



Stockholms
stad

Kartläggning inom socialpsykiatrin 2020

November 2020

Diarienummer 3.1.1-134/2020

[stockholm.se](https://www.stockholm.se)

Sammanfattning

Origo group AB har på uppdrag av socialförvaltningen under 2020 gjort en kartläggning av individer aktuella inom socialpsykiatri. Den senaste kartläggningen av målgruppen gjordes 2013.

Huvudsyftet med kartläggningen av personer med psykisk funktionsnedsättning inom socialpsykiatri i Stockholms stad är att kunna ge ett kunskapsunderlag för hur stöd och insatser till målgruppen ska kunna utvecklas och förbättras. God kunskap om både målgruppens storlek och behov av insatser är också central för att införa insatser som visar sig ha god effekt och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kvinnor är överrepresenterade inom socialpsykiatri. Den vanligaste diagnosen är schizofreni eller annan psykosjukdom och majoriteten av de aktuella ärendena är mellan 45-64 år gamla. En stor del av målgruppen har kontakt med öppenvård psykiatri, och de flesta har det senaste året inte varit föremål för psykiatrisk heldygnsvård i någon form.

De flesta inom målgruppen bor i egna bostäder med eller utan stöd i hemmet från socialtjänsten. De flesta bor i ensamhushåll. Andelen som har minderåriga barn boende hos sig har ökat något sen senaste kartläggningen. Den största delen av målgruppen får sin försörjning via sjuk- eller aktivitetsersättning, men även försörjningsstöd är vanligt förekommande. Det finns en del personer i målgruppen som förvärvsarbetar på den öppna arbetsmarknaden, men det vanligast förekommande är att man har biståndsbedömd sysselsättning via socialpsykiatri.

Handläggarna bedömer att den största delen av personerna i kartläggningen erhåller insatser som motsvarar deras behov. Det finns ett relativt stort mörkertal avseende i vilken utsträckning anhöriga stöttar de personer som omfattats av kartläggningen.

I kartläggningen framkommer att det finns vissa områden man inom socialpsykiatri behöver lägga ytterligare fokus på: återhämtningsperspektivet, samverkan med andra aktörer och SIP, sysselsättning och skillnader mellan män och kvinnor.

Innehåll

Sammanfattning.....	3
1. Bakgrund och syfte	5
1.1 Metod och genomförande.....	6
1.2 Målgruppsdefinition.....	6
2. Personer med socialpsykiatrisk insats	7
2.1 Kön och ålder.....	7
2.2 Födelseland	9
2.3 Diagnos.....	9
2.4 Personens kontakt med andra vårdgivare och myndigheter	10
2.5 Samordnad individuell plan (SIP)	12
2.6 Vistelse inom psykiatrisk slutenvård, tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.....	14
3. Frågor om personens livssituation.....	15
3.1 Boendesituation	15
3.2 Minderåriga barn.....	18
3.3 Högst fullföljda utbildning, sysselsättning och arbete/studier	19
4. Frågor om personalens skattningar av personens behov av insatser	22
4.1 Personlig vård och hemliv	23
4.2 Kommunikation och förflyttning	24
4.3 Mellanmänskliga relationer	25
4.4 Arbete, sysselsättning och ekonomi	27
4.5 Hälsosituation	28
4.6 Behov av psykiatriska insatser	30
5. Avslutande reflektioner.....	31
5.1 Återhämtningsperspektiv	31
5.2 Samverkan med andra aktörer och SIP	32
5.3 Sysselsättning.....	32
5.4 Skillnader mellan kvinnor och män.....	33
Referenslista	35

1. Bakgrund och syfte

Origo group AB har på uppdrag av socialförvaltningen under 2020 gjort en kartläggning av individer aktuella inom socialpsykiatri.

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.

Huvudsyftet med kartläggningen av personer med psykisk funktionsnedsättning inom socialpsykiatri i Stockholms stad är att kunna ge ett kunskapsunderlag för hur stöd och insatser till målgruppen ska kunna utvecklas och förbättras. God kunskap om både målgruppens storlek och behov av insatser är också central för att införa insatser som visar sig ha god effekt och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Behovsanpassade verksamheter som kan erbjuda relevanta och evidensbaserade insatser ökar förutsättningarna för att resurserna används på ett optimalt sätt.¹ Personer med psykisk funktionsnedsättning behöver insatser som anpassas till deras specifika situation och svårigheter och som kan leda till förbättrad livssituation eller hälsa.²

Kartläggningen som avrapporteras i denna rapport omfattar i huvuddrag följande aspekter:

- Antal personer med psykisk funktionsnedsättning med insats från socialtjänsten uppdelat på kön, ålder, hälsa, diagnos, m.m.
- Personernas livssituation avseende boende, familjesituation, studier/arbete och försörjning
- Målgruppens situation vad gäller olika livsområden. Ansvarig handläggares bedömningar avseende svårigheter, förekomst av anhörigstöd samt om insatserna svarar mot behoven
- Samarbete med andra huvudmän, myndigheter och organisationer

¹ Socialstyrelsen (2012), *Att inventera behov – inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning*. Art.nr. 2012-1-34, s. 12.

² Ibid, s. 10.

1.1 Metod och genomförande

Den senaste kartläggningen som staden gjorde av målgruppen skedde 2013. Frågeunderlaget i kartläggningen 2020 är i stort sett samma som det underlag som användes 2013. Frågematerialet utgår från Socialstyrelsens underlag som finns i materialet *Att inventera behov – inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning (2012)*. I kartläggningarna som gjordes 2013 respektive 2020 har vissa frågor omformulerats och/eller lagts till, varför det inte är möjligt att till fullo följa vissa resultat över tid. Jämförelser kartläggningarna emellan görs där det är möjligt i rapporten.

Kartläggningen genomfördes genom att handläggare registrerade avidentifierade uppgifter om sina aktuella ärenden i en digital enkät. Svarstiden löpte från maj-juli 2020. En enkät besvarades per ärende. Totalt registrerades 3 354 svar, vilket motsvarar cirka 84 procent av de aktuella ärendena inom socialpsykiatri. För att analysera resultaten tillsattes en arbetsgrupp med två biträdande enhetschefer och tre handläggare samt ansvarig utredare för socialpsykiatriens verksamhetsområde på socialförvaltningen.

1.2 Målgruppsdefinition

Målgruppen för kartläggningen definieras enligt definitionen från Nationell psykiatrisamordning:

”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.”

Det är också denna definition som avgränsar socialpsykiatriens målgrupp inom Stockholms stad.

Inventeringen gäller de personer som är mantalsskrivna i en av stadens stadsdelar eller tillhör socialförvaltningens enhet för hemlösa. Det innebär att även personer som placerats av en beslutande nämnd i en enskild verksamhet utanför Stockholms stad ingår i inventeringen. Målgruppen avgränsas till personer mellan 18- 64 år. Kartläggningen avser endast personer med en aktualitet inom Stockholms stads socialpsykiatrienheter. Ärenden under pågående utredning utan beslutad insats omfattas ej.

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 samtidig annan psykisk sjukdom
- Personer med autismspektrumtillstånd utan samtidig annan psykisk sjukdom
- Psykiatriska tillstånd av kortvarig natur, t.ex. akut stressyndrom eller krisreaktioner

2. Personer med socialpsykiatrisk insats

Inom socialpsykiatri kan personer mellan 20 till 64 år med psykisk funktionsnedsättning få stöd med att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Då vissa stadsdelsnämnder även handlägger ärenden inom socialpsykiatri där personen fyllt 18 år är dessa inräknade i denna kartläggning.

Under 2019 hade 4 142 personer mellan 20 till 64 år med psykisk funktionsnedsättning någon form av socialpsykiatrisk insats. De som erhöll en socialpsykiatrisk insats utgör 0,7 procent av befolkningen mellan 20 och 64 år i Stockholms stad. Den vanligaste insatsen är boendestöd följt av sysselsättning.

2.1 Kön och ålder

I kartläggningen framgår att 46 procent av de aktuella ärendena är män och 54 procent är kvinnor. Det är inte helt fastställt vad denna könsfördelning beror på. Det kan tänkas finnas ett samband mellan maskulinitetsnormer och negativa attityder gentemot att söka vård och/eller stöd för psykisk ohälsa. Det kan också bero på att kvinnor och män använder sig av olika strategier vid behov av vård och stöd vid psykisk ohälsa.

Vidare finns det belägg för att socioekonomiska faktorer påverkar när män respektive kvinnor ska söka vård och stöd, där sambandet är att ju lägre socioekonomisk status personen har, desto mindre

benägen är hen att söka vård.³ Eftersom kvinnor insjuknar i schizofreni senare i livet⁴ kan de ha hunnit etablera strukturer och nätverk i livet, med exempelvis bostad och utbildning/arbete. Detta är faktorer som påverkar den socioekonomiska statusen.

