



Burlövs
kommun



FINSAM
SAMORDNINGSFÖRBUNDET
BURLÖV-STAFFANSTORP

KARTLÄGGNING KRING INSATSER VID SAMSJUKLIGHET

Sammanfattning

Samordningsförbundet Burlöv-Staffanstorp och Burlövs kommun tecknade ett avtal för att genomföra en Kartläggning kring insatser vid samsjuklighet. Uppdraget var att genomföra en kartläggning av målgruppen vuxna personer från 18 år och folkbokförda i Burlövs kommun med samsjuklighet (psykisk sjukdom och missbruk).

Gunilla Ahlstrand
gunilla.ahlstrand@burlov.se

Sammanfattning

Idén till uppdraget var en följd av att socialtjänsten och hälso- och sjukvården under många år hade uppmärksammat att gruppen personer med samsjuklighet ofta har hamnat utanför systemet och inte får de insatser de har behov av. Samordningsförbundet Burlöv-Staffanstorp och Burlövs kommun tecknade därför i november 2019 ett avtal angående beviljande av medel till projektet Kartläggning kring insatser vid samsjuklighet. Individ och familjeomsorgen stod som insatsägare och Psykiatriska Öppenvården samt Vårdcentralen i Arlöv var samarbetspartners.

Syftet var att *beskriva* målgruppen i Burlövs kommun med aktuell samsjuklighetsdiagnos. Beskrivningen bygger på en enkät avseende ålder, kön hushållstyp, diagnoser, funktionsnedsättningar/variationer, vård och stöd, stödinsatser i det dagliga livet, arbete, boende och försörjning samt samverkan. Enkäten har besvarats av behandlare/handläggare som i sitt dagliga arbete möter brukare/patienter med samsjuklighet. Samtidigt var syftet att undersöka samverkansstrukturen och vilka metoder som har använts för att dessa personer skulle få bästa möjliga stöd. Kartläggningen förväntades också ge samverkansparterna möjlighet att undersöka problemet både utifrån sitt eget, och övriga samverkanspartners perspektiv, vilket skulle kunna ge en förståelse för varandras möjlighet att ge dessa personer det stöd de är i behov av för att inkluderas i samhället och få en fungerande vardag. Förhoppningen var att kartläggningen skulle kunna ge uppslag till nya arbetsmetoder för att nå denna grupp. Till resultaten hör bland annat följande:

Psykisk sjukdom (diagnos)

- De två vanligaste psykiska diagnoserna var depression och ångestproblematik och mer än hälften hade två eller fler diagnoser

Missbruksdiagnos

- 38 % hade en alkoholdiagnos, 36 % hade en narkotikadiagnos och 26 % hade ett blandmissbruk av alkohol, narkotika och läkemedel

Läkemedelsbehandling

- 56 % hade någon form av läkemedelsbehandling och 44 % hade inte någon läkemedelsbehandling

Psykologisk och psykosocialbehandling

- 59 % hade någon form av psykologisk och psykosocialbehandling och 38 % hade inte någon psykologisk och psykosocialbehandling

Sociala stödinsatser

- 59 % hade någon social stödinsats och 26 % hade inte någon social stödinsats och för 15 % var det inte känt om det fanns sociala stödinsatser

Integrerad behandlingsmetod av hälso- och sjukvården och socialtjänsten

- 33 % hade någon form av integrerad behandlingsmetod och 49 % hade ingen integrerad behandlingsmetod och för 18 % var det inte känt om det fanns någon integrerad behandlingsmetod

Behov av stödinsatser i det dagliga livet

- I fem av nio livsområden var det mer än 25 % som inte hade hjälp men *bedömdes behöva* hjälp;
 - allmänna uppgifter och krav såsom genomföra uppgifter organisera och hantera stress (26 %)
 - mellanmännsliga interaktioner och relationer såsom att handla och samspela med okända, vänner och familjemedlemmar på ett i sammanhanget socialt passande sätt (26 %)
 - hemliv såsom husliga och dagliga sysslor och uppgifter (27 %)
 - viktiga livsområden såsom att engagera sig och utföra handlingar som krävs vid utbildning, arbete och ekonomiska transaktioner (28 %)
 - samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv såsom de handlingar som krävs för att engagera sig i organiserat socialt liv utanför familjen (31 %)

Arbete, boende och försörjning

- 21 % hade arbete, 62 % saknade arbete
- 49 % hade ett eget boende, 18 % hade ett andrahandskontrakt
- 13 % hade lön, 41 % hade försörjningsstöd och 41 % hade ersättning från Försäkringskassan

Samverkan

- I 51 % fanns en form av samverkan, i 31 % fanns ingen samverkan och i 18 % var det inte känt om det fanns samverkan
- 21 % hade en aktuell samordnad individuell plan (SIP), 71 % hade inte någon aktuell SIP och i 8 % var det inte känt om det fanns någon aktuell SIP

Resultatet visar att det var vanligare med läkemedelsbehandlingar, psykologiska och psykosociala behandlingar och sociala stödinsatser än integrerade behandlingsmetoder. Behovet av stödinsatser i det dagliga livet, inom olika livsområden, var uppenbart och avsaknaden av arbete, egen bostad och egen försörjning var tydligt. Framträdande var att i drygt hälften av ärendena fanns ingen samverkan och att endast 21 % hade en aktuell SIP.

Det är min förhoppning att beskrivningen ska kunna användas i utvecklingen av fortsatt stöd för personer med samsjuklighet och bidra till tydliggörandet av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar för personer med samsjuklighet. Likaså är det min förhoppning att kartläggningen ger samverkansparterna ett reellt perspektiv för att arbeta med samverkan vilket skulle kunna ge en förståelse för varandras möjlighet att erbjuda personer med samsjuklighet det stöd de är i behov av för att inkluderas i samhället och få en fungerande vardag.

Ett tack till alla er som tog er tid till att besvara enkäten trots hög arbetsbelastning till följd av Coronapandemin.

2021-03-15

Gunilla Ahlstrand
Utrede
Socialförvaltningen

Innehåll

Syfte och upplägg.....	5
Nationella riktlinjer	5
Missbruk och beroende	6
Psykisk sjukdom och missbruk (samsjuklighet)	6
Ansvar för behandling och stödinsatser	6
Familjeperspektiv.....	7
Centrala rekommendationer.....	7
Rekommendationernas konsekvenser	8
Samverkan är centralt	8
Uppdraget att föreslå samordnade insatser	9
Metod	9
Resultat	10
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	22
Referenser.....	23
BILAGA 1	24
Avsnitt 1	24
Avsnitt 2.....	24
Avsnitt 3.....	25
Avsnitt 4.....	27
Avsnitt 5.....	29

Syfte och upplägg

Uppdragsidén var att under en tre månaders period genomföra en kartläggning av målgruppen vuxna personer från 18 år med samsjuklighet (psykisk sjukdom och missbruk).

”Med samsjuklighet menas här att en person samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för missbruk eller beroende och för någon annan form av psykisk störning” (Socialstyrelsen 2015, s 64).

Rapporten börjar med att förklara syfte och mål. Den fortsätter med en beskrivning av missbruks- och beroendevård med utgångspunkt från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019 samt en kort beskrivning av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvar.

I de följande avsnitten redovisas först metoden som använts vid genomförandet av enkätundersökningen och som ligger till grund för denna rapport och därefter resultatet av kartläggningen. Dessa avsnitt följs av metoddiskussion och resultatdiskussion. Tanken med detta upplägg är att läsaren ska ges en viss möjlighet att på egen hand kontrastera enkätresultaten mot de självpåtagna förväntningarna som finns inom Individ- och familjeomsorgen, Psykiatriska Öppenvården och Vårdcentralen i uppdraget.

Syfte

Syftet var att göra en kartläggning;

- Av antalet aktuella individer i Burlövs kommun som befann sig inom målgruppen från 18 år och med en samsjuklighetsdiagnos
- Undersöka den lokala samverkansstrukturen och vilka metoder som har använts för att dessa personer skulle få bästa möjliga stöd
- Ge uppslag till nya arbetsmetoder för att nå denna grupp

Mål

Kartläggningen förväntades få fram antal aktuella personer med samsjuklighet och ett underlag för att få en överblick över hur stor gruppen var och vilken grupp som det har varit svårigheter att arbeta med där både hälso- och sjukvården och socialtjänsten var involverad.

Underlaget förväntades ge samverkansparterna möjlighet att undersöka problemet både utifrån sitt eget, och övriga samverkanspartners perspektiv, vilket skulle kunna ge en förståelse för varandras möjlighet att ge dessa personer det stöd de är i behov av för att inkluderas i samhället och få en fungerande vardag.

Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen gav 2007 ut Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Därefter har dessa uppdaterats 2015, 2017 och 2019.

Syftet med rekommendationerna är att ge vägledning för beslut på gruppnivå. Det är av vikt att behandling och stöd alltid anpassas till individens särskilda förutsättningar och önskemål.

Missbruk och beroende

Under 2009–2011 genomfördes en statlig översyn av missbruks- och beroendevård i Sverige, den så kallade Missbruksutredningen. I utredningen uppskattades att omkring 780 000 personer över 18 år har ett missbruk eller beroende av alkohol, varav 330 000 har ett beroende. En senare kartläggning visar på ungefär liknande antal personer. Av dessa söker dock inte alla vård för sitt missbruk eller beroende. Enligt skattningar har cirka 80 000 personer ett tungt alkoholmissbruk, baserat på antalet personer som har vårdats i slutenvård eller specialiserad öppen vård med alkoholdiagnos.

Antalet personer med missbruk eller beroende av narkotika har skattats till 55 000. Enligt skattningar, som baserats på antal personer med en narkotikadiagnos inom hälso- och sjukvården eller som har klassats som grava narkotikamissbrukare inom kriminalvården, finns det cirka 29 500 personer med problematisk narkotikaanvändning. Antalet personer med intravenöst narkotikamissbruk har skattats till cirka 8 000. När det gäller läkemedel har antalet personer med missbruk eller beroende skattats till 45 000–65 000 personer.

