffa/behålla ett arbete	4*	1	1	1
Strukturerad sysselsättning	4*	2	2	1
Öppen verksamhet	4*	2	2	1
Hantera ekonomi	4*	2	1	3
Delta i förening	4*	3	1	1
Utöva fritidsaktivitet	4*	3	1	1

Tabell 24. Redovisning av brukarens skattning av; A. problem, B. anhörigstöd och C. behov av insats i hälsoområden.

Hälsoområde	A <i>Problem fanns</i>	C <i>Behov av insatser</i>		B <i>Anhörigstöd</i>
	<i>Svårighet fanns</i>	<i>Behov fanns</i>	<i>Saknar insats</i>	<i>Ja</i>
Psykisk hälsa	7	7	-	-
Kroppslig hälsa	5*	3	0	1
Tandhälsa	5*	3	1	1
Alkoholproblem	0	0	0	0
Narkotikaproblem	0	0	0	0
Problem med tobak	3	2	1	1

Brukarens problem och svårigheter som behöver lyftas fram

Fem av sju brukare skattade att de hade olika svårigheter/problem med relationer, kroppslig hälsa och tandhälsa.

Fyra av sju brukare uppgav sig ha svårigheter med arbete, sysselsättning, ekonomi och fritid.

Erfarenheter gjorda av 2014 års inventering

Vi har fått in ett stort antal unika svar som stämmer med förväntat utfall för en stad av Helsingborgs storlek vilket är tillfredsställande. En brist i inventeringen är att det inte går att se helheten för varje unik individ då inte alla verksamheter deltagit fullt ut och att inte brukarna blivit intervjuade. Med helheten menas alla delar av de åtgärder och insatser som socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan erbjuda målgruppen med psykiska funktionsnedsättningar men också brukarnas egen syn på den hjälp som erbjuds.

Enligt gällande lagstiftning inom Socialtjänst och Hälso- och sjukvård ska verksamheter som arbetar med målgruppen delta och samverka i behovsinventeringar.

- *Enligt lagstiftningen ska kommunen göra sig väl förtrogen med levnadsförhållanden för människor med psykiska funktionshinder och bedriva uppsökande verksamhet i samverkan med landsting/region och andra samhällsorgan samt organisationer (5 § SOL, 21 § Sol, 21a § samt LSS 15 §).*
- *Landstinget ska enligt 7 § HSL planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen innefattar även privata aktörer. Sjukvården ska samverka med andra samhällsorgan för att planera och utveckla vården.*

En annan brist/svårighet har varit att få ut informationen till alla deltagande respondenter på ett sätt så att man med säkerhet kan säga att alla förstått sin del i inventeringen. Tidsaspekten är en annan svårighet som blev tydlig. Det var svårt att balansera planeringen så att alla deltagande parter var i fas för att prioritera inventeringen. Det tar tid att inventera och framför allt prioritera detta i en redan slimmad verksamhet. Goda exempel var att en av organisationerna valde att sätta av heldagar för personalen som då upplevde sig ha tid för att besvara enkäten. En annan organisation tog in extra personal för att möjliggöra uppdraget för fast personal.

Förslag inför framtida inventeringar

Det har inkommit förslag på förbättringar av gjord inventering. En av dessa är att göra jämförelser av svaren på varje unik individ, det vill säga jämföra svaren från socialtjänst respektive hälso- och sjukvård. Det kan öka möjligheten till en sammanhållen vård och insats för den unika individen. Ett annat förslag är att intervjua brukarna med samma enkät som personalen fått. Detta diskuterades i planeringen av denna inventering och man kom fram till att detta är för resurskrävande och man valde istället att intervjua ett urval på tio brukare. Ett rimligt mål för nästa inventering vore att intervjua hälften av brukarna. Socialstyrelsens inventeringsmaterial finns på deras hemsida.

Diskussion utifrån en workshop hösten 2014

I samband med en workshop kring resultatet prioriterades tre områden kring vilka det behövs ett utvecklingsarbete, dessa är **samverkan**, **barnperspektivet** och **meningsfull sysselsättning**. Bristen på kunskap om brukarens vardag bör uppmärksammas ytterligare.