Det finns också könsskillnader i hur olika psykiska sjukdomar yttrar sig hos män respektive kvinnor som kan påverka huruvida man söker hjälp eller inte. Det kan både handla om olika typer av symptom men även synen på och förmåga att identifiera symptomen. Ett exempel är symptom för depression där nedstämdhet, inåtvändhet, håglöshet, isolering, hopplöshetskänslor och orkeslöshet strider mot det dominerande mansidealet, vilket kan leda till känslor av skam och en rädsla för att söka vård. Depression och ångestsyndrom är dessutom mer vanligt förekommande hos kvinnor än hos män⁵, vilket förvisso kan tyda på att det förekommer en underdiagnostik hos män. Detta kan i sin tur bero på att män inte söker hjälp i samma utsträckning som kvinnor.

Även psykossjukdomar yttrar sig delvis på olika sätt hos kvinnor och män. Kvinnor insjuknar ofta något senare i livet och symtombilden kan se olika ut utifrån kön. Män har ofta mer av de så kallade negativa symtomen (exempelvis likgiltighet och tillbakadragenhet), medan kvinnor har mer paranoidea vanföreställningar och hörselhallucinationer. Kvinnor har ofta en bättre funktionsnivå före insjuknandet och en bättre prognos. De svarar också i regel bättre på antipsykotisk läkemedelsbehandling, än män. Män behöver som regel högre doser för att uppnå önskad effekt. Vården och omsorgen behöver ha dessa generella könsskillnader i åtanke för att möta individens behov på bästa sätt.⁶

Vad gäller åldersfördelningen är majoriteten av personerna som är aktuella inom socialpsykiatri mellan 45 och 64 år. Denna åldersgrupp utgjorde 59 procent av de kartlagda ärendena. Även denna statistik stämmer överens med de siffror som presenterades i kartläggningen gjord 2013.

³ Socialstyrelsen (2017), *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning*. Art. Nummer 2017-12-4, s.21.

⁴ Socialstyrelsen (2019), *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning*. Art.nr. 2018-9-6, s. 13.

⁵ Socialstyrelsen (2017), *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning*. Art. Nummer 2017-12-4, s.17.

⁶ Socialstyrelsen (2019), *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning*. Art.nr. 2018-9-6, s. 13.

Personer mellan 18-24 år utgör fem procent av de kartlagda ärendena. Upplevelsen inom de nätverk som finns i staden med representanter från socialpsykiatri är att den yngre målgruppen aktualiseras inom socialpsykiatri ökar. Även Socialstyrelsens kartläggningar visar en markant ökning av självrapporterad psykisk ohälsa bland unga vuxna.

Att relativt få unga personer har en socialpsykiatrisk insats kan bero på flera olika faktorer. En utgångspunkt är att psykisk ohälsa inte är detsamma som långvarig psykisk funktionsnedsättning. En annan förklaring kan vara att den medicinska och terapeutiska behandlingen som ges inom hälso- och sjukvården har förbättrats för vissa målgrupper. Tidiga insatser vid exempelvis schizofreni kan vara avgörande för hur sjukdomen utvecklas över tid.⁷

2.2 Födelseland

I majoriteten av de kartlagda ärendena är personen i fråga född i Sverige, motsvarande 67 procent. Personer födda i ett land utanför Europa utgjorde 19 procent. Det är små skillnader mellan män och kvinnor i resultaten avseende denna fråga.

Det är inte vidare kartlagt vilka länder personerna i fråga är födda i. Staden har ett uppdrag att i både myndighetsutövandet och utförandet av insatser vara tillgänglig på olika språk och ha kunskap och kompetens om olika kulturer, varför det inte ansetts vara av vikt att kartlägga specifikt vilka olika länder personerna kommer ifrån.

2.3 Diagnos

Handläggarna har uppgett vilka diagnoser som förekommer i de kartlagda ärendena. Det var möjligt att ange flera diagnoser än en. Den största gruppen utgörs av personer med schizofreni eller annan psykossjukdom, 37 procent. Motsvarande siffra från föregående kartläggning år 2013 var 50 procent.

Schizofreni eller annan psykossjukdom är den vanligaste diagnosen bland män, där handläggarna i 47 procent av svaren som rörde män har uppgett denna diagnos. Motsvarande resultat för kvinnor var 27 procent. Detta är också den vanligaste diagnosen för personer mellan 45-64 år.

Den näst vanligaste diagnosen är ADHD/ADD eller annan neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Denna grupp utgjorde 30 procent av de kartlagda ärendena. Könsfördelningen mellan män

⁷ Socialtjänstrapport 2019 – en beskrivning av socialtjänsten i Stockholms stad, dnr. 3.1.1707/2019, s.124.

och kvinnor med ADHD/ADD var 28 respektive 32 procent, det vill säga relativt jämn. Gruppen med ADHD/ADD är vanligt i det yngre åldersspannet, där 51 procent av personerna mellan 18-24 uppgavs ha denna typ av diagnos.

Andra vanliga diagnoser var depression, ångestsjukdom och PTSD (posttraumatiskt stressyndrom).

Handläggarna hade även möjlighet att svara *annat*, vilket innebar att den person som kartlades inte hade någon av de angivna diagnoserna i svarsalternativen. Denna grupp motsvarade elva procent av de kartlagda ärendena.

2.4 Personens kontakt med andra vårdgivare och myndigheter

Ett antal frågor i kartläggningen rörde personers kontakt med och handläggarens samverkan med psykiatri och andra vårdgivare samt andra myndigheter.

I de kartlagda ärendena hade 85 procent kontakt med öppenvård psykiatri, tolv procent hade inte kontakt med öppenvård psykiatri och i fyra procent av ärenden var det inte känt. Det är små eller inga skillnader mellan män och kvinnor i detta resultat. Detsamma gäller avseende de olika åldersgrupperna. Det är av stor vikt att handläggarna i utredningsprocessen vid ansökan om bistånd kartlägger de eventuella samverkanspartners som finns runt den enskilde.

I kartläggningen ställdes även frågan om handläggaren hade samverkat med en annan myndighet eller organisation de senaste tolv månaderna. Majoriteten, 57 procent, hade inte samverkat med någon annan myndighet eller organisation det senaste året.

Samverkan skiljer sig åt mellan män och kvinnor. I 46 procent av de ärenden där handläggaren uppgav att man hade samverkat var personen i fråga av manligt kön. Motsvarande siffra för kvinnor var 38 procent. Detta kan ha att göra med att kvinnor har andra etablerade stödstrukturer runt sig än vad män har. Det kan också ha att göra med en uppfattning om att samverkan behöver ske när ärenden inte går som planerat, och där kvinnor kan ses som mer mottagliga för stöd- och vårdinsatser än vad män är och därför upplevs generera mindre behov av samverkan när allt ”flyter på”.

Det fanns inga eller mycket små könsskillnader i resultatet avseende vilken aktör handläggaren hade samverkat med i det aktuella ärendet. Den aktör där det var störst skillnad var rättspsykiatri, där män utgjorde tio procent och kvinnor två procent. Även i nationell statistik är män överrepresenterade inom den rättspsykiatriska vården.⁸

Samverkan tycks sjunka med stigande ålder. Vanligast är att man samverkar kring personer som är 18-24 år (57 procent). Motsvarande siffra för personer mellan 45-64 år var 36 procent. Detta kan ha att göra med att de personer som varit aktuella länge inom socialpsykiatri och den psykiatriska vården ofta har väletablerade kontakter och har rätt typ av vårdinsatser från psykiatri. Om samtliga aktörer vet vem som gör vad kan behovet av samverkan upplevas som mindre av det professionella nätverket.

I de fall handläggaren hade samverkat med andra aktörer var den psykiatriska öppenvården den vanligaste samverkanspartnern, med 62 procent. Motsvarande siffra vid kartläggningen 2013 var 67 procent. Vidare var det vanligt med intern samverkan inom den egna organisationen (socialtjänsten), där 55 procent uppgett att samverkan har ägt rum. Det kan exempelvis vara om den enskilde har en aktualitet på en annan enhet, så som exempelvis vuxen/missbruk eller försörjningsstöd alternativt om den enskilde har minderåriga barn med en aktualitet inom familjeenheterna. Motsvarande siffra vid kartläggningen 2013 var 45 procent, vilket kan tolkas som att den interna samverkan har ökat.