I en undersökning 2017 av ungdomars alkoholvanor framkom att 37 procent av pojkarna och 43 procent av flickorna i årskurs 9 druckit alkohol under de senaste 12 månaderna, vilket är det lägsta sedan Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) påbörjade mätningarna 1971. Motsvarande värden i gymnasiets årskurs 2 var 73 respektive 76 procent. Skolungdomars narkotikaanvändande är relativt stabilt. I grundskolans årskurs 9 rapporterade 7 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna att de någon gång prövat narkotika (nästan alltid cannabis). I gymnasiets årskurs 2 var andelen 20 respektive 14 procent.

Allt fler äldre vårdas på grund av alkoholmissbruk. De senaste 10 åren har antalet personer ökat som är 65 år eller äldre och som vårdas inom hälso- och sjukvårdens specialiserade öppenvård och slutenvård med diagnoser som är relaterade till alkoholberoende. Detta gäller såväl kvinnor som män. Olika socialtjänstinsatser för personer 65 år eller äldre med missbruksproblem har ökat med 78 procent för kvinnor och 54 procent för män under perioden 2007–2016 (Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019).

Psykisk sjukdom och missbruk (samsjuklighet)

Psykisk sjukdom är vanligt bland personer med missbruk och beroende. Studier visar att risken att drabbas är mer än dubbelt så stor jämfört med personer som inte har ett missbruk eller beroende. Bland personer som vårdas för sitt missbruk har 30–50 procent en samtidig psykisk sjukdom, vanligast är ångest- och depressionssjukdomar och personlighetsstörningar. Av dem med alkohol- eller drogmissbruk har drygt 20 procent också ADHD. Omvänt är också missbruk och beroende vanligare bland personer med psykisk ohälsa än i befolkningen i övrigt. Omkring 20–30 procent av de personer som är aktuella i vården på grund av psykisk ohälsa har samtidigt ett missbruk eller beroende. Inom den specialiserade psykiatrin är det personer med psykosjukdomar och bipolär sjukdom som har högst förekomst av samtidigt missbruk eller beroende.

Personer med samsjuklighet utgör en heterogen grupp med varierande svårighetsgrad av missbruket eller beroendet och den psykiska sjukdomen. Ofta har personer med samsjuklighet också samtidigt andra problem och därmed behov av ytterligare stöd och insatser. Vård, behandling, stöd och insatser berör därför flera myndigheter och behandlingsverksamheter (Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019).

Ansvar för behandling och stödinsatser

Kommunen och regionen har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla stöd och behandling till personer med missbruk eller beroende utifrån sina ansvarsområden (prop.2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården s. 11). Kommunen och regionen har olika formella möjligheter att erbjuda behandling. Båda huvudmännen kan dock

enligt lagstiftningen erbjuda psykosocial behandling. Denna behandlingsform kan ingå i båda huvudmännens "verktygslåda" även om den främst erbjuds av socialtjänsten (prop. 2012/13:77 s. 13).

Lagstiftningen förtydligar också ansvarsfördelningen mellan huvudmännen när det gäller vissa uppgifter. Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård (8 kap. 1 § HSL). Det vill säga ge åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (2 kap. §1 § HSL). Här ingår också missbruk och beroende.

I socialtjänstlagen finns särskilda bestämmelser om socialtjänstens ansvar för behandling vid missbruk (prop. 2000/01:80 s. 92 f). Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel (3 kap. 7 § SoL). Socialnämnden ska även aktivt sörja för att den enskilde med missbruk får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket (5 kap. 9 § SoL).

När det gäller barn och unga har kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten ett särskilt ansvar. Socialnämnden ska aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och unga (5 kap. 1 § 4 SoL).

Vidare har socialtjänsten ett generellt ansvar för stödinsatser. I 4 kap. 1 § SoL anges att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Av 3 kap. 2 § SoL följer att socialnämnden i sin verksamhet ska främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning. För människor med funktionsnedsättningar ska socialnämnden enligt 5 kap. 7 § SoL medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. När det finns skäl att tvångsvårda någon på grund av missbruk, ansvarar socialnämnden för att ansöka om tvångsvård hos förvaltningsrätten enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Familjeperspektiv

Missbruk och beroende är inte enbart ett individuellt problem utan påverkar hela familjen, inte minst barnen. Socialstyrelsens vägledning *Barn och unga i familjer med missbruk* vänder sig till socialtjänsten och andra aktörer som möter barn och unga i familjer med missbruk. Den beskriver bland annat tecken på barns och ungas svårigheter, olika verksamheters ansvar, vikt av samverkan och anmälningsplikten. Dessutom ingår en beskrivning av socialtjänstens bedömning av barns och ungas behov och av olika stöd- och hjälpinsatser inom socialtjänsten och i andra verksamheter samt råd om dokumentation och lokala uppföljningar. Likaså vänder sig Socialstyrelsens vägledning *Föräldraskap och missbruk* till utredare och behandlare inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt övriga övrig missbruks- och beroendevård.

Centrala rekommendationer

Riktlinjerna innehåller ett antal centrala rekommendationer om vård och stöd vid missbruk och beroende som Socialstyrelsen bedömer särskilt viktiga för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ur ett styr- och ledningsperspektiv. Följande områden omfattas:

- **Bedömningsinstrument och medicinska tester**

Bedömningsinstrument kan underlätta beslut om behandling och kan användas för att följa utfall av åtgärder. De är ett snabbt sätt att samla information, göra den jämförbar och förvissa sig om att viktig information inte glöms bort.

- **Läkemedelsbehandling**

Det finns idag en underbehandling med läkemedel vid alkoholberoende. Det finns ett flertal olika läkemedel beroende på om syftet är att uppnå helnykterhet eller en icke riskfylld konsumtion.

- **Psykologisk och psykosocialbehandling**

Vid missbruk eller beroende av alkohol rekommenderas i första hand motivationshöjande behandling (MET), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention, community reinforcement approach (CRA), social behaviour network therapy (SBNT) eller tolvstegsbehandling, eftersom dessa metoder har bäst bevisad effekt. MET innebär färre behandlingstillfällen än andra psykologiska och psykosociala metoder och utbildningen i metoden är mindre omfattande. Den skulle därför kunna erbjudas även inom primärvård och företagsvård och därmed bidra till att öka tillgängligheten till vård och behandling för personer med alkoholberoende.

- **Sociala stödinsatser**

Arbete innebär inte bara en möjlighet till försörjning utan kan också ha ett samband med fullföljande och framgång i behandling. På samma sätt är ett stabilt boende ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling och för att komma ifrån ett missbruk och beroende. Riktlinjerna ger rekommendationer om olika insatser för personer som behöver hjälp att samordna sina vård- och stödåtgärder. För att stödja människor som står nära en person med missbruk eller beroende rekommenderar Socialstyrelsen socialt stöd till vuxna anhöriga och även åtgärder för anhöriga som vill motivera personer med missbruk eller beroende till behandling.

- **Behandling vid samsjuklighet**

Personer med samsjuklighet har en ökad risk för sämre förlopp. Därför är det viktigt att uppmärksamma samsjuklighet och att behandla båda tillstånden samtidigt. Enligt Socialstyrelsen bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda integrerad behandlingsmetod till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och samtidigt svår psykisk sjukdom. Integrerad behandlingsmetod fokuserar på både det psykiska tillståndet och missbruket eller beroendet, inom ramen för en psykologisk och psykosocial behandlingsmodell.

- **Behandling av ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem**

Det är särskilt viktigt att missbruk och beroende uppmärksammas även hos ungdomar. Ungdomar svarar inte alltid på insatser och behandlingsmetoder som är utvecklade för vuxna.

Rekommendationernas konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna kommer att kräva förändringar i fråga om samverkan, utbildning och fortbildning samt resurser för att fler ska få tillgång till de rekommenderade åtgärderna.

Samverkan är centralt

Kommunen och regionen är skyldiga att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroende framkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar (5 kap. 9 a § socialtjänstlagen och 16 kap. 3 § 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL).

För att kunna införa riktlinjerna i verksamheterna kommer det att vara nödvändigt med samarbete mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård och hälso- och sjukvårdens psykiatri, beroendevård och primärvård. Det kan också komma att innebära att små kommuner behöver samarbeta för att kunna erbjuda ett bredare utbud av insatser samt en integrerad vård och

behandling. För att följa rekommendationerna om arbetslivsinriktad rehabilitering och boendeinsatser kommer det också att krävas samverkan mellan flera olika aktörer.

För att införa rekommendationerna om bedömningsinstrument, psykologisk och psykosocial behandling och sociala stödinsatser krävs en generell kompetenshöjning och utbildnings- och handledningsinsatser såväl när det gäller kunskapen om missbruk och beroende som i specifika metoder (Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019).

Uppdraget att föreslå samordnade insatser

Samordning och samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården för personer med samsjuklighet har stora brister. Personer med stora behov av vård och stöd drabbas ofta hårt och riskerar att falla mellan stolarna när samverkan mellan huvudmännen inte fungerar. Det gäller också för verksamheter inom samma huvudman, som t. ex primärvården, psykiatrin och den regionala beroendevården samt för verksamheter under andra huvudmän som kan komma i kontakt med målgruppen, som t. ex polisen eller kriminalvården. Det finns därför skäl att se över den nuvarande ansvarsfördelningen. En särskild utredare ska föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.

Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för att personer med sådan samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg och får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2021 (Socialdepartementet, Dir. 2020:68).

Metod

Inför kartläggningen formulerades och diskuterades en plan med uppdragsgivare Samordningsförbundet Burlöv-Staffanstorp, insatsägare Individ- och familjeomsorgen och samarbetsparterna Psykiatriska Öppenvården och Vårdcentralen. I avtalet var syfte och mål förutbestämt och en avstämning inför projektet var därmed en självklarhet.