Samverkan

Inventeringen visade att lite mer än hälften av brukarna haft kontakt med både socialtjänst och psykiatri senaste 12 månaderna och att mer än var tionde respondent inte visste om det fanns någon samverkan. Samordnad individuell plan SIP hade upprättats/höll på att upprättas i samarbete mellan kommun och landsting för en femtedel av brukarna.

Deltagarna på workshopen fick ta fram vilka möjligheter det finns för samverkan och de menade att denna måste ske på alla nivåer och styras, från politiker och ner i organisationerna. Det finns tydliga överenskommelser mellan samverkande organisationer och vi behöver hitta modeller på hur det ska vara utifrån vad som fungerar. Kompetensutveckling måste till för all personal och det är allas ansvar att bära tänkandet av brukarstyrda samverkansformer. Det måste finnas någon som ansvarar för att ta reda på vad personen vill och som har det övergripande ansvaret, en Case Manager, IPS-coach eller kontaktperson. Deltagarna såg hinder i att det finns en initial tröghet och en svårighet med att komma igång. Ibland saknas viljan för att samverka och det måste ges förutsättningar i form av tid. Bristen på kunskap om samverkan upplevs som stor både i ledning och bland personal men även om målgruppen och dess behov. Hur kan vi då bli bättre på samverkan enligt deltagarna på workshopen? Vi måste få fler att arbeta och förstå vikten av en SIP, som är lagstadgad och som utgår från klientens behov där alla bidrar med det de kan från sin verksamhet. På så sätt utgår vi från individens vilja och samlas runt dennes mål. Vi behöver mer kunskap om upplevd egenmakt och delat beslutsfattande. Vi behöver skapa respekt för varandras yrkesroller och sträva mot en gemensam värdegrund, förhållningssätt, kunskap, respekt och bemötande mot individen. Vi måste bli bättre på tydlig kommunikation i samverkan med professionen och med individen i fokus.

Barnperspektiv

Kartläggningen visade att drygt var sjunde brukare hade egna hemmaboende barn. Det fanns minst 318 barn som bodde med en vuxen som tillhörde målgruppen. Respondenterna visste inte om det fanns andras barn i hemmet i 193 ärenden. I dagsläget är det svårt att ta fram information om hur brukaren och dess barn påverkas i sin vardag.

Deltagarna på workshopen fick ta fram vilka möjligheter det finns för att lyfta fram barnperspektivet. Först och främst behövs en kartläggning av identifierade familjer i inventeringen och att ett barnperspektiv är självklar i all samverkan och samarbete. Det man lyfte fram var bland annat det måste till mer kunskap om olika metoder för att både stödja barnet i olika stödverksamheter och brukaren genom ex föräldrautbildning. Men också samverkan med skolan, BVC och barn & ungdomsverksamheten inom socialtjänsten. Deltagarna såg hinder i att man saknar systematik för att fånga barnens och föräldrarnas behov. Vi behöver mer kunskap om dessa familjers behov och vad respektive organisation står för. Vi vet att barnen finns men ser inte alltid dem.

Meningsfull sysselsättning

Enligt inventeringen hade drygt två tredjedelar av brukarna inte haft någon form av sysselsättning eller arbete senaste 12 månaderna. Bara var tionde brukare hade bedömts stå till arbetsmarknadens förfogande. Man saknade kunskap i hälften av svaren om brukaren deltog i en organiserad aktiv fritid. Drygt hälften av brukarna hade sin huvudsakliga försörjning från arbetsmarknadsförvaltningen i form av försörjningsstöd och var tredje från försäkringskassan i form av sjuk- eller aktivitetsersättning. Var femte brukare hade avslutad/avbruten grundskola som sin högsta utbildningsnivå. Var tredje brukare hade avslutad/avbruten gymnasieskolan som sin högsta utbildningsnivå. Var tionde brukare hade avslutad/avbruten eftergymnasialskola som sin högsta utbildningsnivå. Mer än en tredjedel av respondenterna visste inte vilken högsta avbrutna/fullgjorda utbildning brukaren hade.