När det gäller samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen var siffrorna lägre. Handläggarna uppgav att de i sex procent av ärenden hade samverkat med Försäkringskassan och i tre procent av ärendena hade samverkat med Arbetsförmedlingen. En stor del av målgruppen erhåller aktivitets- eller sjukersättning som inkomstkälla, men det är även vanligt förekommande med exempelvis sjukpenning. En samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i dessa fall är avgörande för att stötta personen med samordnade insatser.

Särskilt viktigt är det i de fall ersättningen som erhålls inte är av permanent karaktär, exempelvis aktivitetsersättning. Rätten till aktivitetsersättning utreds och bedöms av Försäkringskassan och är en ekonomisk ersättning för personer mellan 19-29 år som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning inte bedöms kunna arbeta på

⁸ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2015-12-19.pdf>

minst ett år. Under tiden den enskilde erhåller aktivitetsersättning ska en planering göras tillsammans med handläggaren på Försäkringskassan för vad som krävs för att den enskilde ska kunna arbeta och studera. I många fall är och bör kommunen vara delaktiga i dessa planeringar. Aktivitetsersättning är till för den yngre målgruppen där det är särskilt angeläget att ha ett återhämtningsperspektiv och samverka på ett sätt som gynnar delaktighet i samhället på samma villkor som andra.

Arbetsgruppen som analyserat resultatet menar att många inom målgruppen inte är aktuella för samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, och i det fall det är aktuellt är samverkan svår att få till stånd. Detta beror på att dessa myndigheter inte efterfrågar kontakt med på kommunen och upplevelsen är att samverkan med kommunen inte prioriteras. Ett exempel på detta är att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen sällan är med på möten och är svårtillgängliga på telefon, vilket försvårar samverkan.

Gruppen framför också att samverkan inte är nödvändig i alla ärenden där det finns andra aktörer. Om personen exempelvis har varaktig sjukersättning behövs inte samverkan särskilt stor utsträckning. Om personen exempelvis har försörjningsstöd är det oftast ansvarig handläggare på den enheten som håller i planeringen och samverkan utifrån de krav som ställs för att denne ska erhålla försörjningsstödet.

Arbetsgruppen framför även att det finns utrymme för feltolkningar i dessa resultat. Gruppen menar att samverkan finns i stor utsträckning, men inte alltid är nödvändig utifrån att ärendet är väl genomarbetat och planeringen följs som beslutat. Det är dock viktigt att understryka vikten av samverkan i socialpsykiatriens ärenden trots att personen i fråga kan ha en väl genomarbetad planering. Personers livssituation är inte statisk utan kan komma att förändras över tid, likaså personens önskningar och mål med insatserna.

2.5 Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med den enskilde om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. En fungerande samverkan förenklar för den enskilde och dess närstående då de inte behöver lägga ner tid och energi på att själva samordna olika insatser som ges av kommunen eller regionen. En SIP ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna. Detta gäller oavsett personens ålder eller problematik. Planen ska tydliggöra vem som

gör vad och när. Bestämmelser om SIP fördes in i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen år 2010.⁹ Lagstiftningen innebär att både kommun och region är skyldiga att upprätta en SIP om de bedömer att insatserna behöver samordnas.¹⁰

I kartläggningen ombads handläggarna att svara på om det fanns en aktuell upprättad individuell plan i samarbete med regionen.

Svarsalternativen var följande:

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

Av de totalt 3 353 kartlagda ärenden fanns det en aktuell SIP i 24 procent av fallen. Motsvarande siffra i kartläggningen från 2013 var 20 procent. Att det finns en upprättad plan innebär att man aktivt har samverkat och upprättat en SIP tillsammans med regionen, med stor sannolikhet den psykiatriska öppenvården eftersom det var den vanligaste samverkanspartnern. I de två procent där man uppgett att en plan håller på att upprättas kan det syfta till att man påbörjat en samverkan tillsammans med regionen och inlett SIP-processen.

Det är en större andel män än kvinnor som har en aktuell SIP, 28 respektive 20 procent. En förklaring till detta är att män generellt beviljas mer omfattande insatser än kvinnor, ex. stödboende och HVB. Detta då män i större utsträckning befinner sig i situationer där de är hemlösa.¹¹ För att exempelvis en boendeplanering från kommunen ska fungera är det ofta av stor vikt att personen har rätt typ av vårdinsatser från psykiatri och att en etablerad samverkan finns.

I 70 procent av de kartlagda ärendena har handläggare uppgett att det inte finns en SIP, trots att man i 85 procent av fallen hade samverkan med den psykiatriska öppenvården.

I diskussion med arbetsgruppen som analyserat resultatet framkommer det att man inte alltid gör SIP när planeringen i ärendet är väletablerad och redan förankrad hos samtliga parter. SIP ses mer som ett verktyg att ta till när samverkan inte fungerar. Det förekommer att handläggaren inte alltid får gehör från psykiatri

⁹<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>

¹⁰ <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/sip/>

¹¹ Hemlösa personer i Stockholms stad 26 september 2018, dnr 3.1.1-263/2018, s. 9

när denne initierar SIP och att det förekommer skillnader mellan de olika öppenvårdsmottagningarna. Det förekommer också att den enskilde inte ger samtycke till att handläggaren kontaktar psykiatri.

Utöver detta framför arbetsgruppen att de siffror som rör SIP bör förstås utifrån rådande situation med covid-19. Kartläggningen genomfördes under våren 2020 då det fanns restriktioner från Folkhälsomyndigheten att arbeta hemifrån och undvika kollektivtrafik, varför många samverkansmöten med vården inte kunde äga rum som planerat. Istället har man hittat alternativa sätt för samverkan via ex. telefon och digitala möten, men enligt arbetsgruppen har arbetet med SIP inte varit varken stadens eller regionens prioritet under pandemin.

Arbetet med SIP behöver stärkas, såväl inom staden och regionen. Ansvaret ligger hos båda huvudmännen att utbilda i användandet av SIP och implementera det som ett viktigt verktyg i samverkan. Huvudsaken i arbetet med SIP är att individen är i fokus och att dennes behov lyfts fram, och att SIP inte ska ses enbart som en överenskommelse mellan huvudmännen. Arbetet med SIP är inte bara själva planen, utan processen innan och efter som syftar till att stärka den enskildes delaktighet i sin planering av vård och stöd. Att se SIP som en process och inte enbart en planering behöver tydliggöras och de processkartor som finns framtagna nationellt behöver implementeras ytterligare i verksamheterna.

2.6 Vistelse inom psykiatrisk slutenvård, tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

En del i kartläggningen avsåg frågor som rör huruvida personen vistats inom olika typer av slutna vårdformer och institutioner de senaste tolv månaderna. Svartalternativen var följande:

- Sluten vård (psykiatrisk vård) enligt HSL (Hälso- och sjukvårdslag (2017:30))
- Sluten vård (psykiatrisk vård) enligt LPT (Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård)
- Sluten vård (psykiatrisk vård) enligt LRV (Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård)
- Vård enligt LVM (Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall)
- Hem för vård och boende (HVB)
- Korttidsboende enligt SoL

Enligt resultaten av kartläggning vistas majoriteten av de aktuella individerna inom socialpsykiatri inte inom slutna vårdformer eller andra institutioner.

De personer som vistades inom den slutna rättspsykiatriska vården utgjorde en procent av de kartlagda ärendena. Män är överrepresenterade inom rättspsykiatri nationellt sett.

Kartläggningen visar att tre procent av männen som hade vistats inom någon form av sluten psykiatrisk vård hade vistats inom rättspsykiatri. För kvinnor var denna andel noll procent, med förbehåll för att handläggarna uppgett *ej känt* i en procent för männen respektive två procent för kvinnorna.

Att personer har en aktualitet inom socialpsykiatri samtidigt som de är inskrivna i rättspsykiatrisk slutenvård är ofta ett sätt att påbörja utslussning och rehabilitering för att kunna återgå till en delaktighet i samhället, även om det är andra regelverk och ofta längre processer än inför utskrivning från den psykiatriska heldygnsvården som sker enligt HSL eller LPT.

3. Frågor om personens livssituation

Handläggarna har i enkäten besvarat frågor om de aktuella personernas livssituation som rör boende, familjesituation, studier och arbete/sysselsättning samt försörjning.

3.1 Boendesituation

Inledningsvis fick handläggarna svara på frågan huruvida de aktuella personerna hade ett stadigvarande boende i mantalsskrivningskommunen eller om de saknade ett stadigvarande boende mantalsskrivningskommunen. Därefter följde frågor som rörde vilken typ av boende personen hade.

3.1.1 Stadigvarande boende inom mantalsskrivningskommunen

Det vanligast förekommande var att personerna i fråga hade ett stadigvarande boende i mantalsskrivningskommunen, och att man hade ett ordinärt boende med praktiskt stöd i hemmet från socialtjänsten. Denna grupp utgjorde 47 procent av de kartlagda personerna. Detta resultat stämmer överens med motsvarande resultat i kartläggningen 2013.