Enkäten var individuell och målgruppen var vuxna personer från 18 år folkbokförda i Burlövs kommun och som har samsjuklighetsproblematik.

I Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2019, s 56 definierar Socialstyrelsen samsjuklighet.

”Med samsjuklighet menas här att en person samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för missbruk eller beroende och för någon annan form av psykisk störning”.

Data till kartläggningen samlades in genom en enkät se (Bilaga 1). Frågeformuläret, en webb-enkät skickades ut via mejl och för att undvika att flera svar lämnades in från vardera verksamheter avseende samma brukare eller patient skickades enkäten ut till respektive chef. Vilken har ansvarat för att endast ett svar skickats in för varje brukare/patient.

Inventeringen var tänkt att genomföras under ett par veckor under våren. Denna tidsplan blev framflyttad vid ett par tillfällen och landade till slut i en period som sträckte sig från mars till mitten av oktober. Till följd av Coronapandemin har verksamheterna inte kunnat prioritera deltagandet i projektet. Psykiatriska Öppenvården har av denna anledning överhuvudtaget inte deltagit i kartläggningen. Projektet pausades också under sommaren.

Frågorna i enkäten var riktade emot brukare/patienter som var aktuella under svarsperioden eller som varit aktuella 12 månader från svarsperioden och bakåt i tiden. Frågorna i enkäten

innehöll dels angivna alternativa svar i flervalsfrågor dels frågor med öppna svar där respondenten själv formulerade ett svar.

För att få en beskrivning av målgruppen innehöll enkäten frågor om aktuella individer, boendesituationer, diagnoser, funktionsnedsättningar/variationer, behandlingar, metoder och stödinsatser samt vilken samverkan som var aktuell och vad som saknades. Frågornas innehåll utgick från Nationella riktlinjer om aktuella metoder, behandlingar och stödinsatser. Vissa frågor har varit obligatoriska och vissa frågor har mer än ett svarsalternativ. För att minimera risken av spårbarhet av personuppgifter har det endast registrerats födelseår, kön, behov av tolk/språk och hushållstyp.

Resultat

A. Brukare/patient

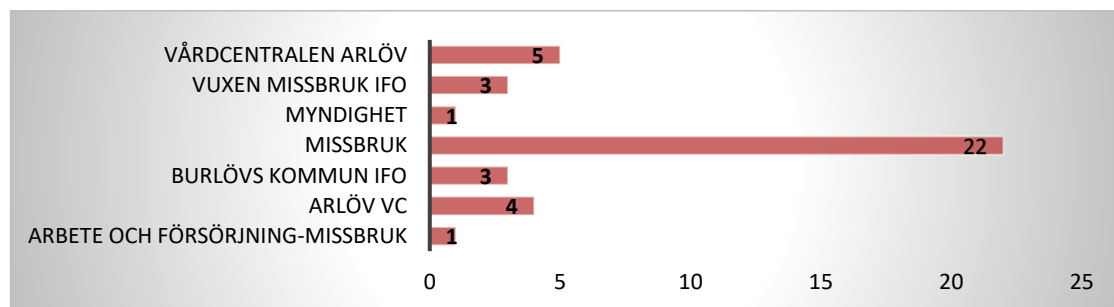
Sammantaget registrerades 39 enkäter som innefattade uppgifter om personer som bedömdes tillhöra målgruppen under tiden för studien. Individ- och familjeomsorgen registrerade 30 enkäter och Vårdcentralen i Arlöv 9 enkäter.

Antal registrerade enkäter

Vårdcentral: 9 enkäter

Socialtjänst handläggare socialpsykiatri: 3 enkäter

Socialtjänst handläggare missbruk: 27 enkäter



Uppgifter om brukare eller patients ålder och genus

På frågan om ålder registrerades 39 svar och födelseåren varierade mellan 1941 – 1999.

Född 1941 – 1955 = 2 personer

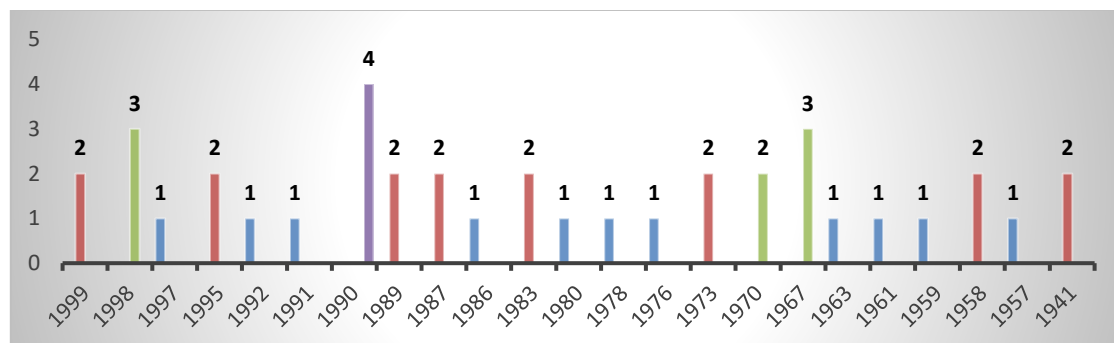
Född 1956 – 1965 = 6 personer

Född 1966 – 1975 = 7 personer

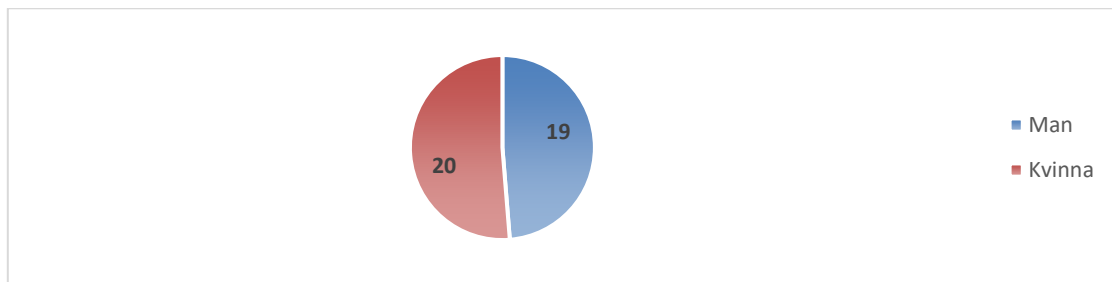
Född 1976 – 1985 = 5 personer

Född 1986 – 1995 = 13 personer

Född 1996 – 1999 = 6 personer

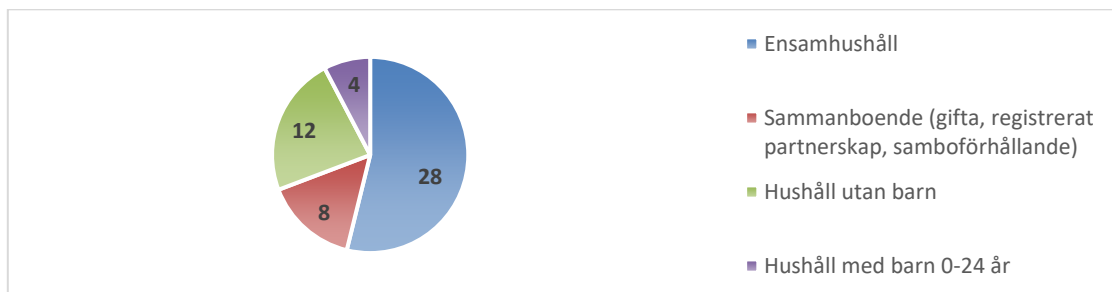


Det registrerades 20 kvinnor och 19 män.



Uppgifter om hushållstyp

På frågan om hushållstyp registrerades 39 svar. Det registrerades 20 ensamhushåll, sju ensamhushåll utan barn och ett ensamhushåll med barn, det registrerades tre sammanboende, två sammanboende med barn och tre sammanboende utan barn. Det registrerades också två hushåll utan barn och ett hushåll med barn. Sammantaget lämnades svar om 28 ensamhushåll, åtta sammanboende, 12 hushåll utan barn samt fyra hushåll med barn.



Ensamhushåll = 28

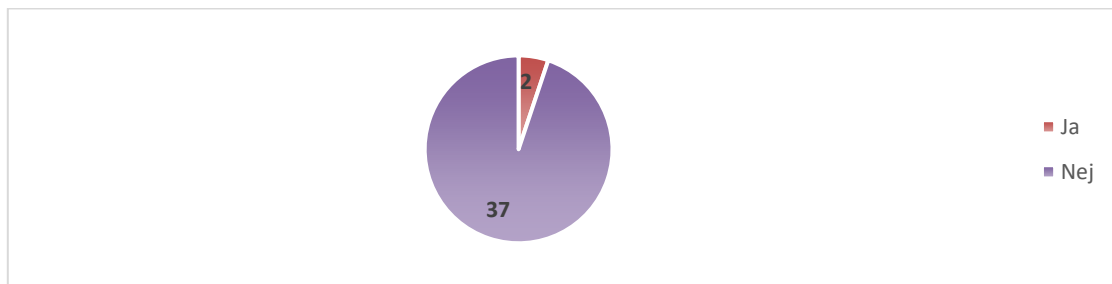
Sammanboende (gifta, registrerat partnerskap) = 8