Deltagarna på workshopen fick ta fram vilka möjligheter det finns för att öka mångfalden och variationen av sysselsättning men också att sysselsättning måste utgå från individens egna önskemål och anpassade efter dennes behov. Sysselsättning/aktivering och en meningsfull vardag måste bygga på brukarens upplevda behov.

Framför allt har Socialtjänsten ett ansvar för att möjliggöra sysselsättning. Förslag på vad behövs är att utöka IPS-verksamheten, skapa sociala företag, öka samverkan med föreningslivet och använda befintliga strukturer i samhället som arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Möjliga hinder för

detta kan vara att detta prioriteras lågt ex. i förhållande till bostad och försörjning inom Socialtjänsten.

Bristen på kunskap om brukarens vardag

I materialet från inventeringen framgår att det fanns brister i personalens kunskap kring målgruppen. För att förtydliga detta väljer vi att lyfta fram bristerna i personalens kunskap om brukarens svårigheter i vardagen.

Mer än i en tredjedel av svaren saknades kunskap om brukarens svårigheter i personlig vård och hemliv, kommunikation, förflyttning, mellanmänniska relationer, lärande, utbildning, arbete, sysselsättning samt ekonomi. Hälften av respondenterna saknade kunskap om brukarens svårigheter i samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv. Ungefär lika många av respondenterna saknade kunskap om brukarens hälsa.

För att på ett bra sätt kunna planera inför framtiden är det viktigt att, med hjälp av inventeringen, lyfta fram hur behovet av insatser ser ut men också se till att man får verktyg som möjliggör en ökad kunskap om målgruppens behov.

Helsingborg 2015-04-09

Åke Malmén

Carin Nilsson

Referenser

Statens offentliga utredningar: Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning

<http://www.socialstyrelsen.se/psyiskohalsa/psyiskfunktionsnedsattning/inveteringsverktyg/Documents/Rapport%20definition%20psyiskt%20funktionshinder.pdf>

Socialstyrelsen (1999). *Att inventera psykiskt funktionshindrade personers behov*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2012). *Att inventera behov – Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning*.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-1-34>

Svensk författningssamling [SFS] 1993:387. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1993387-om-stod-och-ser_sfs-1993-387/

Nilsson, C. (2010). *Behov av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning 2010. Slutrapport Helsingborgs stad 2010*.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen

Lundin, L., & Mellgren, S. (2012). *Psykiska funktionshinder: Stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.



HANDLINGSPLAN

för Helsingborg Stad och Region Skånes psykiatri

Detta dokument redovisar först A. nuläget. Därefter B. utveckling/framtid som tar sikte på fortsatt arbete och aktiviteter. Planen följdes upp 2015 02 13 och reviderades 2015 05 08.

Inledning

Samverkan mellan myndigheterna är av helt avgörande betydelse för målgruppen med psykiska funktionsnedsättningar. En handlingsplan som denna ska leda till ett större inflytande och delaktighet från brukare och anhöriga samt kunskap och en större beredskap från organisationerna för att samverka. Denna handlingsplan ska revideras årligen i det lokala samrådsgruppen, Psykiatri och ersätter tidigare handlingsplaner.

A. Nuläge

Lokal överenskommelse

Helsingborg stads socialtjänst och skolverksamhet har tecknat överenskommelse med Region Skånes psykiatri i Helsingborg, rättspsykiatri samt primärvård avseende vuxna samt en överenskommelse med barn- och ungdomspsykiatri. Dessa gäller till och med att nytt avtal är tecknat (bilaga 1, 2). Överenskommelsen från 2014 har tagits fram och granskats i samverkan med stadens anhörig- och brukarorganisationer (bilaga 9). Det finns två lokala samrådsgrupper utifrån respektive överenskommelse och grupperna träffas 4 gånger per år och med möjlighet för fler möten vid behov, brukar- och anhörigorganisationerna deltar med två representanter. Kopplat till dessa möten finns ett brukarråd som utser lämpliga representanter inför varje möte. Sedan hösten -14 finns även representanter för arbetsförmedlingen och försäkringskassa med i det lokala samrådet för vuxna och utifrån uppdrag och perspektiv bedöms en fortsatt närvaro behövas i den

lokala samrådsgruppen i syfte att utbyta information om/när myndighetens åtgärder och insatser kan bli aktuella för målgruppen.