Majoriteten av de personer som kartlagts bor i ensamhushåll, och männen gör det i större utsträckning än kvinnor. Dubbelt så många kvinnor levde med en make/maka/sambo/partner jämfört med männen.

Vanligt förekommande var även ordinärt boende i mantalsskrivningskommunen utan stöd från socialtjänsten. Denna grupp motsvarade 17 procent. I diskussion med gruppen som analyserat materialet framkommer att det finns risk för att man som respondent feltolkat detta svarsalternativ och att denna grupp egentligen kan vara större. Ett annat sätt att tolka resultaten är att även om socialpsykiatrins vanligaste insats är boendestöd är den näst vanligaste insatsen sysselsättning. Det är troligt att den grupp som är aktuell inom socialpsykiatri utan insatser i hemmet exempelvis erhåller bistånd i form av sysselsättning eller boendestöd som inte har i uppdrag att stötta i hemmiljön.

I frågan om boende kunde handläggarna även uppge om den enskilde bodde stadigvarande hos föräldrar eller annan nära släkting. Denna grupp utgjorde tre procent av de kartlagda ärendena, vilket motsvarar ca 100 personer. I all handläggning och i allt utförande inom socialpsykiatri är det viktigt att ha ett anhörigperspektiv och värna om de anhöriga som samverkanspartners. Det är av stor vikt att uppmärksamma de anhöriga och deras eventuella behov av stöd, möjligt av ännu större vikt i de fall den enskilde lever i samma hushåll som nära familj eller släktingar.

Ytterligare ett svarsalternativ var *Bostad där kommunen är kontraktssinnehavare, ex. försöks- och träningslägenheter eller Bostad Först*. Denna grupp utgjorde tio procent av de ärendena som hade ett stadigvarande boende.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda boendeinsatser i form av Bostad först-modellen till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som saknar egen bostad. Hemlösa personer har sämre förutsättningar för följsamhet till behandling och har en ökad risk för återinsjuknande i sin psykiska sjukdom. Erbjudandet om bostad ges utan några krav på att personen först har genomgått en psykiatrisk behandling eller uppvisat nykterhet eller drogfrihet, men förutsätter att hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan tillhandahålla ett samordnat och individanpassat stöd till personen. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har stor effekt på boendestabilitet

på kort och lång sikt samt ger ökad livskvalitet och minskad risk för återinsjuknande.¹²

3.1.2 Saknar stadigvarande boende i mantalsskrivningskommunen

I de ärenden där personen saknade stadigvarande boende i mantalsskrivningskommunen var svarsalternativet *Annan boendeform där kommunen är ansvarig för boendeinsatsen, ex. stödboende eller SHIS* vanligast förekommande. Denna grupp utgjorde nio procent av ärendena. I socialtjänstrapporten 2019 framgår att 389 personer var placerade på stödboenden inom valfriheten. Varken stödboende inom valfriheten eller SHIS räknas som stadigvarande boendeformer, utan snarare genomgångsboenden eller mellanboenden som en del i boendekedjan. Målet är att den enskilde på sikt ska kunna bo i ett boende på den ordinarie bostadsmarknaden, med eller utan stöd från socialtjänsten.

Genomgående för boendeinsatser är att fler män än kvinnor beviljas insats i form av boende medan kvinnor i högre utsträckning beviljas insatser i hemmet, exempelvis boendestöd och sysselsättning. Särskilt tydlig är tendensen vad gäller insatsen stödboende. I stadens räkning av hemlöshet den 26 september 2018 framgår att 67 procent av de hemlösa är män och 33 procent är kvinnor¹³. Det finns anledning att, tillsammans med stadsdelsnämnderna, undersöka mer djupgående vad denna könsfördelning inom socialpsykiatrins boenden beror på.¹⁴

Av de personer som inte hade stadigvarande boende i mantalsskrivningskommunen utgjorde två procent en grupp som hänvisades till akutboenden, härbärgen, jourboenden eller uteliggare. Motsvarande resultat i kartläggningen från 2013 var tre procent. I denna grupp var män överrepresenterade.

Denna typ av boendeinsatser ges ofta i ett akut skede för att lösa boendesituationen och ska inte ses som en långsiktig lösning. Därför är det angeläget att så snart som möjligt försöka hitta

¹² Socialstyrelsen (2019), *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning*. Art.nr. 2018-9-6, s. 34

¹³ Hemlösa personer i Stockholms stad 26 september 2018, Dnr 3.1.1-263/2018, s. 9

¹⁴ *Socialtjänstrapport 2019 – en beskrivning av socialtjänsten i Stockholms stad*, dnr. 3.1.1707/2019, s. 134

långsiktiga boendelösningar.¹⁵ Personer som lever i hemlöshet har sämre följsamhet i behandling och möjlighet att tillgodogöra sig sociala insatser, samt att de löper en högre risk för försämring i sitt psykiatriska tillstånd som kan leda till återinsjuknande.¹⁶

3.2 Minderåriga barn

En del i kartläggningen rörde frågor om minderåriga barn i socialpsykiatriens ärenden. De senaste åren har det pågått ett omfattande arbete i staden med att implementera barnrättsperspektivet i socialtjänsten vuxenutredningar. FNs barnkonventions blev även svensk lag 1 januari år 2020, varför socialtjänsten har en skyldighet att uppmärksamma minderåriga barn som även finns i ärenden där insatserna i första hand beviljas till den vuxna föräldern.

Bland de personer som kartlagts inom socialpsykiatrien uppges 13 procent ha hemmavarande minderåriga barn. Det är en ökning från föregående kartläggning 2013 där motsvarande resultat var tio procent. Det vanligaste alternativet är att det är personens egna barn och att det i hushållet finns ett barn. Kvinnor har i större utsträckning hemmavarande barn än män: 18 respektive fem procent av de kartlagda ärendena.

Det är även sex procent av de kartlagda ärendena som har umgängesrätt med barn som inte bor i personens bostad. I diskussion med arbetsgruppen som analyserat resultatet framförs att denna fråga kan ha missvisande resultat. Frågan var ställd enligt följande:

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

Svarsalternativen var *ja*, *nej*, *ej känt* och *ej aktuellt* (har inga egna barn). Det är 45 respektive 48 procent som har svarat *nej* eller *ej aktuellt*. Arbetsgruppen menar att handläggarna här kan ha blandat ihop dessa svarsalternativ. Att svara *nej* på denna fråga innebär att personen har barn som hen inte har umgängesrätt med. Att svara *ej aktuellt* på denna fråga innebär att personen i fråga inte har egna barn. Det är därför inte troligt att 45 procent av de kartlagda ärenden har barn som de inte har umgängesrätt med, utan mest

¹⁵ <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/ekonomiskt-bistand/hemloshet/insatser-vid-hemloshet/>

¹⁶ Socialstyrelsen (2019), *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning*. Art.nr. 2018-9-6, s. 34

troligt är att resultaten av denna fråga snarare skulle ha en större majoritet i svaret *ej aktuellt*. Det är dock troligt att de sex procent som har umgängesrätt med barn som inte bor i personen bostad är ett korrekt resultat.

Att växa upp med en förälder som lider av psykisk ohälsa kan innebära oro, orimligt ansvarstagande, förändringar i vardagen och svåra upplevelser. För barnet kan det leda till skolsvårigheter, egen ohälsa och andra negativa konsekvenser på sikt.¹⁷ Genom utveckling av organisatoriska strukturer och rutiner, enskilda initiativ och engagemang kan bättre förutsättningar för barn stärkas.¹⁸ Flera goda exempel finns där stadsdelsnämnden har tagit fram och implementerat processflöden för intern samverkan mellan socialpsykiatri och familjeenheterna. Det finns trots det anledning att fortsättningsvis arbeta aktivt med att uppmärksamma de barn som har föräldrar som tillhör socialpsykiatrins målgrupp och stärka barnrättsperspektivet i de utredningar som görs när föräldern behöver en socialpsykiatrisk insats.

3.3 Högst fullföljda utbildning, sysselsättning och arbete/studier

Ett antal frågor i kartläggningen berörde personers högst fullföljda utbildning, deltagande i sysselsättning och arbete och/eller studier.

Av personerna i kartläggningen har 24 procent högst en fullgjord gymnasial utbildning. Detta är en skillnad från föregående kartläggning där motsvarande siffra var 31 procent. Kvinnor har i högre utsträckning en högre fullföljd utbildning än män. I handläggarenkäten har handläggarna registrerat *ej känt* för 22 procent av de kartlagda ärendena, varför andelarna ovan är underskattade.