Hushåll utan barn = 12

Hushåll med barn 0 - 24 år = 4

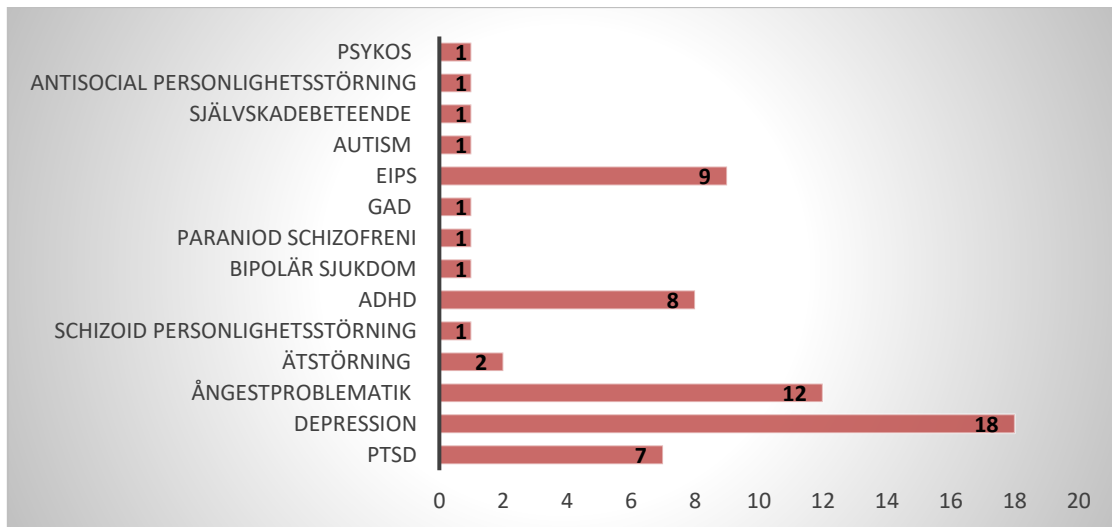
Behov tolk

På frågan om tolk registrerades två svar om behov av tolk. Ett svar om tolk på kroatiska och ett svar där inget var registrerat



Psykisk sjukdom (diagnos)

På frågan om psykisk sjukdom registrerades 37 svar och de två vanligaste diagnoserna var depression och ångestproblematik. Mer än hälften av svarande uppgav två eller fler diagnoser.



EIPS= Emotionellt instabilt personlighetssyndrom

GAD= generaliserat ångestsyndrom

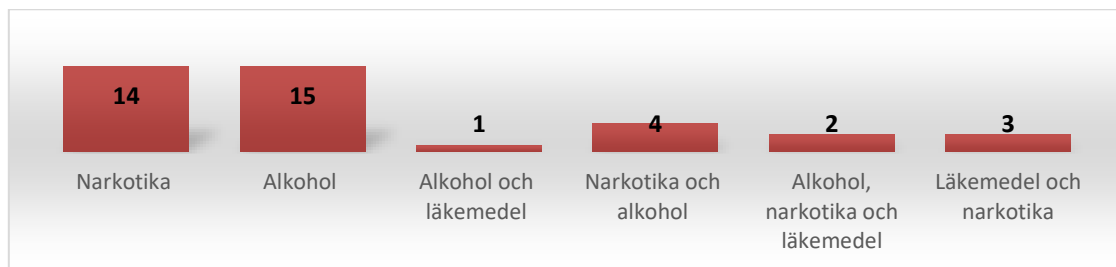
Funktionsnedsättning/variation, kort beskrivning

På frågan om funktionsnedsättning/variation registrerades 34 svar.

1. Missbrukare, kriminell sedan tonåren, depression, ptsd
2. Panikattacker, PTSD, barndomstrauma
3. Traumatiserad, deprimerad
4. Depression, fysiska begränsningar
5. Viktminskning, sömnstörning
6. Hetsätning, frånvaro vid sysselsättning
7. Sömnstörning, viktminskning, panikångest
8. Svårigheter att ha dagliga rutiner, sköta personlig hygien, passa tider, viktminskning
9. Kontakt med psykiatri sedan tonåren, svår uppväxt, står långt från arbetsmarknaden och har haft stöd från socialtjänsten i många år på grund av missbruk, ekonomiska problem samt psykiatrisk sjukdomsbild
10. Depression sedan något år tillbaka med inslag av hot om suicidförsök, alkoholmissbruk, svårigheter att hantera sina känslor
11. Social problematik med tidig debut i alkoholmissbruk. Svårigheter i relationer till andra. Barn omhändertagna. Vräkt från egen lägenhet. Stödinsatser från Burlövs kommun sedan många år tillbaka.
12. Svårt påbörja samt avsluta aktiviteter
13. Kraftigt ångestpåverkad, svårt med känslor
14. Självskada
15. Starkt ångestpåverkad, mardrömmar
16. Behöver allt stöd i vardagen (får stöd av sin mamma och sina systrar)
17. Svårt med känslor
18. Exekutiva funktioner nedsatta
19. Svårt med känsloreglering, ångestproblematik
20. Nedsatta exekutiva funktioner
21. Humörsvängningar, minnessvårigheter, svårt att fokusera
22. Ingen struktur, minnessvårigheter, impulsstörning
23. Humörsvängningar, djup depression, ångestproblematik, svårt att förstå socialt samspel, svårt att förstå information
24. Mycket nedstämd, svårigheter i sociala sammanhang, utmattning
25. Humörsvängningar, impulsstörning, destruktiva tankar
26. Humörsvängningar, svårt att förstå i sociala kontakter, svart-vitt tankesätt
27. PTSD
28. Nedsatt förmåga att härbärgera egna känslor, skapa struktur, ha rutiner
29. Svårt komma i gång med saker, svårt komma i tid
30. Ångest som påverkar vardagen
31. Röstpåverkad, introvert
32. Svårt att gå ut själv, svårt att på egen hand ta sig till ställen, svårt följa planeringen, väldigt röstpåverkad
33. Röster, styrd av känslor
34. Svårt styra känslor, gränslös

Missbruksdiagnos (alkohol, läkemedel, narkotika)

På frågan om missbruksdiagnos registrerades 39 svar. 15 svar om enbart alkohol, 14 svar om enbart narkotika samt 10 svar om någon form av blandmissbruk.



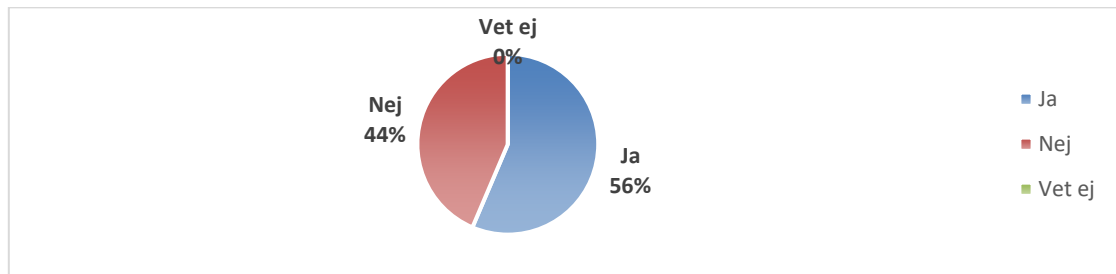
Olika slags narkotikapreparat

1. Kokain
2. Amfetamin
3. Cannabis/Marijuana
4. Heroin
5. Tramadol
6. Besodiazepiner
7. Opiater/opioder
8. Övriga läkemedel

B. Vård och stöd

Läkemedelsbehandling

På frågan om läkemedelsbehandling registrerades 39 svar. Det registrerades 22 svar (56 %) om behandling och 17 svar (44 %) om icke läkemedelsbehandling.



Vilken behandling

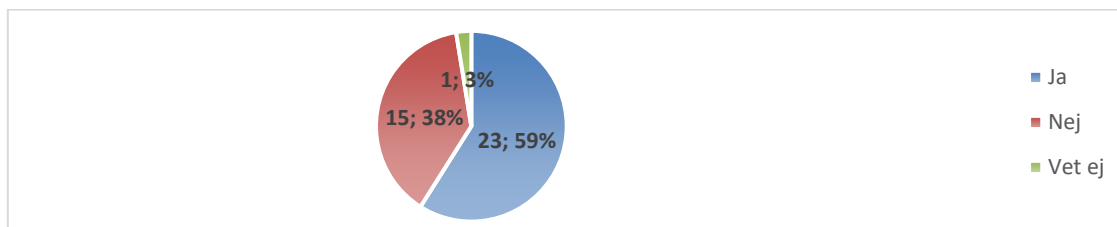
Det registrerades 22 svar om någon form av medicinsk behandling, det registrerades att en person inte var drogfri och därför inte kunde få någon läkemedelsbehandling. Ett svar avsåg behandling från kriminalvården.

1. Kriminalvårdens behandling
2. Antidepressiv medicin
3. Antidepressiv medicin
4. Antidepressiv medicin
5. Antabus
6. Inhalator för fysisk åkomma
7. Läkemedel mot psykiatrisk sjukdom, antabus mot alkoholsug. Oro finns att kvinnan inte sköter sin mediciner optimalt och att den psykiska sjukdomen därför inte är optimalt behandlad
8. Antidepressiv behandling
9. Antidepressiv läkemedelsbehandling, svarat mycket bra på denna
10. LARO subutex
11. Antidepressiva, sömn, lugnande
12. Ångstdämpande
13. Pågående missbruk, inga mediciner om inte drogfri

14. LARO-behandling med subutex
15. Medicin via DBT-teamet, FACT, Lund
16. Medicinering med neuroleptika, stämningsstabiliserande, sömnmedicin, lugnande krampskydd via psykiatrisk öppenvårdsmottagning Lund
17. Klient har mediciner för ångest (bensodiazepiner) samt sömnmedicin
18. Metadon
19. Sömnmedel
20. Antipsykotiskt
21. Antipsykotiskt
22. Sömn, ångest, röst, sug
23. Sug, antidepressiv, ångest
24. PÖM

Psykologisk och psykosocialbehandling

På frågan om psykologisk och psykosocialbehandling registrerades 39 svar. Det registrerades 23 svar (59 %) om någon form av psykologisk och psykosocialbehandling och 15 svar (38%) om att ingen psykologisk och psykosocialbehandling förekom och i ett svar registrerades att det inte var känt.



