

Kartläggning av resurser och insatser för personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

Författare:

Jansson Lena

Motala Kommun

Nordlander Malin

Psykatri och habiliteringsenheten

NSV, Landstinget i Östergötland

Datum: 2009-12-31 Mjölby-Motala

Innehåll

| | |
|---|----|
| Sammanfattning | 3 |
| 1.1 Samverkan..... | 4 |
| 1.2 Rehabilitering/habilitering | 5 |
| 1.3 Beskrivning av psykiska tillstånd | 6 |
| 1.4 Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF)..... | 6 |
| 1.5 Bemötande och stöd..... | 13 |
| 1.6 Beskrivning av aktörerna. | 14 |
| 2 Syfte | 19 |
| 3 Metod | 20 |
| 3.1 Undersökningsgrupp..... | 20 |
| 3.2 Procedur / Design | 20 |
| 3.3 Analys av data | 21 |
| 4 Resultatredovisning | 21 |
| 4.1 Kvantitativ data..... | 21 |
| 4.2 Kvalitativ data | 23 |
| 4.3 Sammanfattning av resultat..... | 27 |
| 5 Diskussion | 28 |
| 5.1 Metoddiskussion..... | 28 |
| 5.2 Resultatdiskussion/Vidare forskning | 30 |
| Referenser: | 38 |

Sammanfattning

Neuropsykiatriska funktionshinder (NPF) har blivit allt mer synligt i vårt samhälle. De vanligaste diagnoserna är ADHD, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom samt Autism. Svårigheterna innebär att styra och planera handlandet över tid och behov av hjälp är olika. Syftet är att undersöka aktörernas uppfattning gällande kunskap samt uppfatta hur stor målgruppen är. De ska även beskriva det stöd/insatser som ges, vad som saknas och bättre kan samordnas. Målgruppen är personer med misstänkt eller diagnostiserad NPF mellan 18-65 år. Personerna som besvarade frågeenkäten var 57 st. Resultatet visar att det finns ett misstänkt mörkertal gällande personer med ett outrett NPF och många aktörer kommer i kontakt med både misstänkt och utredd NPF. Behoven kan inte tillgodoses genom insatser som ges och det saknas rutiner, tydlighet gällande samverkan samt kunskap om NPF. Författarna menar att ett vidare projekt på högre nivå i samarbete med universitet skulle kunna kartlägga förbättringsmöjligheterna. Ökad kunskap genom ärendehandledning och arbetsterapi skulle kompetens- och kvalitetsutveckla metoderna. En utredning kan leda till att individen får svar på sina frågor och en ökad förståelse, acceptans av sig själv och från andra. Då antalet utredda personer förefaller stort ställer författarna frågan hur man med dagens utredningsresurser ska kunna möta behovet och hur man på bästa sätt kan använda den kunskap som utredningen ger om individen för att sätta in rätt resurser.

Bakgrund

Gruppen personer med neuropsykiatrisk problematik har blivit allt mer synlig i vårt samhälle. I takt med en ökad kunskap och att allt fler blir utredda, får diagnos och/eller medvetna om sitt funktionshinder så framträder behovet av insatser. Idag finns det redan en del kunskap och insatser hos olika huvudmän men det saknas en tydlig samordning och helhetssyn. Det finns behov av att finna smidigare sätt att samverka från ökad kunskap kring frågorna till insatser som ökar den enskildes möjligheter till att fungera i samhället och få en ökad livskvalitet. Insatserna som personer med Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF) kan bli berättigade till kan vara av rehabiliterande eller habiliterande art, vilka sker i olika instanser och i olika former i samhället.

1.1 **Samverkan**

Inom rehabiliteringsområdet finns möjligheter att samordna rehabiliteringsinsatser genom så kallad finansiell samordning mellan olika huvudmän. Målet är att underlätta en effektiv resursanvändning och att kunna möta personer med komplex problematik och behov av samordnat stöd.

För att finansiell samordning ska kunna bedrivas krävs att Försäkringskassa, Arbetsförmedling, landsting och kommun deltar som samverkande parter. Den finansiella samordningen ska bedrivas genom ett fristående samordningsförbund där parterna är representerade. I västra Östergötland finns två samordningsförbund, Motala-Vadstena samordningsförbund samt Mjölby, Ödeshög och Boxholms samordningsförbund. Samordningsförbunden är en offentligrättslig juridisk person som har egen rättskapacitet. Målgruppen för finansiell samordning är personer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna med det primära syftet att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärsarbete. Ett annat viktigt syfte med finansiell samordning är att förhindra att människor hamnar i en gråzon eller rundgång mellan olika aktörer. De samverkande parterna behåller sitt ansvar för rehabilitering och stöd till enskilda personer. Samordningsförbunden kan med fördel användas för att bygga upp samverkansformer och för att bedriva verksamheter som saknas eller som kan överbrygga gapet mellan olika organisationers ordinarie uppdragsområde (Susam).