Uppdraget är;

Att årligen fastställa områden för uppföljning och utvärdering

Att bevaka så att samverkan sker enligt ram- och lokal överenskommelse

Att följa upp rutinerna för Samordnad Individuell Planering (SIP)

Att hantera brister i samverkan

Att ha en gemensam strategisk planering och samordning

Att årligen följa upp den gemensamma handlingsplanen

Att parterna har ett ömsesidigt ansvar för kunskapsöverföring och att vid behov ge stöd till personal i varandras organisationer för att öka kvaliteten i stödet/insatserna till den enskilde.

Samverkan i Helsingborg bygger på att det enskilda ärendet som är i behov av samverkan har möjlighet att få en SIP genomförd. Visar det sig att detta inte löser problemen kan anmälan om bristande samverkan göras enligt rutin beskriven i överenskommelsen.

Ansvariga är det lokala samrådet.

Inflytande/delaktighet

Den offentliga psykiatrin i Helsingborg, rättspsykiatrin i Helsingborg samt den privata aktören Psykiatripartners med halva Helsingborg som upptagningsområde har varsitt dokument för inflytandefrågor. Dessutom har aktörer som ingår i lokala samrådet skrivit ett avtal om samordning för att klargöra arbetsförmågan hos individer som har behov av fler än en kontakt (bilaga 3, 4, 5, 6).

Socialtjänsten i Helsingborg ger föreningsbidrag till RSMH, Schizofreniförbundet, Fontänhuset Bryggan, Ria, LP-stiftelsen, hemlösas Hus med flera. Detta innebär att alla föreningar har en kontaktperson från socialtjänsten som deltar på möten och gör besök i deras respektive verksamhet. Det finns idag flera nivåer för brukarråd. Alla boenden med särskild service har ett brukarrådsmöte per månad. Ett brukarråd är kopplat till det lokala samrådet, se ovan. Ett annat brukarråd som är under uppbyggnad finns inom socialtjänstens vuxenverksamhet (bilaga 7).

Ansvariga är socialtjänsten i Helsingborg samt Region Skånes psykiatri.

Personliga ombud

Helsingborgs Stads socialtjänst har sedan länge ett samarbete med PO-Skåne och för närvarande finns det 5 personliga ombud anställda i Helsingborg.

Ansvarig är socialtjänsten i Helsingborg

Inventering Vuxen

Under 2009/10 genomförde Helsingborg en inventering för att skaffa sig kännedom om målgruppens behov. Under 2013 beslutades att genomföra en ny sådan under 2014. Arbetet påbörjades under januari månad för att redovisas under mars månad 2015. Först gjordes en screening för att få en uppfattning om målgruppens storlek för att sedan göra själva inventeringen/kartläggningen.

Ansvariga är socialtjänsten i Helsingborg i samverkan med Region Skåne.

Samordning

Helsingborgs stads socialtjänst har en tjänst som samordnare som arbetar för både kommunen och Regionen. I uppdraget ingår framtagande av lokala överenskommelser, implementering av överenskommelser samt SIP, planering och genomförandet av inventering, genomförande av utbildningar, vara sammankallande i de lokala samverkansgrupperna, hantera och sammanställa brister i samverkan samt vara kontaktperson mot SKL, SoS.

Ansvarig är socialtjänsten i Helsingborg.

Utbildning

Under hösten 2014 genomfördes en utbildning inom socialtjänsten för insats/behandlare som möter målgrupper med kognitiva funktionsnedsättningar. Utbildningen anordnas av personal från Vård- och omsorgsförvaltningen och följs upp under hösten 2015.

En heldag om neuropsykiatri och hela familjen anordnas i mars månad 2015 riktat till alla verksamheter inom det lokala samrådet samt brukarorganisationerna.