Det framgår även i diskussion med gruppen som analyserat resultatet att man vid ifyllandet av enkäten kan ha utgått från den kunskap man har memorerat kring personen. Frågan om utbildning ställs i den första grundutredningen som görs när personen initialt ansöker om stöd från socialtjänsten, men handläggarna har med stor sannolikhet inte gått tillbaka till utredningarna för att svara på denna fråga, då frågematerialet i denna enkät var mycket omfattande och tidskrävande att svara på.

¹⁷ <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-doch-omsorg/stod-till-anhoriga/stod-till-barn/>

¹⁸ <http://www.anhoriga.se/publicerat/inspirationsmaterial/>

Handläggarna ombads även svara på frågan huruvida personen haft någon form av arbete eller sysselsättning de senaste tolv månaderna, där det framgår att 51 procent inte har haft det. I de 47 procent som hade någon form av arbete eller sysselsättning var det vanligast förekommande att man hade en biståndsbedömd sysselsättning via socialpsykiatri.

Kvinnor har i större utsträckning ett arbete på den öppna arbetsmarknaden jämfört med män. Kvinnor studerar också i större utsträckning än män. Vad gäller deltagande i biståndsbedömd sysselsättning via socialpsykiatri är könsfördelningen jämn.

I diskussion med arbetsgruppen som analyserat resultatet framgår att rådande situation kring covid-19 kan ha viss påverkan på resultatet avseende sysselsättning. När kartläggningen genomfördes var det flertal deltagare på sysselsättning som inte ville gå till verksamheterna av rädsla för smittspridning. I vissa fall pausade man insatsen och i vissa fall avslutade man den inom stadsdelsnämnderna, vilket kan innebära att deltagandet i sysselsättning egentligen är högre än dessa siffror visar.

Vidare framför arbetsgruppen att i de fall personen i fråga uppbär försörjningsstöd ligger ansvaret för planering mot arbete och aktivitet på handläggaren som beslutar om det ekonomiska biståndet. Det finns även personer som är i aktivitet via verksamheter som finns inom försörjningsstöd, som vissa stadsdelsnämnder har.

Forskning tyder på att sysselsättning i någon form främjar egenmakt, engagemang i aktivitet och socialt nätverk bland deltagarna¹⁹. Sysselsättning som insats kan ha flera olika syften för enskilda individer. Det övergripande syftet är att på ett eller annat sätt främja den enskilde i dennes individuella återhämtningsprocess. Sysselsättning kan beviljas i syfte att bryta isolering, tillgodose den enskildes behov av social samvaro och meningsfull vardag samt främja den enskildes delaktighet i samhället. Sysselsättning kan också ha ett tydligt arbetsförberedande syfte för personer som har en målsättning att närma sig och på sikt etablera sig på arbetsmarknaden.

För att stötta en person som blir psykiskt sjuk behöver socialtjänsten arbeta återhämtningsinriktat, vilket bland annat handlar om att

¹⁹ Eklund och Markström. Outcomes of a Freedom och Choice reform in Community Mental Health Day Center Services, Vol, 4, Nr 6, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2015

arbeta relationsbyggande och stärka och stödja individen på olika sätt. I ett återhämtningsinriktat arbetssätt ingår att stärka den enskildes engagemang, vilja till förändring och förmåga att ta ansvar för och ta hand om sig själv. Att stödja personen att etablera relationer med andra människor och att hitta och inta betydelsefulla roller i samhällslivet är andra viktiga komponenter.²⁰ Ett sätt att främja återhämtning är att den enskilde får möjlighet att återta viktiga roller i samhället, leva ett engagerat vardagsliv och känna att man tillhör och bidrar. Arbete och/eller sysselsättning har en väsentlig betydelse för personlig återhämtning.²¹

Det är 22 procent av personerna som ingår i kartläggningen som har haft ett arbete på den öppna arbetsmarknaden, hel- eller deltid. Motsvarande resultat i kartläggningen 2013 var 14 procent, vilket innebär att andelen inom målgruppen som förvärvsarbetar har ökat.

52 procent av de kartlagda ärendena får sin försörjning genom sjuk- eller aktivitetsersättning. Män är något överrepresenterade i denna grupp. Bland personer som är mellan 45-64 år är detta den mest förekommande försörjningen.

Näst vanligast är att man får sin försörjning via försörjningsstöd, denna grupp utgjorde 23 procent av de kartlagda personerna. Detta var vanligast i åldersgruppen 18-25 år. Trots att 23 procent av personerna i kartläggningen uppbar försörjningsstöd, var det endast 13 procent som hade kontakt med Arbetsförmedlingen, JobbTorg eller Alfa. Det kan bero på att vissa av personerna som uppbar försörjningsstöd är sjukskrivna med otillräcklig sjukpenning eller utförsäkrade från Försäkringskassan och där planeringen inte är att en enskilde ska stå till arbetsmarknadens förfogande.

Sammanfattningsvis finns det behov av att se över deltagandet i någon form aktivitet för socialpsykiatriens målgrupp och även arbeta för att deltagande i någon form av aktivitet ska öka. Med tanke på den evidens och forskning som finns och som understryker sysselsättning som en viktig del i återhämtningen från psykisk sjukdom, är det av stor vikt att de professionella inom socialpsykiatriens verksamhetsområde arbetar aktivt och motiverande för att erbjuda målgruppen insatser som främjar delaktighet i samhället och gynnar den enskildes återhämtningsprocess.

²⁰ Socialstyrelsen (2012), *Att inventera behov – inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning*. Art.nr. 2012-1-34, s. 15

²¹ <https://www.vetenskaphalsa.se/darfor-ar-arbete-sa-viktigt-for-unga-med-psykisk-ohalsa/>

4. Frågor om personalens skattningar av personens behov av insatser

I enkäten fick handläggarna uppskatta behoven av insatser från socialtjänsten i de aktuella personernas ärenden. Det är viktigt att ha i åtanke att följande svar utgår från handläggarens professionella bedömning av behoven och är därmed inte en uppskattning gjord av den enskilde.

Frågorna om behov av insatser rörde fem livsområden:

- personlig vård och hemliv
- kommunikation och förflyttning
- mellanmännsliga relationer
- arbete, sysselsättning och ekonomi
- hälsoproblem

I varje livsområde ställdes också frågan om den enskilde hade behov av stöd från anhörig för att kunna utföra aktiviteter inom livsområdet. Genomgående för svaren avseende anhörigstöd är att en stor del svarat *ej känt*. I diskussion med arbetsgruppen som analyserat materialet framkommer olika förklaringar till detta.

En förklaring till att det inte är känt huruvida personen får stöd från anhöriga kan ha att göra med att personen inte vill berätta om eventuellt anhörigstöd av rädsla för att det ska påverka insatsen. Det framförs också att det i vissa fall kan vara svårt att få en inblick i huruvida anhörigstöd förekommer, då den enskilde ibland motsätter sig att lämna samtycke till att sekretessen efterges i kontakt med anhöriga.

En annan aspekt är att den enskilde och handläggaren kan ha olika uppfattning om vad som räknas som anhörigstöd. Det kan också handla om att det i ärenden som varit aktuella under en längre tid är svårt att veta om och hur det finns anhöriga som stöttar, då detta inte är något som fokuseras på vid uppföljning av insatsen.

Handläggarna fick skatta huruvida den enskilde hade någon av följande grad av svårighet att utföra aktiviteter inom det givna livsområdet:

- *Total svårighet*

- *Stor svårighet*
- *Måttlig svårighet*
- *Lätt svårighet*
- *Ingen svårighet*
- *Ej känt*
- *Ej aktuellt*

Under varje livsområde fick handläggarna även skatta om personen i fråga är behov av insats från socialtjänsten eller psykiatri för att utföra angiven aktivitet. Följande svarsalternativ fanns att tillgå:

- *Har ej behov av insats eller pågående insatser som kan upphöra*
- *Har pågående insats/er men dessa kan minska*
- *Har pågående insats/er som motsvarar behoven*
- *Har pågående insats/er men har behov av ytterligare eller förändrad insats*
- *Har ingen insats men behov av insats*
- *Ej känt*

4.1 Personlig vård och hemliv

I följande livsområde skattade handläggarna personers svårigheter inom följande aktiviteter:

- *personlig vård*
- *sköta sin medicinering*
- *handla mat*
- *bereda enkla måltider*
- *städ och tvätta*

Resultatet visar att den aktivitet som flest hade stor svårighet med att utföra var *städa och tvätta* (16 procent), följt av *handla mat* (tio procent). Det fanns relativt små könsskillnader vad gäller aktiviteten *handla*. Det var dock vissa könsskillnader vad gäller *städa och tvätta*, där män uppgavs ha något större svårigheter än kvinnor. Kvinnor erhöll dock i större utsträckning stöd från anhöriga i genomförandet av dessa aktiviteter.