Enligt socialstyrelsen (2006) föreskrivs mer samverkan över myndighetsgränserna. Chefer ska tillstyrka samverkan, det vill säga på verksamhetsnivå.

Man ska ha en samsyn kring målet för samarbetet, det vill säga vårdkedjan. Målet måste utgå från patient, vårdtagare, klient, inte från myndigheternas perspektiv, ett första möte kan aldrig göras om. Detta gäller både mötet med patient och med samarbetspartner.

För att samverka och nå bäst effekt krävs att:

- huvudmannaskyldigheter är klara
- man har en gemensam vårdplan
- man har ha respekt och visar respekt för de andras profession/organisation.

Ju fler personer som är med i samverkan, desto viktigare är det att samsyn förekommer och att:

- man utgår från individens behov
- funktionsnedsättningens handikapp blir så lindriga som möjligt
- insatserna förstärker en positiv personlighetsutveckling hos berörd individ
- arbetsträning finns på olika nivåer
- personen inte märker av huvudmannagränser (Socialstyrelsen, 2006).

1.2 Rehabilitering/habilitering

Personer med en funktionsnedsättning kan behöva insatser från samhället för att utveckla och bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga, skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Dessa insatser kan innefatta rehabiliterande eller habiliterande åtgärder. Socialstyrelsens definition är att: tidigt, samordna insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatsen kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social eller teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om en målinriktad insats som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatsen fortsätter så länge personens behov kvarstår.

Skillnaden mellan rehabiliterande eller habiliterande åtgärder är att de habiliterande åtgärderna inriktas till personer med ett medfött eller tidigt förvärvat funktionsnedsättning, medans de rehabiliterande åtgärderna inriktas till personer med en förvärvat funktionsnedsättning. Åtgärderna ska utgå ifrån behovet och förutsättningarna och ska

utveckla, bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga samt skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (Socialstyrelsen 2006).

1.3 Beskrivning av psykiatriska tillstånd

Att inte kunna hantera sin vardag och uppleva delaktighet i livet är vanligt för många personer som har en psykisk störning. Störningen kan bli en funktionsnedsättning som påverkar och begränsar personens möjlighet till att vara självständig och uppnå livskvalitet.

Nationell psykiatrisamordning har utformat en definition av psykisk funktionsnedsättning:

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

Störningen eller tillståndet som personen befinner sig i ska uppfylla diagnostiska kriterier för att kunna räknas som ett psykiskt funktionshinder. Ett tillstånd som inräknas i diagnostiska kriterier är neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, ett annat är samsjuklighet mellan missbruk/beroende och annan störning ingår, s.k. ”dubbeldiagnoser”.

För att kunna kategorisera störningen eller tillståndet som personen befinner sig i används inom hälso- och sjukvården en manual, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). DSM-IV innefattar diagnoser och koder för alla psykiatriska störningar och tillstånd (Socialstyrelsen, 2006).

1.4 Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF)

Enligt Attention, Riksförbundet för människor med NPF, är de vanligaste neuropsykiatriska diagnoserna ADHD, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom samt Autism. NPF ger sig uttryck redan i barndomen och påverkar individens vardag i betydande grad. Det är viktigt att framhålla att dessa svårigheter inte växer bort, oftast handlar det om mognad och livserfarenhet som hjälper individen att hantera och kompensera för sina svårigheter. En av de största svårigheterna som vuxna med NPF har, är att styra och planera sitt handlande över tid för att nå ett mål. Många personer med NPF har svårigheter inom områden som:

- att reglera sin uppmärksamhet
- impulskontroll och aktivitetsnivå
- att samspela med andra människor
- inlärning och minne