Ansvarig är psykiatrisamordningen.

Införande implementering av lokala överenskommelser

En bred informations- och utbildningsinsats är genomförd inom såväl Regionen som stadens aktuella förvaltningar avseende regional och lokal överenskommelse samt arbetet med SIP. Manualer och enkla hjälpmedel för SIP finns tillgängligt digitalt inom alla förvaltningar. *Ansvariga är det lokala samrådet.*

Samverkansformer

Samverkansarbete utöver ovanstående finns idag avseende vuxna, barn och ungdom.

Exempel är:

Maria Nordväst; en gemensam mottagningsverksamhet för unga vuxna som har ett missbruk eller riskerar att utveckla ett sådant.

Familjehuset; erbjuder föräldrautbildningar samt gruppverksamhet till barn och unga som levt under speciella svårigheter i hemmet.

Resursteamet; en gemensam verksamhet vars uppdrag är att utreda personer med missbruk och misstanke om samtidig neuropsykiatrisk problematik eller annan allvarlig psykiatrisk problematik.

Psykiatrins Skånevecka; Region Skåne har denna vecka för att öka samhällets kunskap om psykiatri. Här ingår självklart socialtjänstens olika arbetssätt.

B. Utveckling/framtid

Inventering

Genom att upprepa behovsinventeringar för målgruppen med jämna mellanrum kommer Helsingborg att ha ett underlag för att kunna revidera handlingsplanen. Från och med 2014 har vi kartläggningsinstrument för alla åldersgrupper. Helsingborg har under 2014 genomfört en omfattande behovsinventering enligt socialstyrelsens mall, 1193 unika individer rapporterades in (bilaga 8). Utifrån detta kommer socialtjänsten att genomföra intervjuer med brukare under våren 2015, slumpmässigt utvalda, för att fördjupa bilden av de behov målgruppen har. Dessa intervjuer ska precis som behovsinventeringen ligga som en rutin minst var fjärde år. Under 2014 genomfördes en workshop med alla deltagande parter i inventeringen som skapade en prioriteringslista utifrån genomförd inventering. Tre områden blev utpekade och ett utvecklingsarbete behövs kring samverkan, barnperspektivet och meningsfull sysselsättning. Bristen på kunskap om

brukarens vardag bör uppmärksammas ytterligare. Lokala samrådet har beslutat att under 2015 ska fokus vara på samverkan.

Nedan följer en sammanfattning av prioriterade områden;

SAMVERKAN

Inventeringen visar att lite mer än hälften av brukarna (1193 personer) haft kontakt med både socialtjänst och psykiatri senaste 12 månaderna och att mer än var tionde respondent inte visste om det fanns någon samverkan. Samordnad individuell plan SIP har upprättats/håller på att upprättas i samarbete mellan kommun och landsting för en femtedel av brukarna. Deltagarna på workshopen fick ta fram vilka möjligheter det finns för samverkan och de menade att denna måste ske på alla nivåer och styras, från politiker och ner i organisationerna. Det finns tydliga överenskommelser mellan samverkande organisationer och vi behöver hitta modeller på hur det ska vara utifrån vad som fungerar. Kompetensutveckling måste till för all personal och det är allas ansvar att bära tänkandet av brukarstyrda samverkansformer. Det måste finnas någon som ansvarar för att ta reda på vad personen vill och som har det övergripande ansvaret, en CM, IPS-coach eller kontaktperson. Bristen på kunskap om samverkan upplevs som stor både i ledning och bland personal men även om målgruppen och dess behov. Hur kan vi då bli bättre på samverkan enligt deltagarna på workshopen? Vi måste få fler att arbeta och förstå vikten av en SIP, som är lagstadgad och som utgår från klientens behov där alla bidrar med det de kan från sin verksamhet. På så sätt utgår vi från individens vilja och samlas runt dennes mål. Vi behöver mer kunskap om upplevd egenmakt och delat beslutsfattande. Vi behöver skapa respekt för varandras yrkesroller och sträva mot en gemensam värdegrund, förhållningssätt, kunskap, respekt och bemötande mot individen. Vi måste bli bättre på tydlig kommunikation i samverkan med professionen och med individen i fokus.