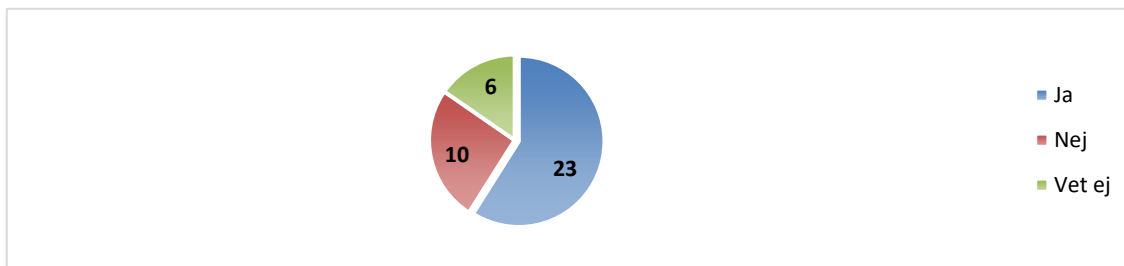
Vilken behandling och metod?

På frågan om behandling och metod så registrerades 27 svar där någon form av behandling var pågående eller där personen stod i kö till behandling. För fem personer gick det inte att utläsa av svaret om det pågick behandling.

1. Kriminellas återanpassning el liknande
2. KBT samt EMDR
3. Samtal samt Mindfulness
4. Stödsamtal samt läkare
5. Stödsamtal
6. Stödsamtal
7. KBT
8. Remiss till psykiatrisk öppenvård för bedömning/utredning
9. Stödsamtal. Hjälpt med myndighetskontakter
10. Kontakt med kurator inom vuxen psykiatri i Lund, psykosmottagningen
11. Planer fanns på att påbörja terapeutisk behandling inom PÖM, men avbröts av inläggning på behandlingshem
12. PÖM i Arlööv
13. Samtal PÖM och öppenvården
14. Beroendemottagningen
15. FACT (remiss skickad)
16. Väntar PTSD behandling, bor stödboende
17. Kontinuerliga möten på psykosmottagningen samt med öppenvården
18. LARO behandling med psykolog
19. Maria mellersta, magnolian öppenvården
20. DBT-behandling i öppenvård
21. Klient har tidigare goda erfarenheter av KBT, önskar KBT på nytt men har ej remitterats till sådan
22. Står sedan ca 1 år i kö till PTSD-behandling
23. Psykosocial behandling i form av coach i vardagen på stödboende
24. Ska kontakta Maria mottagningen
25. NIP teamet i Lund
26. Psykosmottagning
27. Samtal PÖM

Sociala stödinsatser

På frågan om sociala stödinsatser registrerades 23 svar med insatser, 10 med inga insatser och sex svar där det inte var känt om insatser var aktuella.



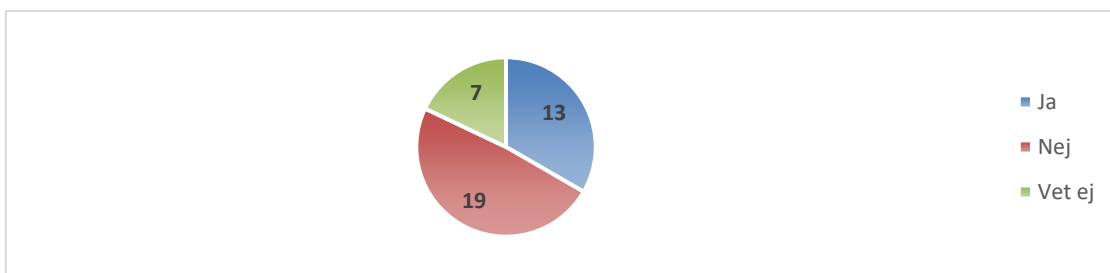
Vilka insatser?

På frågan om vilka insatser som var aktuella registrerades tre svar med heldygnsvård/institutionsvård/behandlingshem och övriga angav någon form av boendestöd och öppenvård.

1. Boendestöd, kontakt med vuxenhandläggare för sin bostad och för sitt missbruk, svårt att få till fungerande stöd
2. Boendestöd
3. Bor på boende med heldygnsvård sedan flera år tillbaka
4. Boendestöd
5. Öppenvård
6. Behandlingshem
7. Öppenvård
8. Boendestöd i stödboende
9. Stödboende med boendestöd
10. Boendestöd i stödboende
11. Dagvårdsbehandling samt stödboende
12. Boendeplacering i träningslägenhet, boendestöd
13. Boendestöd
14. Boendestöd samt träningslägenhet via kommunen
15. Klient har behandling för alkoholmissbruk i form av strukturerad öppenvård
16. Behandling för missbruk i form av institutionsvistelse
17. Tidigare behandling för missbruk i form av institutionsvård, nu stödboendeinsats
18. Stödboende
19. Magnolian
20. Öppenvård
21. Stödboende
22. Öppenvård
23. BS, Magnolian

Integrerad behandlingsmetod av hälso- och sjukvården och socialtjänsten

På frågan om det förekom integrerad behandlingsmetod av hälso- och sjukvården och socialtjänsten registrerades 39 svar. 13 svar (33 %) med någon form av integrerad behandlingsmetod, 19 svar (49 %) med ingen form av integrerad behandlingsmetod och sju svar (18 %) där det inte var känt om någon form av integrerad behandlingsmetod gavs.



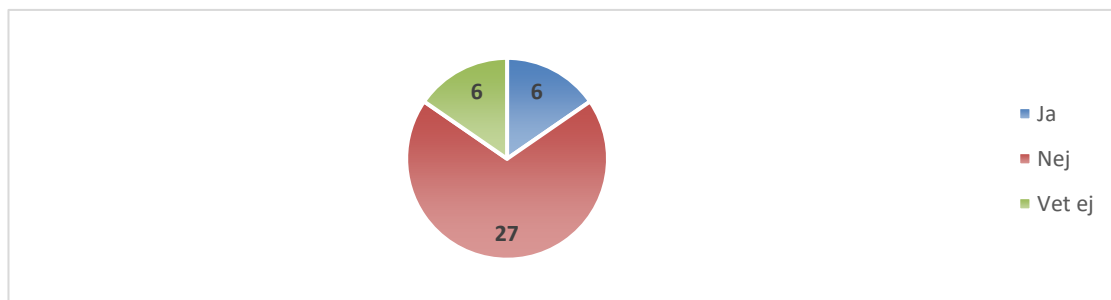
Vilken behandling och insats?

På frågan om vilken behandling och insats registrerades 12 svar.

1. Även Magnolia
2. Stödsamtal, boendestöd, behandlingshem
3. Öppenvård, samtal på PÖM
4. Gemensamma möten, SIP
5. Gemensamma möten
6. Maria mellersta
7. Via stödboende öppenvård
8. Behandling för missbruk
9. Stödsamtal på sin mottagning samt behandling för missbruk
10. Stödsamtal på mottagning samt behandling för missbruk
11. Stödsamtal på mottagning samt behandling för missbruk
12. Metadonbehandling genom LARO-mottagningen samt behandling via socialtjänsten

Kontakt med kriminalvården

På frågan om kontakt fanns med kriminalvården registrerades 39 svar. Sex svar (15 %) angav kontakt med kriminalvården, 27 svar (69 %) angav ingen kontakt med kriminalvården och i sex svar (15 %) var det inte känt om det fanns kontakt med kriminalvården.



C. Behov av stödinsatser i det dagliga livet

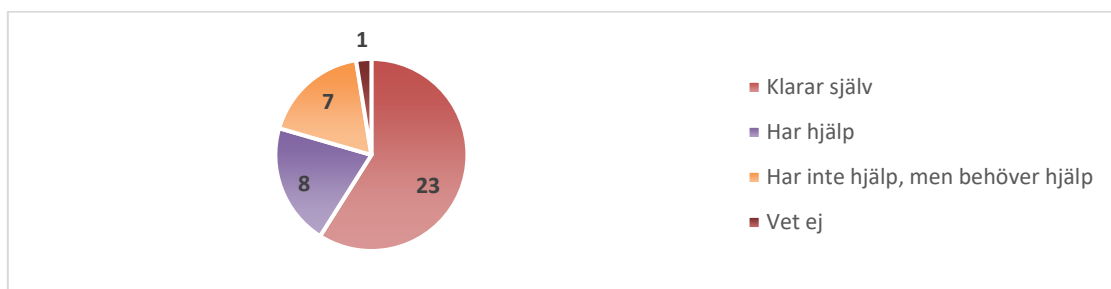
För att i så hög grad som möjligt få fram en likvärdig bedömning av vilket behov av stöd i det dagliga livet som de aktuella personerna hade, så har frågor ställts rörande de nio (9) livsområdena inom ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).

Det var inte graden på svårigheten som efterfrågades utan endast en bedömning av om det fanns ett behov eller inte.

Livsområde 1.

Lärande och att tillämpa kunskap; tillämpning av kunskap som är inlärd, tänkande, problemlösning och beslutsfattande

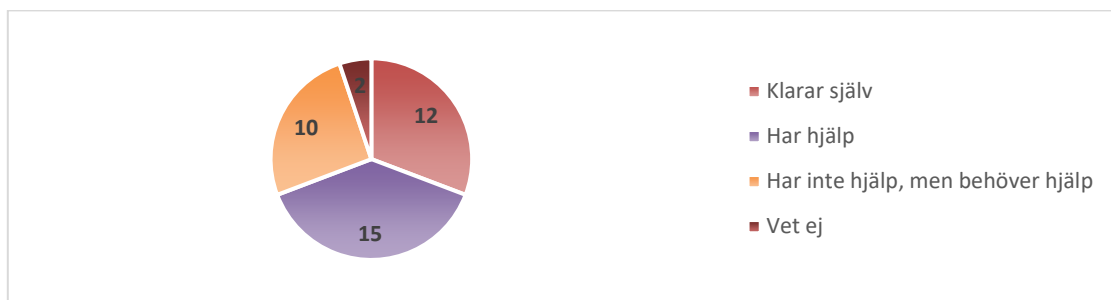
För livsområde 1 registrerades 39 svar, där det i 23 svar (60 %) angavs att de bedömdes klara sig själv, åtta (21 %) hade hjälp, sju (18 %) hade inte hjälp men bedömdes behöva hjälp. I ett svar registrerades vet ej.