Minst svårigheter förekommer inom *personlig vård* följt av *sköta sin medicinering*. Resultaten var desamma under kartläggningen som gjordes 2013.

Av de personer som har svårigheter med någon av ovanstående aktiviteter är det vanligast att man får stöd från anhörig med att *handla mat* (26 procent) och *bereda enkla måltider* (24 procent). Det

är minst vanligt förekommande att anhöriga hjälper till med *personlig vård* och *medicinering*.

I mellan 13-15 procent är det inte känt av handläggaren om personen har stöd från anhörig med någon av dessa aktiviteter.

Sett till majoriteten av resultaten bedömer handläggarna att de personer vars behov har kartlagts har pågående insatser som motsvarar behoven. 77 procent hade insatser som motsvarar behoven vad gäller *städa och tvätta*, medan 68 procent hade insatser som motsvarar behoven vad gäller *personlig vård*. Handläggarna skattade att elva procent har behov av ytterligare eller förändrade insatser vad gäller att *sköta sin medicinering* och 10 procent har behov av ytterligare eller förändrade insatser vad gäller *personlig vård*.

Att en person har pågående insatser som inte möter behoven eller inte har någon insats trots att handläggaren bedömt att ett behov föreligger kan ha många olika orsaker. Det kan handla om motivation från den enskilde, att handläggaren ser ett behov utifrån ett professionellt perspektiv som den enskilde inte ser, bristande sjukdomsinsikt hos den enskilde och annat. I dessa all är det viktigt att man som professionell bedriver ett motivationsarbete med den enskilde för att denne ska ta emot insatser. Många av socialpsykiatriens handläggare är utbildade i MI (motiverande samtal) som metod och använder metoden i samtal och möten med den enskilde.

4.2 Kommunikation och förflyttning

I följande livsområde skattade handläggarna personers svårigheter inom aktiviteterna:

- *kommunicera genom att ta emot eller ge information*
- *använda telefon för kommunikation (inkl. SMS)*
- *använda IT för kommunikation*
- *använda offentliga transportmedel*
- *använda digitala verktyg i vardagsadministration och i kontakt med myndigheter*

Den aktivitet där handläggarna oftast har skattat att det finns någon form av svårighet är *kommunicera genom att ta emot eller ge information*. Fler män än kvinnor bedömdes ha svårighet med denna aktivitet. Att störst andel i målgruppen har svårighet med denna aktivitet kan bero på att man har olika former av kognitiva svårigheter. Vid exempelvis schizofreni drabbas individen även i

olika grader av problem att bearbeta och/eller planera händelser och intryck. Detta visar sig ofta i svårigheter att ta initiativ, tidsuppfattning, planera, organisera, skapa struktur i vardagen, motivera sig själv, bearbeta information, fördela och behålla uppmärksamhet. Minnesproblem och svårigheter att ta till sig och bearbeta information är också vanligt.²²

Även personer med ADHD och andra neuropsykiatriska funktionsnedsättningar kan ha kognitiva svårigheter med att ta emot och strukturera information och intryck. När socialtjänsten möter personer med kognitiva funktionsnedsättningar är det av stor vikt att information och mötesstrukturer anpassas efter den enskildes förutsättningar.²³

Handläggarna har även i detta livsområde fått uppges om personen i fråga har stöd från anhöriga med att genomföra någon av de angivna aktiviteterna. Det vanligast förekommande var att anhöriga hjälpte till med att *kommunicera genom att ta emot eller ge information*, 20 procent. Könsskillnaderna mellan män och kvinnor är marginella. Även i denna fråga är det ett stort antal svar där man uppgett *ej känt*.

I majoriteten av de kartlagda ärendena uppger handläggarna att personerna har pågående insatser som motsvarar behoven i dessa aktiviteter. Aktiviteten *använda offentliga transportmedel* skiljer sig något från de övriga, där alternativet *har ingen insats men är har behov av insats* utgör en större del.

Att man personer inom målgruppen har svårigheter med att åka exempelvis tunnelbana och buss är i sig inte ovanligt. Svårigheten kan handla om exempelvis social fobi, panikångest, paranoia, m.m. Att arbeta utifrån färdighetsträning med denna grupp och öva tillsammans med boendestöd på att använd offentliga transportmedel är inte ovanligt förekommande i uppdrag till boendestödet, men ofta behövs det även kompletterande insatser och behandlingar från vården för att nå lyckade resultat. Till de behandlingarna kan det vara vårdköer vilket kan förklara att handläggaren bedömt att insatserna inte motsvarar behoven.

4.3 Mellanmänskliga relationer

I följande livsområde skattade handläggarna personers svårigheter inom aktiviteter som rör:

²² <https://vardochinsats.se/schizofreni-och-liknande-tillstaand/om-tillstaandet/om-psykos-schizofreni-och-schizofreniliknande-tillstaand/>

²³ Socialstyrelsen (2014), *Stöd till barn, unga och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd*. Art.nr. 2014-10-42, s. 75

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

Det vanligast förekommande, 72 procent, var att personen hade någon form av svårighet med *formella relationer*. Skillnaderna mellan könen är marginella. Personer inom socialpsykiatriens målgrupp har många gånger ett professionellt nätverk runt sig med vårdgivare, handläggare på olika myndigheter och utförare (ex. boendestöd). I arbete med denna målgrupp som både kan ha kognitiva funktionsnedsättningar och andra svårigheter som hör sjukdomsbilden till, är det av stor vikt att det professionella nätverket anpassar sitt bemötande till personens behov.

Den vanligaste kontaktorsaken när personer tagit kontakt med stadens personliga ombud är för att få stöd i kontakt med myndigheter. Personligt ombud är ett stöd som riktar sig till personer över 18 år med psykiska funktionsnedsättningar som har betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden.

De personliga ombuden rapporterar årligen in systembrister till socialförvaltningen och Länsstyrelsen. Återkommande i rapporteringen är att myndigheter brister i sin informations- och serviceskyldighet och att handläggare inom olika myndigheter och vårdgivare har bristande kompetens om individens förmågor och behov. Vidare rapporterar de personliga ombuden att det många gånger är svårt att förstå de olika myndigheternas regelverk, samt att den enskilde faller mellan stolarna och blir bollad runt bland olika myndigheter.²⁴

I 20 procent av de kartlagda ärendena som har någon form av svårighet inom detta livsområde, uppger handläggarna att den enskilde får stöd från anhörig med *formella relationer*. Det innebär att personens anhöriga hjälper den enskilde i kontakt med myndigheter. Det är marginella skillnader mellan könen i denna fråga om anhörigstöd.

I stadens *Program för stöd till anhöriga* framgår att många anhöriga tar på sig en roll som koordinator och samordnar sina närståendes

²⁴ Stockholm stads årsrapport för personligt ombud 2019, dnr. 3.1.1-201/2020, s. 3.

insatser. Socialtjänsten ska vid behov och då den enskilde samtycker upprätta en SIP tillsammans med hälso- och sjukvården. Anhöriga ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den närstående inte motsätter sig det. Ansvar för att samordna insatserna mellan huvudmän ska inte ligga på den anhöriga.²⁵

På frågan huruvida personen ifråga hade behov av insatser från kommun eller region för att utföra de angivna aktiviteterna inom detta livsområde, bedömdes majoriteten ha pågående insatser som motsvarade behoven.

4.4 Arbete, sysselsättning och ekonomi

I följande livsområde skattade handläggarna personers svårigheter inom följande aktiviteter:

- *skaffa eller behålla ett arbete (lönearbete, lönebidrag, socialt företag)*
- *delta i strukturerad sysselsättning- eller rehabiliteringsverksamhet*
- *delta i öppen verksamhet med social samvaro*
- *hantera egen ekonomi*

I 47 procent av fallen har handläggarna bedömt att aktiviteten *skaffa eller behålla ett arbete* inte är relevant. Det förklaras rimligtvis med att en stor del av målgruppen uppbär varaktig sjukersättning och inte har som målsättning att etablera sig på arbetsmarknaden.

Den aktivitet där handläggarna skattat att personer har störst svårighet är *hantera sin egen ekonomi*. Denna grupp utgjorde 63 procent. Män är något överrepresenterade ibland dem som uppges ha *stor svårighet*. Vidare uppgav man att sju procent av denna grupp inte hade någon insats men hade behov av det för denna aktivitet. Det är även den aktivitet på detta livsområde där det är vanligast med stöd från anhöriga (23 procent).