BARNPERSPEKTIV

Kartläggningen visar att drygt var sjunde brukare har egna hemmaboende barn. Det finns minst 318 barn som bor med en vuxen som tillhör målgruppen. Respondenterna vet inte om det finns andras barn i hemmet i 193 ärenden. I dagsläget är det svårt att ta fram information om hur brukaren och dess barn påverkas i sin vardag. Deltagarna på workshopen fick ta fram vilka möjligheter det finns för att lyfta fram barnperspektivet. Först och främst behövs en kartläggning av identifierade familjer i inventeringen och att ett barnperspektiv är självklar i all samverkan och samarbete. Det man lyfte fram var bland annat det måste till mer kunskap om olika metoder för att både stödja barnet i olika stödverksamheter och brukaren genom ex föräldrarutbildning. Men också samverkan med skolan, BVC och barn & ungdomsverksamheten inom socialtjänsten. Deltagarna såg hinder i att man saknar systematik för att fånga barnens och föräldrarnas behov. Vi behöver mer kunskap om dessa familjers behov och vad respektive organisation står för. Vi vet att barnen finns men ser inte alltid dem.

MENINGSFULL SYSSELSÄTTNING

Enligt inventeringen har drygt två tredjedelar av brukarna inte haft någon form av sysselsättning eller arbete senaste 12 månaderna. Bara var tionde brukare har bedömts stå till arbetsmarknadens förfogande. Man saknar kunskap i hälften av svaren om brukaren deltar i en organiserad aktiv fritid. Drygt hälften av brukarna har sin huvudsakliga försörjning

från arbetsmarknadsförvaltningen i form av försörjningsstöd och var tredje från försäkringskassan i form av sjuk- eller aktivitetsersättning. Var femte brukare har avslutat/avbruten grundskola som sin högsta utbildningsnivå. Var tredje brukare har avslutat/avbruten gymnasieskolan som sin högsta utbildningsnivå. Var tionde brukare har avslutat/avbruten eftergymnasialskola som sin högsta utbildningsnivå. Mer än en tredjedel av respondenterna vet inte vilken högsta avbrutna/fullgjorda utbildning brukaren har. Deltagarna på workshopen fick ta fram vilka möjligheter det finns för att öka mångfalden och variationen av sysselsättning men också att sysselsättning måste utgå från individens egna önskemål och anpassade efter dennes behov. Sysselsättning/aktivering och en meningsfull vardag måste bygga på brukarens upplevda behov. Förslag på vad som görs är att utöka IPS-verksamheten, skapa sociala företag, öka samverkan med föreningslivet och använda befintliga strukturer i samhället som arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Framför allt har Socialtjänsten ett ansvar för att möjliggöra sysselsättning enligt ovan. Möjliga hinder för detta kan vara att detta prioriteras lågt ex. i förhållande till bostad och försörjning inom Socialtjänsten.

BRISTEN PÅ KUNSKAP OM BRUKARENS VARDAG

I materialet från inventeringen framgår att det finns brister i personalens kunskap kring målgruppen. För att förtydliga detta väljer vi att lyfta fram bristerna i personalens kunskap om brukarens svårigheter i vardagen. Mer än i en tredjedel av svaren saknas kunskap om brukarens svårigheter i personlig vård och hemliv, kommunikation, förflyttning, mellanmänniska relationer, lärande, utbildning, arbete, sysselsättning samt ekonomi. Hälften av respondenterna saknar kunskap om brukarens svårigheter i samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv. Ungefär lika många av respondenterna saknar kunskap om brukarens hälsa. För att på ett bra sätt kunna planera inför framtiden är det viktigt att, med hjälp av inventeringen, lyfta fram hur behovet av insatser ser ut men också se till att man får verktyg som möjliggör en ökad kunskap om målgruppens behov.