Livsområde 2.

Allmänna uppgifter och krav; genomföra uppgifter, organisera och att hantera stress

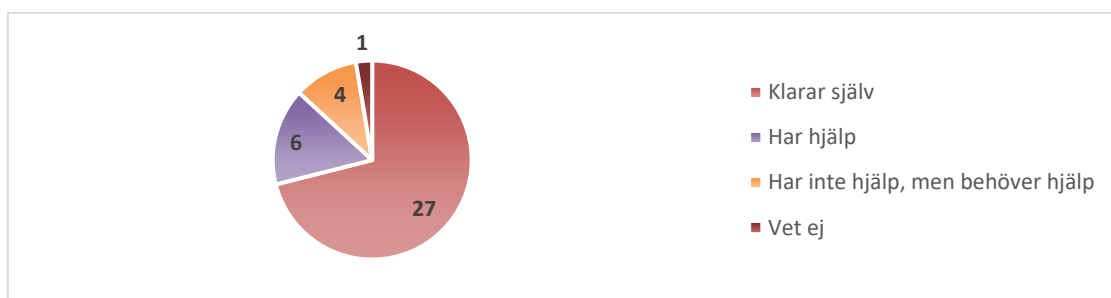
För livsområde 2 registrerades 39 svar, där det i 12 svar (31 %) angavs att de bedömdes klara sig själv, 15 (38 %) hade hjälp, tio (26 %) hade inte hjälp men bedömdes behöva hjälp. I två svar registrerades vet ej.



Livsområde 3.

Kommunikation; språk, tecken och symboler som innebär att ta emot och förmedla budskap, att genomföra samtal och att använda kommunikationsmetoder och kommunikationshjälpmedel

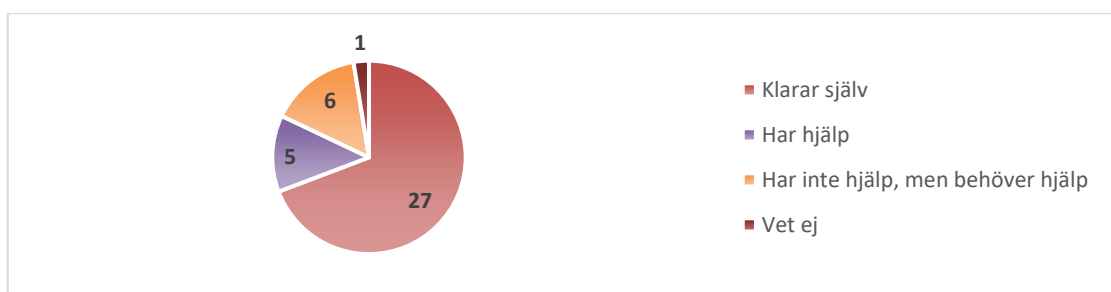
För livsområde 3 registrerades 38 svar, där det i 27 svar (71 %) angavs att de bedömdes klara sig själv, 6 (16 %) hade hjälp, fyra (11 %) hade inte hjälp men bedömdes behöva hjälp. I ett svar registrerades vet ej.



Livsområde 4.

Förflyttning, röra sig, förflytta sig från en plats till en annan och att använda olika former av transportmedel

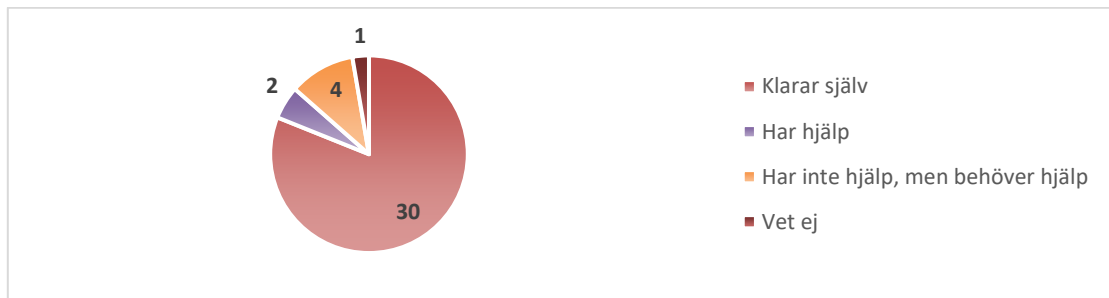
För livsområde 4 registrerades 39 svar, där det i 27 svar (69 %) angavs att de bedömdes klara sig själv, 5 (13 %) hade hjälp, fem (13 %) hade inte hjälp men bedömdes behöva hjälp. I ett svar registrerades vet ej.



Livsområde 5.

Personlig vård; klara att ta hand om sin kropp, hålla sig ren, att äta och dricka och att sköta sin egen hälsa

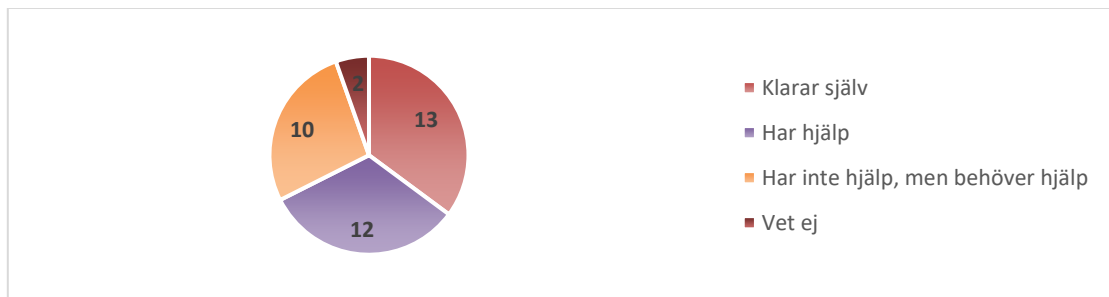
För livsområde 5 registrerades 37 svar, där det i 30 svar (81 %) angavs att de bedömdes klara sig själv, 2 (5 %) hade hjälp, fyra (11 %) hade inte hjälp men bedömdes behöva hjälp. I ett svar registrerades vet ej.



Livsområde 6.

Hemliv; utföra husliga och dagliga sysslor och uppgifter. Skaffa bostad, mat, kläder och andra förnödenheter, hålla rent, reparera och ta hand om personliga och andra hushållsföremål samt att hjälpa andra

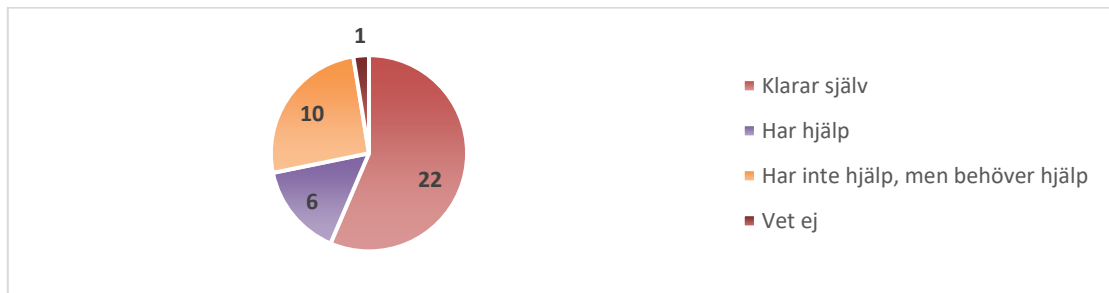
För livsområde 6 registrerades 37 svar där det i 13 svar (35 %) angavs att de bedömdes klara sig själv, 12 (32 %) hade hjälp, 10 (27 %) hade inte hjälp men bedömdes behöva hjälp. I två svar registrerades vet ej.



Livsområde 7.

Mellanmänskliga interaktioner och relationer; genomföra handlingar och uppgifter som behövs för grundläggande och sammansatta interaktioner med människor (okända, vänner, släktingar, familjemedlemmar och andra närstående) på ett i sammanhanget lämpligt och socialt passande sätt

För livsområde 7 registrerades 39 svar där det i 22 svar (56 %) angavs att de bedömdes klara sig själv, 6 (15 %) hade hjälp, 10 (26 %) hade inte hjälp men bedömdes behöva hjälp. I ett svar registrerades vet ej.



Livsområde 8.

Viktiga livsområden; om att engagera sig och utföra uppgifter och handlingar som krävs vid utbildning, arbete, anställning och ekonomiska transaktioner

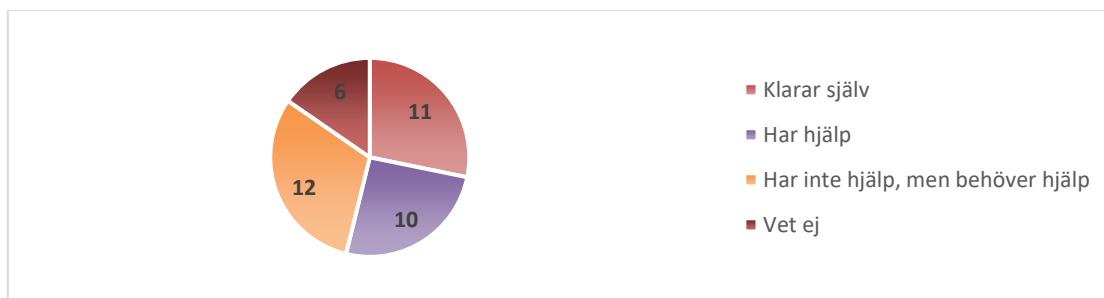
För livsområde 8 registrerades 39 svar, där det i 17 svar (44 %) angavs att de bedömdes klara sig själv, 9 (23 %) hade hjälp, 11 (28 %) hade inte hjälp men bedömdes behöva hjälp. I två svar registrerades vet ej.