En förklaring till detta resultat kan vara att det finns en brist på gode män och förvaltare i staden, vilket innebär att en person får vänta länge på att få en ställföreträdare tilldelad. Det har även funnits svårigheter med att motivera stadens ställföreträdare att ta sig an denna målgrupp. Socialförvaltningen har, på uppdrag av kommunstyrelsen, tillsammans med överförmyndarförvaltningen tidigare anordnat specialutbildningar för förvaltare och gode män som varit villiga att ta sig an särskilt komplicerade och krävande uppdrag. Syftet med utbildningarna var att ge ställföreträdarna en

²⁵Stockholm stads program för stöd till anhöriga 2017-2020, dnr. 3.1.1–244/2016, s. 8.

fördjupad kunskap om bland annat psykiska funktionsnedsättningar och på så sätt motverka förutfattade meningar om personer med psykisk funktionsnedsättning. Målet var att fler ställföreträdare skulle vilja ta sig an uppdrag som rörde personer med psykiska funktionshinder.

4.5 Hälsosituation

I kartläggningen har handläggarna besvarat frågor om målgruppens hälsosituation inom följande områden:

- *somatisk/kroppslig sjukdom*
- *tandhälsa*
- *alkoholproblem*
- *narkotikaproblem (inkl. narkotikaklassade läkemedel)*
- *problem med tobak (inkl. snus)*

I dialog med arbetsgruppen som analyserat materialet framkommer diskussioner om vad som definieras som problem i detta fall.

Exempelvis kan en person röka, och även om det inte är hälsosamt så utgör det kanske inte vad handläggaren skulle definiera som ett problem. Problem kanske uppstår först när personen till exempel röker inne och ådrar sig störningsanmälningar från grannar eller köper cigaretter istället för mat. Resultaten ska därför läsas med detta i åtanke.

I 56 procent av de kartlagda ärendena skattar handläggarna att det finns problem med *kroppslig/somatisk sjukdom*. Kvinnor är överrepresenterade i denna grupp och även personer mellan 45-64 år. En rapport från Socialstyrelsen visar även att män lever ohälsosammare än kvinnor och att samsjukligheten är högre. Män konsumerar mer alkohol och lider i större utsträckning av övervikt och fetma²⁶

Personer med psykisk funktionsnedsättning har också en förkortad livslängd, som i stor utsträckning beror på somatiska sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Dels drabbas gruppen i högre utsträckning av dessa sjukdomar, dels får de som drabbas inte alltid fullgod vård. Ytterligare en sjukdomsorsak är biverkningar av antipsykotiska läkemedel. Andra orsaker är rökning, ohälsosamma matvanor och för lite motion. Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör därför erbjuda insatser för att främja fysisk

²⁶ Socialstyrelsen (2004) *Jämlik vård? – könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Art.nr 2004-103-3, s.7

aktivitet och hälsosamma matvanor.²⁷ Det är av stor vikt att socialtjänsten i kontakt med målgruppen och med ovan information i åtanke, bedriver ett utforskande och motiverande arbete för att främja god hälsa hos personerna som man kommer i kontakt med.

Handläggarna skattade att 20 procent har problem med tandhälsan. Detta är vanligast i åldersgruppen 45-64 år. I 44 procent uppgav handläggaren alternativet *ej känt*.

Psykisk ohälsa kan medföra svårigheter att på egen hand sköta sin munhygien och upprätthålla kontakt med tandvården.. Dålig tandhälsa påverkar förmågan att tugga, svälja, tala och le och innebär smärtor. Dålig tandhälsa påverkar också det sociala livet och personens välbefinnande. Muntorrhet, vilket är en vanlig läkemedelsbiverkan, innebär stor risk för karies.²⁸ Det är därför av stor vikt att socialtjänsten i möte med de här personerna ställer frågor om tandläkarkontakt och vid behov stöttar personen att etablera och/eller upprätthålla kontakt med tandvården. En stor del (54 procent) av målgruppen som skattades ha problem med tandhälsan, bedömdes av handläggarna ha *pågående insatser som motsvarar behoven*.

I skattningarna som rörde *alkoholproblem* och *narkotikaproblem* skattades elva respektive nio procent ha problem med detta. Av dessa uppges 15 procent av männen och sju procent av kvinnorna ha problem med alkohol. Alkoholproblem uppges vara ungefär lika vanligt förekommande i alla åldersgrupperna.

Vad gäller problem med narkotika är männen också överrepresenterade. I det fall handläggaren hade angett att det fanns problem var tolv procent män och sex procent kvinnor. Detta var något vanligare i åldersgruppen 25-44 år. Männen hade även i större utsträckning stöd från anhöriga för narkotikaproblem.

I förhållande till nationell statistik från Socialstyrelsen är andelen med alkohol- och narkotikaproblem i målgruppen som ingick i kartläggningen låg. Enligt Socialstyrelsen har personer 30 till 50 procent som vårdas för missbruk även en samtidig psykisk sjukdom. I jämförelse med befolkningen i övrigt är missbruk och beroende vanligare bland personer med psykisk ohälsa. Bland de personer

²⁷ Socialstyrelsen (2019), *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning*. Art.nr. 2018-9-6, s. 7

²⁸ <https://vardochinsats.se/schizofreni-och-liknande-tillstand/behandling-och-stoed/stoed-till-god-munhaelsa/>

som är aktuella inom vården på grund av psykisk ohälsa har omkring 20 till 30 procent ett samtidigt missbruk och beroende.²⁹

Enlig Socialstyrelsens nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har närmare hälften av alla med schizofreni har ett långvarigt substansberoende. Missbruket försvårar diagnostik och behandling, och de som har ett samtidigt substansmissbruk har ofta allvarigare psykiska symtom. Kombinationen psykisk sjukdom och substansberoende ger ökad risk för ensamhet, hemlöshet, följsjukdomar, dålig följsamhet till medicinsk behandling, ökad familjebörda, upprepade återfall i både psykisk sjukdom och missbruk.³⁰

En förklaring till att resultaten i kartläggningen avseende denna fråga kan vara att personer som är i ett aktivt missbruk i stor utsträckning handläggs på stadsdelsnämndernas enheter för vuxen/missbruk. Kartläggningen omfattar enbart ärenden aktuella inom socialpsykiatri. Det är troligt att ärendena aktualiseras inom socialpsykiatri först när nykter- och/eller drogfrihet har uppnåtts för stöd i den psykiska funktionsnedsättningen som kan vara bestående i större utsträckning.

I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende- Stöd för styrning och ledning* finns rekommendationer om att samtida problem med beroende och psykisk ohälsa ska behandlas samtidigt³¹, vilket kräver en flexibilitet inom respektive verksamhetsområde och en väl fungerande och förankrad samverkan enheterna emellan. Det är av stor vikt att man inom verksamhetsområdena socialpsykiatri och vuxen/missbruk har en helhetssyn på den enskildes behov av stöd för att kunna erbjuda insatser som leder till en förbättrad livssituation för personer med samsjuklighet.

4.6 Behov av psykiatriska insatser

På frågan om personen har *aktuellt behov av psykiatriska insatser* uppger handläggarna att 63 procent av de personer som har behov av psykiatriska insatser får sina behov tillgodosedda.

I 22 procent av de kartlagda ärendena uppges personen ha insatser men vara i behov av ytterligare eller ändrade insatser. Vid tolkning av dessa resultat är det viktigt att komma ihåg att detta är

²⁹ Socialstyrelsen (2019), *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning*. Art.nr. 2019-1-16, s.56.

³⁰ Ibid, s. 14.

³¹ Ibid, s. 9.

handläggarens professionella bedömning. I frågan blir de ombedda att göra en bedömning huruvida de psykiatriska insatserna är tillräckliga trots att de är tjänstemän inom kommunen. Det är dock troligt att de i samverkan med personens psykiatrikontakt kan identifiera behov som i första hand ska tillgodoses av vården.

Det är rimligt att anta att de sociala insatserna som beviljas av socialpsykiatri ger bättre effekt om de samplaneras tillsammans med psykiatri som i sin tur kan matcha med insatser i form av exempelvis medicinering eller andra behandlingsåtgärder.

5. Avslutande reflektioner

Inom socialpsykiatri kan personer mellan 20 till 64 år med psykisk funktionsnedsättning få stöd med att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

Socialpsykiatrins målgrupp är bred med en stor variation i ålder, psykiatrisk problematik och stödbehov. Exempelvis kan en ung person med ADHD ha helt andra stödbehov än en äldre person med schizofreni, men båda ryms inom socialpsykiatrins målgrupp. Detta är av stor vikt att ha i åtanke när staden planerar för verksamhetsutveckling inom socialpsykiatri.