Inventering Barn & Ungdom

Ett försök görs under 2014/15 att inventera de barn och ungdomar - 18 år som tillhör målgruppen med psykiska funktionsnedsättningar utifrån den mall som socialstyrelsen har för vuxna. Mallen är omarbetad för att passa barn- och ungdomsgruppen. Efter en sammanställning av resultatet ska brukare, föreningar och personal bjudas in för en gemensam diskussion och analys. I tid kan det ske under andra kvartalet.

Ansvariga är skolverksamheten, socialtjänsten i Helsingborg i samverkan med Region Skåne.

Case Management

Case management enligt Integrerad Psykiatri är en brukarstyrd samverkansmetod med brukarens mål i centrum för det gemensamma arbetet. Arbetssättet har visat sig i internationell och nationell forskning minska inläggningar inom slutenvården, bidra till bättre social funktion och leda till

ökad sysselsättning och stabilare boendesituation för målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. HIT-projektet i Helsingborg visar på samma resultat på individnivå samt att de medarbetare som arbetar enligt metoden upplever en ökad struktur, en tydligare brukarfokus och bättre samverkan med professionella och närstående runt brukaren. Tack vare framgångarna med arbetssättet är det viktigt att fortsätta arbeta med implementering av CM, att fler får utbildning och att arbetssättet sprids.

Ansvariga är lokalt samråd för psykiatri.

IPS; arbetscoachning

Följande organisationer deltar i upprättandet av en handlingsplan för förankringen av IPS-metoden i Helsingborg; Arbetsmarknadsförvaltningen och socialförvaltningens verksamhetsområde vuxen. Försäkringskassan i Helsingborg. Arbetsförmedlingen arbetsmarknadsområde Helsingborg. Vuxenpsykiatri Region Skåne och Södermottagningen. Fontän huset Bryggan. Schizofreniföreningen. Personligt Ombud (PO-Skåne). Uppgifter för stödgruppen är att upprätta en strategisk överenskommelse innan processtidens slut 2016 och denna ska synliggöra de olika parternas ansvarsområden samt vilken organisation som ska agera huvudman i den fortsatta IPS-verksamheten efter processens slut. Det kommer att upprättas dokumenterade rutiner kring samarbetet med de olika samverkansparterna i processen som ska fungera för baspersonalen i respektive organisation. Kontaktpersoner har utsetts på samverkande enheter och alla parter har ett ansvar för förankringsarbetet på respektive enhet. Revidering/uppföljning kommer att ske minst en gång om året eller när behov uppstår. Efter processens slut ska det enligt IPS-metoden finnas en styrgrupp som består av chefer från samverkande parterna.

Ansvariga är deltagande organisationer med stöd av lokalt samråd

Samordnat stöd till barn och unga

Socialförvaltningen har ett uppdrag att ta fram en plan för samordnat stöd till barn och elever som har behov av extra stöd som grundar sig i neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Syftet är att så tidigt som möjligt, erbjuda ett samordnat individuellt stöd till barn/unga med Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar(NPF) och deras föräldrar, med målet att de ska klara av sin livssituation - där en fungerande skolgång är en viktig och stor del av helheten. Planen ska vara färdigställd under 2014 och tas i bruk under 2015.

Ansvariga är socialtjänsten, skolverksamheten i Helsingborgs Stad samt Region Skåne.

Brukarrevision

Helsingborg stad LSS-verksamhet för personer med psykiska funktionsnedsättningar kommer att genomföra en brukarstyrd brukarevision i regi av RSMH under 2015. Detta för att förstå behoven hos de boende med särskild service enligt LSS pk 3.

Ansvariga är socialtjänsten i Helsingborg.

Inflytandefrågor

Region Skåne, psykiatri och socialtjänsten i Helsingborg undersöker möjligheten av att anställa en person med brukarerfarenhet som kan hjälpa till med att länka mellan utförare och brukare/anhöriga. I Helsingborg finns ett aktivt brukarråd där främst föreningar för den vuxna målgruppen är representerade. Inför framtida möten kommer fler föreningar som representerar barn och unga bjudas in.

Ansvariga är Region Skåne samt Helsingborg Stad.