-att uttrycka sig i tal och skrift

-att kontrollera motoriken

Detta är områden som de allra flesta människor kan ha vissa svårigheter inom men när de blir så betydande att de kraftigt påverkar en persons utveckling och möjlighet att fungera i sitt vardagsliv och i samhället blir det en funktionsnedsättning. Med NPF menas svårigheter som har sin grund i hur hjärnan arbetar och styr vårt beteende. Funktionerna som styr över vårt beteende eller våra handlingar finns i hjärnan och styrs med hjälp av de så kallade exekutiva funktionerna. Dessa funktioner hjälper oss att hålla fast vid våra mål, sortera bort det oväsentliga, samt att anstränga oss vid utförandet av aktiviteter. De gör även att vi kan ta hänsyn till regler och följa instruktioner. Arbetsminnet hör också till de exekutiva funktionerna. Med hjälp av arbetsminnet kan vi koppla ihop nuet med det som hänt och utifrån det planera framåt. Om arbetsminnet inte skulle fungera lever vi i nuet och får svårt att planera och/eller kontrollera vårt handlande, vilket leder till att det blir impulsen för ögonblicket som styr. Arbetsminnet ger även grunden för att vi ska få en uppfattning gällande tid. Om arbetsminnet inte fungerar får vi svårt att komma ihåg hur länge det brukar ta att genomföra en syssla, vilket leder till att det blir svårt att förbereda sig inför aktiviteten (Attention -riks).

Man vet idag att det finns en ärftlig benägenhet för NPF i vissa familjer. Andra riskfaktorer som ökar sannolikheten för att en person ska få NPF är påfrestningar under graviditet, förlossning eller i nyföddhetsperioden såsom för tidig födsel, näringsbrist i moderkakan eller tidig hjärnhinneinflammation. De flesta barn som har varit utsatta för någon riskfaktor utvecklas dock helt normalt.

NPF orsakas inte av uppväxtmiljön, men en ogynnsam omgivning gör att svårigheterna blir mer framträdande. Det samma gäller omvänt, en god miljö med förstående anhöriga, vänner, arbetskamrater, lärare mm kan underlätta och minska symtom.

Samsjuklighet är vanligt vid NPF och ofta utvecklas depression, det finns även en ökad risk för att hamna i missbruk eller beroende av alkohol och/eller droger. Funktionsnedsättningen är individuell och finns i större eller mindre grad. Gällande personer med ADHD bör medicinering avvägas då det finns stora problem trots adekvata anpassningsinsatser, för personer med AST finns det dock i nuläge ingen medicinering som hjälper mot grundproblemen (Socialstyrelsen, 2004).

1.4.1 Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (ADHD)

Enligt psykiater Kjell Modigh (föreläsning i Linköping 2006) beräknas ca 2% av Sveriges befolkning mellan 18-64 år uppfylla kriterierna för ADHD-diagnos. Då det i de fem kommunerna i västra Östergötland enligt SCB statistik (2008) finns ca 50000 personer mellan 18-64år, skulle det innebära att det finns ca 1000 vuxna personer med ADHD i området. ADHD är egentligen ett samlingsnamn som innefattar olika tillstånd vilka även kan kombineras med varandra.

Enligt DSM-IV finns det tre olika undergrupper av ADHD:

ADHD med i huvudsak *uppmärksamhetsstörning* (ADD)

ADHD med i huvudsak *hyperaktivitet/impulsivitet*

ADHD med en kombination av båda, dvs. *ADHD av kombinerad typ*.

Problembild, hjälpbehov och prognos skiljer sig en del mellan dessa grupper (Socialstyrelsen 2004).

Här följer en kort genomgång av DSM-IV-kriterierna för ADHD, alla behöver inte uppfyllas för diagnos.

Symtom på *uppmärksamhetsstörning*:

- a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbete, yrkesliv eller fritid
- b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter.
- c) verkar ofta inte lyssna på tilltal.
- d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter.
- e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter.
- f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet.
- g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter.
- h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli.

Symtom på *hyperaktivitet - impulsivitet*

- a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter och kan inte sitta still.
- b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund.
- c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan det vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet).
- d) har ofta svårt att utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla.

- e) verkar vara på språng eller gå på högvarv.
- f) pratar ofta överdrivet mycket.
- g) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt.
- h) har ofta svårt att vänta på sin tur.
- i) är ofta glömsk i det dagliga livet.
- j) avbryter eller inkräktar ofta på andra (Mini-D IV, 2002).

Enligt socialstyrelsens vägledningsdokument för vuxna med ADHD beskrivs svårigheter som är vanliga hos vuxna men inte räknas som kriterier:

Förhalande – ex. obetalda hyror som kan drabba hela familjen

Snabba svängningar i humöret – påfrestande för alla

Relationsproblem - svårt att upprätthålla långa och nära relationer

Sviktande arbetsprestationer - Arbetsuppgifterna kräver så stor koncentration att utmattning ständigt hotar

Vardagsuppgifter blir inte gjorda - bidrar till känslor av misslyckande och kaos

Svårt att planera och organisera - att sakna framförhållning gör livet fullt av svårbemästrade situationer

Perceptionssvårigheter - kan göra det svårt att tolka sociala signaler

Låg tolerans för frustration - kort stubin

Lågt självförtroende - kan ofta finnas kvar sedan uppväxten

Stresskänslighet - Vardagens stress med planering och tider leder ibland till sammanbrott

Bristande simultankapacitet - gör vardagen ansträngande, allting tar tid

Bristande tidsuppfattning - skapar mycket irritation och frustration

Gränslöshet - Märker inte när andra tröttnar, äter och dricker för mycket, saknar spärrar

Överfokusering - svårt att slita sig från något som man ”fastnat” i, t ex svårt att städa ”lagom” (Socialstyrelsen, 2004).