Livsområde 9.

Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv; om de handlingar och uppgifter som krävs för att engagera sig i organiserat socialt liv utanför familjen

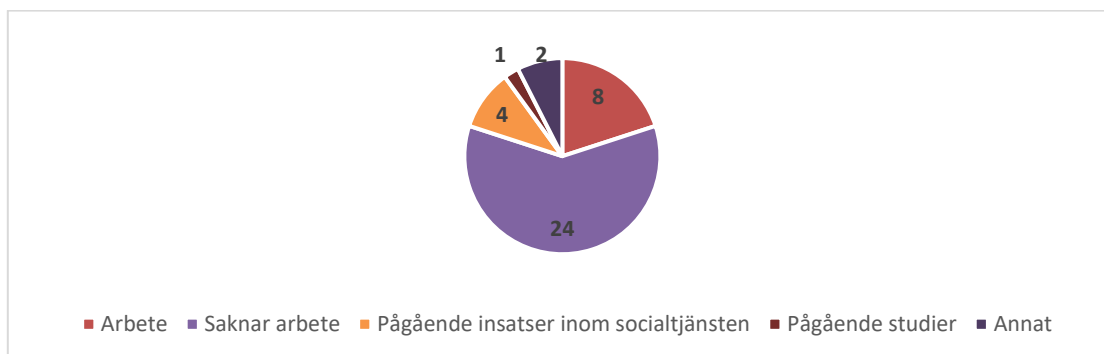
För livsområde 9 registrerades 39 svar, där det i 11 svar (28 %) angavs att de bedömdes klara sig själv, 10 (26 %) hade hjälp, 12 (31 %) hade inte hjälp men bedömdes behöva hjälp. I sex svar registrerades vet ej.



D. Arbete, boende och försörjning

Arbete/sysselsättning

På frågan om arbete/sysselsättning registrerades 39 svar, där det i åtta svar (21 %) angavs att de hade arbete, 24 (62 %) saknade arbete/sysselsättning, fyra (10 %) hade pågående insatser, två (5 %) hade annat och i ett svar registrerades om pågående studier.



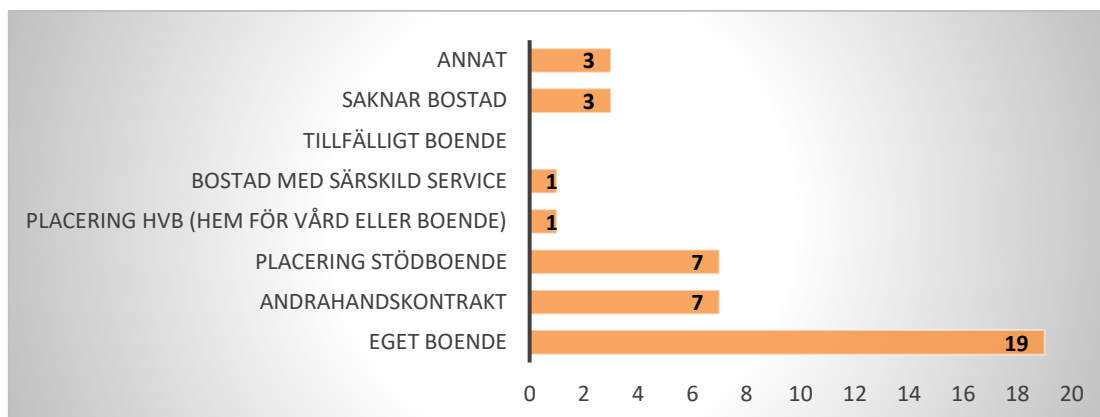
På frågan om vad *annat* skulle kunna vara inkom fem svar:

1. Är sjukskriven från arbete sedan mer än ett år tillbaka
2. Behandlingshem
3. Aktivitetsersättning

4. Sjukskriven från arbete
5. Sjukersättning

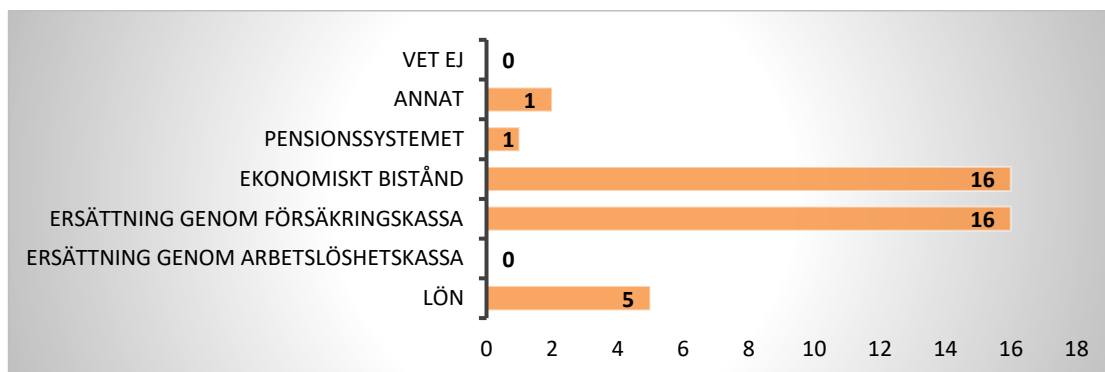
Boende

Av 39 registrerade svar angavs att 19 (49 %) hade ett eget boende, sju (18 %) hade ett andra handskontrakt och sju (18 %) hade någon form av stödboende. Två personer registrerades två gånger, med placering i HVB och stödboende och samtidigt registrerades saknad av egen bostad.



Ekonomiskt liv

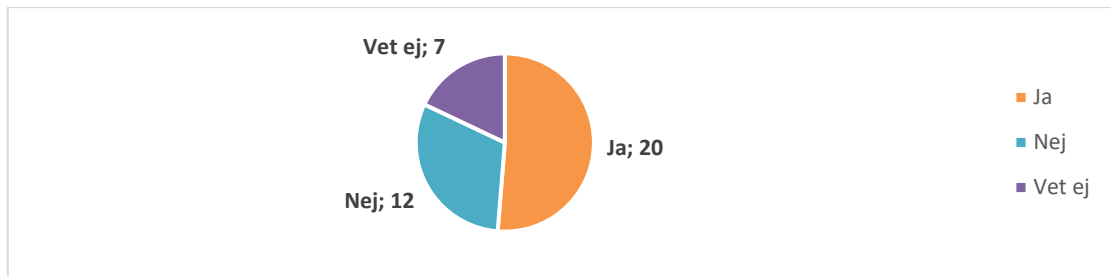
Av 39 registrerade svar angavs fem (13 %) ha lön, 16 (41 %) hade ekonomiskt bistånd, 16 (41 %) hade ersättning genom Försäkringskassan, det angavs att en hade ersättning genom pensionsystemet och en angavs ha annat.



E. Samverkan

Finns samverkan med andra myndigheter och vårdgivare i det aktuella ärendet?

Av 39 registrerade svar angavs att i 20 ärenden (51 %) fanns en form utav samverkan. I 12 (31 %) ärenden uppgavs att det inte fanns samverkan och i sju ärenden (18 %) angavs att det inte var känt om det fanns samverkan.

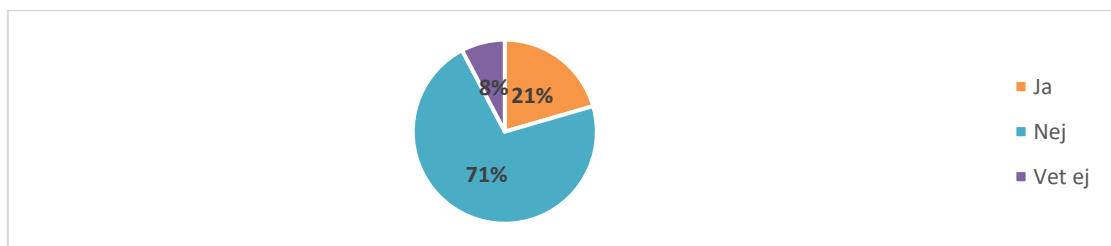


På frågan beskriv på vilket sätt inkom 15 svar:

1. Behövs och ska initieras. Samverkan finns inom socialförvaltningen
2. Vistas just nu på behandlingshem. Planering är påbörjad för utskrivning med stöd
3. Informationsutbyte, tjänstemannamöte
4. Samverkan
5. Försörjning, PÖM i Arlov samt öppenvård
6. Gemensamma möte
7. Stödboende
8. Haft gemensamma planeringar med psykiatrin
9. Nu placerad på skyddat boende på grund av familjefrid. Tidigare haft gemensam plan med psykiatrin
10. Samverkan med LARO Solstenen
11. Gemensam plan under och efter behandlingshemsvistelse. Samverkan mellan socialpsykiatri, missbruk och DBT-teamet
12. Planering med frivård och sjukvård (Laro-mottagning) samt primärvård
13. NIP teamet i Lund
14. Psykos
15. Beroendemottagning

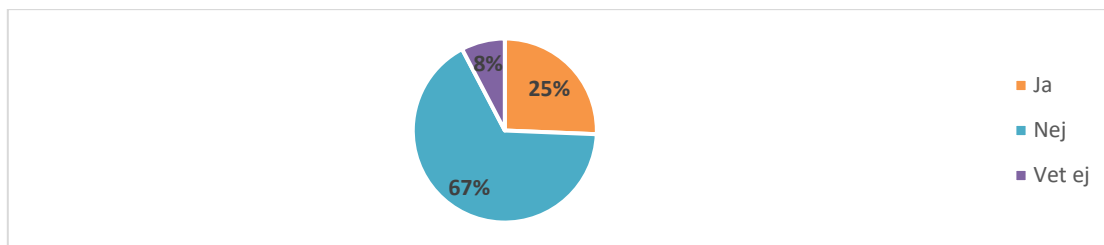
Finns det en aktuell samordnad individuell plan (SIP). Med aktuell menas upprättad inom 12 månader?