I kartläggningen framkommer att det finns vissa områden man inom socialpsykiatri behöver lägga ytterligare fokus på: återhämtningsperspektivet, samverkan med andra aktörer och SIP, sysselsättning och skillnader mellan män och kvinnor. Socialförvaltningen avser att arbeta vidare med dessa områden i de olika forum som finns etablerade för samverkan, både i stadens interna nätverk och tillsammans med regionen.

5.1 Återhämtningsperspektiv

För att stötta en person som blir psykiskt sjuk behöver socialtjänsten arbeta återhämtningsinriktat, vilket bland annat handlar om att arbeta relationsbyggande och stärka och stödja individen på olika sätt. I ett återhämtningsinriktat arbetssätt ingår att stärka den enskildes engagemang, vilja till förändring och förmåga att ta ansvar för och ta hand om sig själv. Att stödja personen att etablera relationer med andra människor och att hitta och inta betydelsefulla roller i samhällslivet är andra viktiga komponenter.³² Ett sätt att

³² Socialstyrelsen (2019), *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning*. Art.nr. 2018-9-6

främja återhämtning är att den enskilde får möjlighet att återta viktiga roller i samhället, leva ett engagerat vardagsliv och känna att man tillhör och bidrar.

Socialtjänsten behöver ha ett större fokus på återhämtning och ett utforskande förhållningssätt gentemot personers egen önskan till förändring och målsättningar. Inom socialpsykiatri är det inte ovanligt att personerna varit aktuella länge och att man har beviljat insatser för att bevara en viss funktionsnivå och undvika återinsjuknande eller försämring. Detta är aktuellt för en del av målgruppen, men utgångspunkten i mötet med personer med psykiska funktionsnedsättningar måste vara ett återhämtningsinriktat arbetssätt. Detta behöver stärkas inom socialpsykiatri i Stockholms stad, i både myndighetsutövning, utförande och verksamhetsutveckling.

5.2 Samverkan med andra aktörer och SIP

I kartläggningen framgår att en stor del av socialpsykiatriens målgrupp har kontakt med psykiatri och andra aktörer, t.ex. Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och andra enheter inom socialtjänsten. Även om man är medveten om att det finns andra i det professionella nätverket, vilket man oftast är enligt resultaten i kartläggningen, är förekomsten av samverkan relativt låg.

Det kan förklaras med uppfattningen av att samverkan inte alltid behövs. Vissa personer har varit aktuella länge med samma insatser och har en väletablerad kontakt med sin behandlingsansvariga öppenvårdsmottagning där allt går som planerat. Det kan också förklaras med att den enskilde inte alltid vill ge samtycke till att sekretessen hävs mellan huvudmännen. Med hänvisning till nationella rekommendationer som rör denna målgrupp är samverkan en viktig komponent. Samverkan behöver inte nödvändigtvis ha en SIP som huvudsakliga arbetssätt, men att utgå från en helhetsbild av den enskildes livssituation och behov, styrkor och målsättningar är ett sätt att kunna planera för insatser och på sikt främja återhämtningsprocessen. Detta görs med fördel tillsammans med hela nätverket, såväl professionella som anhöriga.

5.3 Sysselsättning

Inom socialpsykiatriens målgrupp ryms personer som är etablerade på arbetsmarknaden, personer som önskar etablera sig på arbetsmarknaden och personer som har varaktig sjukersättning som

inte har arbete som mål. Det är därför av stor vikt att de insatser som socialpsykiatri tillhandahåller utgår från individuella målsättningar och prövningar och är utformade för att på bästa sätt möta varje enskild individs behov av stöd. Det behöver också finnas ett varierat utbud av exempelvis sysselsättningsverksamheter för att kunna tillgodose den enskildes behov och målsättningar.

I kartläggningen framgår att en stor del av målgruppen inte deltar i sysselsättning eller någon annan aktivitet. Med den vikt sysselsättning har för återhämtningsprocessen behöver det läggas ett större fokus på detta i kontakt med enskilda personer som kommer i kontakt med socialpsykiatri, även om ansökan initialt avsett något annat. Det kan exempelvis handla om att ha ett utforskande förhållningssätt utifrån ett bredare perspektiv än bara den specifika insats ansökan avser. Arbete och/eller sysselsättning har en väsentlig betydelse för personlig återhämtning³³ vilket måste vara socialtjänstens mål att sträva efter.

5.4 Skillnader mellan kvinnor och män

I socialpsykiatriens målgrupp finns en överrepresentation av kvinnor. Det kan finnas olika förklaringsmodeller till detta, både modeller som utgår i sociala konstruktioner och normer samt medicinska förklaringsmodeller som utgår ifrån olika symptombilder för män respektive kvinnor. Det mest troliga är att förklaringen ligger i en kombination av båda och med stor sannolikhet även ytterligare förklaringsmodeller.

De flesta personer som har kartlagts bedömer handläggaren har rätt insatser som motsvarar behoven, och i den bedömningen är det i stort sett lika mellan könen. Det finns inte heller nämnvärt stora skillnader mellan könen huruvida personen får stöd från anhöriga eller inte.

Det framgår att män blir beviljade mer omfattande insatser, så som t.ex. stödboende och HVB och kvinnor i större utsträckning får stöd i hemmet. En förklaring är att män i större utsträckning befinner sig i situationer där de är hemlösa och att man därför beviljar boendeinsatser för att avhjälpa hemlöshet.

I stadens program *Jämställdhet – program för ett jämställt Stockholm 2018–2020* framgår att ojämställdhet i stadens verksamheter uppstår och återskapas i det dagliga arbetet – i beslutsfattande, resursfördelning samt i verksamhetsplanering och

³³ <https://www.vetenskaphalsa.se/darfor-ar-arbete-sa-viktigt-for-unga-med-psykisk-ohalsa/>

uppföljning. Därför måste arbetet för att skapa jämställda förutsättningar integreras i ordinarie processer och inom samtliga verksamhetsområden³⁴. Att förstå varför det finns könsskillnader inom socialpsykiatri och aktivt arbeta för att motverka dem är ett arbete som behöver ske i samtliga led inom socialpsykiatriens verksamhetsområde, från enhetschefer till handläggare och utförare. Inte minst är detta en aspekt att ta hänsyn till i den fortsatta verksamhetsutvecklingen för socialpsykiatri.

³⁴ Ibid, s. 4.

Referenslista

Eklund och Markström. *Outcomes of a Freedom och Choice reform in Community Mental Health Day Center Services*, Vol, 4, Nr 6, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2015

Socialstyrelsen (2019), *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning*. Art.nr. 2019-1-16

Socialstyrelsen (2019), *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning*. Art.nr. 2018-9-6

Socialstyrelsen (2019), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning- lägesrapport 2019*. Art.nr. 2019-3-7

Socialstyrelsen (2014), *Stöd till barn, unga och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd*. Art.nr. 2014-10-42.

Socialstyrelsen (2017), *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning*. Art. Nummer 2017-12-4

Socialstyrelsen (2012), *Att inventera behov – inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning*. Art.nr. 2012-1-34

Socialstyrelsen (2004). *Jämställd vård? - Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Art. nr. 2004-103-3

Stockholm stads årsrapport för personligt ombud 2019, dnr. 3.1.1-201/2020

Stockholm stads program för stöd till anhöriga 2017-2020, dnr. 3.1.1–244/2016

Socialtjänstrapport 2019 – en beskrivning av socialtjänsten i Stockholms stad, dnr. 3.1.1707/2019

Hemlösa personer i Stockholms stad 26 september 2018, dnr 3.1.1-263/2018

Stockholms stads program för jämställdhet – program för ett jämställt Stockholm 2018-2022. Antaget av kommunfullmäktige 2017-12-22.

<https://vardochinsats.se/schizofreni-och-liknande-tillstaand/behandling-och-stoed/stoed-till-god-munhaelsa/>

<https://vardochinsats.se/schizofreni-och-liknande-tillstaand/om-tillstaandet/om-psykos-schizofreni-och-schizofreniliknande-tillstaand/>

<https://www.vetenskaphalsa.se/darfor-ar-arbete-sa-viktigt-for-unga-med-psykisk-ohalsa/>

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-doch-omsorg/stod-till-anhoriga/stod-till-barn/>

<http://www.anhoriga.se/publicerat/inspirationsmaterial/>

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/ekonomiskt-bistand/hemloshet/insatser-vid-hemloshet/>

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128

<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindivduellplansip.samordnadindivduellplan.html>

<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/sip/>

<https://www.vardfokus.se/tidningen/2007/nr-12-2007-12/svart-att-forandra-den-manliga-rattpsykiatri/>

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2015-12-19.pdf>

<https://www.vetenskaphalsa.se/darfor-ar-arbete-sa-viktigt-for-unga-med-psykisk-ohalsa/>