Ersättningsfrågor

Socialtjänsten i Helsingborg ska utreda frågan om ersättning för brukare som deltar i utvecklingsprogram och liknande för organisationen.

Ansvariga är socialtjänsten i Helsingborg.

Utbildning/fortbildning

Inför 2015 planeras i samverkan med Psykiatripartners/Södermottagningen en utbildning för flera förvaltningar samt delar av psykiatrin som möter familjer/enskilda med neuropsykiatriska problem. Helsingborg har en lång tradition av förvaltningsövergripande samverkan inom området psykiatri/socialpsykiatri. Detta befastes genom det ansvar lokala samrådets representanter tar för Case management samt IPS. Utöver detta finns ett uppdrag för psykiatrisamordningen att ta reda på vad organisationerna har för behov av gemensamma vidareutbildningar. Ett sådant exempel är att anhörig-medverkan/stöd behöver utvecklas i Helsingborg med hjälp från föreningar och högskola.

Ansvariga är det lokala samrådet.

SIP samordnad individuell plan

Hittills kan vi konstatera att vi inte fullt ut arbetar med SIP som ett naturligt verktyg i våra ärenden. Genomförda inventeringar under 2014/15 kommer att ge god information hur målgruppens behov blir tillgodosedda samt i vilken utsträckning vi samverkar. Anledningen till att vi inte arbetar med SIP kan vara en okunskap och ovana att tänka samverkan i alla situationer. Rutiner för SIP ska finnas tillgängliga på intranäten med enkla instruktioner för hur ett SIP möte planeras samt vad man ska tänka på. Kraven och rutinerna grundar sig på lagstiftningen samt de upprättade överenskommelserna på regional och lokal nivå. Det är viktigt att vid behov primärvården deltar i SIP arbetet. Under 2014 har det gjorts informations- och utbildningsinsatser inom alla de lokala förvaltningarna som är aktuella samt inom psykiatri. De som erhållit information och utbildning har varit chefer på skiftande nivåer samt handläggare inom de kommunala förvaltningarna. Målsättningen är att alla som har insatser samtidigt från socialtjänsten/skolverksamheten och Region Skåne ska ha en SIP. Alla berörda ska erbjudas ytterligare information/utbildning under 2015. Viktigaste målgruppen är den personal som i vardagen möter brukare och ansvarar för arbetet med SIP. En annan viktig målgrupp i det arbetet är de närmsta arbetsledarna som kan bära på kunskap, föra den vidare och stå för kontinuiteten. Detta framför allt i ett sammanhang där det är omsättning på personal och många nya är oerfarna. En förbättring av SIP kan vara att den enskilde brukaren erbjuds en stödperson från brukarorganisationerna med på mötet. Stadens psykitrisamordnare ansvarar för information, utbildning och i viss mån handledning. Verksamheten har ett kontinuerligt ansvar för att det i de enskilda ärendena finns en god samverkan med SIP som instrument. Statistik på antalet SIP i de olika verksamheterna tas fram kontinuerligt och redovisas i de lokala samråden. Resultaten ska där analyseras och vid behov ska åtgärdsplaner tas fram.

Ansvariga är lokalt samråd.

Gemensamma mät- och utvärderingsinstrument

Utifrån en utvecklad samverkan är det intressant att ta fram gemensamma verktyg för att utvärdera nytta, förändring, delaktighet. Gemensamma frågeställningar, enkäter, intervjuer mm. kan ge en bättre bild av hur enskilda personer blir hjälpta och om vår samverkan fungerar på ett bra sätt för individen.

Ansvariga är det lokala samrådet.

Skriftliga synpunkter från brukar/anhörig organisation

Brukarorganisationerna har kommit in med synpunkter på denna handlingsplan. (Bilaga 9).

Helsingborg 2015-03-01

Åke Malmén Samordning psykiatri

Bilagor

1 lokal överenskommelse vuxen, 2 lokal överenskommelse barn och unga
Inflytandeplaner; 3 offentlig psykiatri, 4 rättspsykiatri, 5 södermottagningen,
7 socialförvaltningen,

6 samordningsgruppen, 8 inventering, 9 brukarsynpunkter