På frågan om aktuell SIP registrades 39 svar. Det angavs att åtta (21 %) hade en aktuell SIP, 28 (71 %) hade inte en aktuell SIP och i tre svar (8 %) registrerades att det inte var känt om det fanns en aktuell SIP.



Finns det ett bestämt datum för uppföljning av SIP?

På frågan om det fanns ett bestämt datum för uppföljning av SIP registrerades 39 svar. 10 (25 %) hade ett datum för uppföljning, 26 (67 %) hade inte ett datum för uppföljning och i tre svar (8 %) var det inte känt om det fanns ett datum för uppföljning.



Metoddiskussion

Det fanns ett klart syfte för att göra en kartläggning och undersöka antalet individer i Burlövs kommun som hade en samsjuklighetsdiagnos. Målet var att genom kartläggningen få fram antal aktuella personer med behov av insatser och som det var svårigheter att samverka kring.

Till följd av Coronapandemin med hög arbetsbelastning och omprioriteringar kunde verksamheterna inte prioritera deltagandet i projektet och en av de tre parterna, Psykiatriska Öppenvården har av denna anledning överhuvudtaget inte deltagit i kartläggningen. Projektet har också pausats under perioder och under sommaren. Den uppgjorda tidsplanen har blivit framflyttad och insamlingen av enkäter sträcker sig från mars till mitten av oktober. Till följd av svårigheter med insamlingen gjordes inte heller några uppföljande intervjuer. Efter övervägande togs beslut att ändå avsluta kartläggningen och redovisa resultatet från deltagande verksamheter, Individ- och familjeomsorgen och Vårdcentralen i Arlööv.

Frågorna i enkäten var till största del strukturerade men innehöll även frågor med möjlighet att svara i löpande text. De öppna frågorna har visat sig vara svåra att redovisa i resultatsammanställningen. Och valet gjordes att redovisa dem löpande så som de är beskrivna i svaren.

Resultatdiskussion

Sammantaget omfattade kartläggningen uppgifter från 39 insamlade enkäter. Socialtjänsten registrerade 30 enkäter rörande 30 individuella personer. Vårdcentralen registrerade nio enkäter rörande nio individuella personer. Vid jämförelse av data från enkäterna framgår att ingen av de nio som vårdcentralen registrerade också var registrerade av socialtjänsten. Resultatet av kartläggningen omfattade således en grupp om 39 individer.

Det låga antalet inkomna enkäter och det faktum att Psykiatriska Öppenvården inte deltagit i datainsamlingen öppnar frågeställningen huruvida kartläggningen är representativ för målgruppen. Och i så fall hur många och vilka blev exkluderade. Detta går inte att kontrollera vilket gör det svårt att dra några slutsatser om Burlövs kommuns totala målgrupp, storlek och behov. De behov som har påvisats bland dem som har inkluderats i kartläggningen kan däremot anses vara relevanta och tillförlitliga men inte nödvändigtvis vara gällande för den totala målgruppen.

Referenser

Hälsa- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet

Kommittédirektiv (2020:68). Socialdepartementet

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Socialstyrelsen 2019

Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Stockholm: Socialdepartementet

BILAGA 1

Kartläggning kring insatser vid samsjuklighet

I Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2019, s 56 definierar Socialstyrelsen samsjuklighet. "Med samsjuklighet menas här att en person samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för missbruk eller beroende och för någon annan form av psykisk störning".

Målgruppen är vuxna personer från 18 år och uppåt folkbokförda i Burlövs kommun med samsjuklighetsproblematik.

Enkäten är individuell, fyll i en enkät för varje brukare och patient som är aktuell.

Avsnitt 1

Namn, e-post och arbetsställe

Vem är du som svarar på enkäten? Enkäten riktar sig till flera olika professioner och arbetsställe.

1.Namn:

2.E-post:

3.Myndighet/Verksamhet

Avsnitt 2

Brukare/patient

Inventeringen kommer endast presenteras på gruppnivå och resultatet kommer inte att vara underlag för någon form av personregister. För att minimera risken av spårbarhet lämnas endast personuppgifter om vilket år brukaren och patienten är född. Vissa frågor är obligatoriska och i vissa frågor kan du ge mer än ett svarsalternativ.

4.Uppgifter om brukare/patient: ÅÅÅÅ (år)

5.Uppgifter om brukare/patient:

- Man
- Kvinna
- Annat

6.Hushåll (ange minst två svar)

- Ensamhushåll
- Sammanboende (gifta, registrerat partnerskap, samboförhållande)
- Hushåll utan barn
- Hushåll med barn 0–24 år

7.Behöver tolk

- Ja
- Nej

8.Vilket språk

9.Psykisk sjukdom (diagnos)

10.Funktionsnedsättning/variation, kort beskrivning

11.Misbruksdiagnos (alkohol, narkotika och läkemedel)

Avsnitt 3

Vård och stöd

12.Läkemedelsbehandling

- Ja

Nej

Vet ej

13.Vilken behandling

14.Psykologisk och psykosocial behandling

Ja

Nej

Vet ej

15.Vilken behandling och metod?

16.Sociala stödinsatser

Ja

Nej

Vet ej

17.Vilka insatser?

18.Integrerad behandlingsmetod, samtidigt av hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Ja

Nej

Vet ej

19.Vilken behandling och insats

20. Kontakt med kriminalvården

- Ja
- Nej
- Vet ej

Avsnitt 4

Behov av stödinsatser i det dagliga livet

I följande frågor anges om det finns behov av stödinsatser i det dagliga livet. Tänk på att det inte är graden på svårigheten som efterfrågas utan endast om du bedömer att det finns ett behov eller inte. Frågorna rör de nio (9) livsområdena inom ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).

21. Livsområde 1. Lärande och att tillämpa kunskap lärande; tillämpning av kunskap som är inlärd, tänkande, problemlösning och beslutsfattande.

- Klarar själv
- Har hjälp
- Har inte hjälp, men behöver hjälp
- Vet ej

22. Livsområde 2. Allmänna uppgifter och krav; genomföra uppgifter, organisera och att hantera stress.

- Klarar själv
- Har hjälp
- Har inte hjälp, men behöver hjälp
- Vet ej

23. Livsområde 3. Kommunikation; språk, tecken och symboler som innebär att ta emot och förmedla budskap, att genomföra samtal och att använda kommunikationsmetoder och kommunikationshjälpmedel.

- Klarar själv
- Har hjälp
- Har inte hjälp, men behöver hjälp
- Vet ej

24.Livsområde 4. Förflyttning, röra sig, förflytta sig från en plats till en annan och att använda olika former av transportmedel.

- Klarar själv
- Har hjälp
- Har inte hjälp, men behöver hjälp
- Vet ej

25.Livsområde 5. Personlig vård; klara att ta hand om sin kropp, hålla sig ren, att äta och dricka och att sköta sin egen hälsa.

- Klarar själv
- Har hjälp
- Har inte hjälp, men behöver hjälp
- Vet ej

26.Livsområde 6. Hemliv; utföra husliga och dagliga sysslor och uppgifter. Skaffa bostad, mat, kläder och andra förnödenheter, hålla rent, reparera och ta hand om personliga och andra hushållsföremål samt att hjälpa andra.

- Klarar själv
- Har hjälp
- Har inte hjälp, men behöver hjälp
- Vet ej

27.Livsområde 7. Mellanmänskliga interaktioner och relationer; genomföra handlingar och uppgifter som behövs för grundläggande och sammansatta interaktioner med människor (okända, vänner, släktingar, familjemedlemmar och andra närstående) på ett i sammanhanget lämpligt och socialt passande sätt.

- Klarar själv
- Har hjälp
- Har inte hjälp, men behöver hjälp
- Vet ej

28.Livsområde 8. Viktiga livsområden; om att engagera sig och utföra uppgifter och handlingar som krävs vid utbildning, arbete, anställning och ekonomiska transaktioner.

- Klarar själv
- Har hjälp
- Har inte hjälp, men behöver hjälp
- Vet ej

29.Livsområde 9. Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv; om de handlingar och uppgifter som krävs för att engagera sig i organiserat socialt liv utanför familjen.

- Klarar själv
- Har hjälp
- Har inte hjälp, men behöver hjälp
- Vet ej

Avsnitt 5

Arbete och försörjning

30.Arbete/sysselsättning

- Arbete
- Saknar arbete
- Pågående insatser inom socialtjänsten
- Pågående studier
- Annat

31.Ge exempel på vad annat skulle kunna vara

32.Boende

- Eget boende
- Andrahandskontrakt
- Placering stödboende
- Placering HVB (Hem för vård eller boende)
- Bostad med särskild service
- Tillfälligt boende
- Saknar bostad
- Annat

33. Ekonomiskt liv

- Lön
- Ersättning genom Arbetslöshetskassa
- Ersättning genom Försäkringskassa
- Ekonomiskt bistånd
- Pensionssystemet
- Annat
- Vet ej

34. Finns samverkan med andra myndigheter och vårdgivare i det aktuella ärendet?

- Ja
- Nej
- Vet ej

35. Om ja, beskriv på vilket sätt

36. Finns det en aktuell samordnad individuell plan (SIP). Med aktuell menas upprättad inom 12 månader

- Ja
- Nej
- Vet ej

37. Finns det ett bestämt datum för uppföljning av SIP

- Ja
- Nej
- Vet ej