Personer med ADHD har svårt att lära sig av sina erfarenheter då de inte kan införa ett kort ögonblicks betänketid mellan impuls och handling. Just denna förmåga är en förutsättning för att kunna skapa, behålla och använda en inre bild av vad man just varit med om och se konsekvenserna av vad man gjort.

Funktionsnedsättningen innebär svårigheter med arbetsminnet och förmågan att mobilisera mental energi. Det kan därför bli svårt att komma igång och att hålla kvar uppmärksamheten

på aktiviteten/uppgiften. Många upplever en stor trötthet som följd av detta (Socialstyrelsen, 2004).

Symtomen behöver inte genomgående betyda problem för personen. Det kan ibland vara en fördel att t ex inte vara rädd, att våga ta risker, våga gå sin egen väg utan att märka eller bry sig om vad andra tycker och att ha förmågan att kunna hyperfokusera vilket kan leda till ett bra resultat. Många av symtomen är vanliga som de flesta av oss känner igen sig i men det är först när symtomen finns under en lång tid och påverkar personens vardag på ett negativt sätt som det blir en funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2004).

1.4.2 Autismspektrum (AST)

Psykiater Kjell Modigh uppskattar (föreläsning i Linköping, 2006) att ca 0,6 % av den svenska vuxna befolkningen mellan 18-64 år uppfyller kriterier för en diagnos inom autismspektrum. I västra Östergötland skulle det innebära ca 300 personer.

Autismspektrumtillstånd (AST) innefattar tre tillstånd som finns diagnostiserade i DSM-IV och ICD-10 under rubriken "Genomgripande störning i utvecklingen":

- Autistiskt syndrom eller "autism i barndomen"
- Aspergers syndrom (ibland kallat Högfungerande autism)
- Atypisk autism, en ganska missvisande benämning eftersom vad som avses närmast är drag som är utmärkande för alla som har AST, men som inte är lika uttalade. Därför väljer man ofta benämningen "autismliknande tillstånd" för denna grupp.

Här följer en kort genomgång av hur några av DSM-IV-kriterierna ser ut för AST, alla behöver inte uppfyllas för diagnos.

1. Kvalitativt nedsatt förmåga att interagera socialt, vilket tar sig minst två av följande uttryck:

- a) påtagligt bristande förmåga att använda varierade icke-verbala beteenden såsom ögonkontakt, ansiktsuttryck, kroppshållning och gester som ett led i den sociala interaktionen
- b) oförmåga att etablera kamratrelationer som är adekvata för utvecklingsnivån
- c) brist på spontan vilja att dela glädje, intressen eller aktiviteter med andra

d) brist på social eller emotionell ömsesidighet

2. Kvalitativt nedsatt förmåga att kommunicera, vilket tar sig minst ett av följande uttryck:

a) försenad talutveckling eller talar inte alls

b) hos personer med adekvat utvecklad talförmåga en påtagligt nedsatt förmåga att inleda eller upprätthålla samtal med andra

c) stereotyp tal med många upprepningar eller idiosynkratiskt språk

d) brist på varierad, spontan låtsaslek eller socialt imitativt lekbeteende som är adekvat för utvecklingsåldern

3. Begränsade, repetitiva och stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter vilket tar sig minst ett av följande uttryck:

a) omfattande fixering av ett eller flera stereotypa och begränsade intressen som är abnorma i intensitet eller fokusering

b) oflexibel fixering vid specifika oändamålsenliga rutiner eller ritualer

c) stereotypa och upprepade motoriska manér (t ex vrida eller vifta med händerna eller fingrarna, komplicerade rörelser med hela kroppen)

d) enträgen fascination inför delar av saker (Mini-D IV, 2002).

Personer med AST har svårigheter med att samspela och kommunicera, de har även begränsade, repetitiva och stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter. Detta avvikande sätt att hantera och tolka information och sinnesintryck påverkar personens möjlighet att tänka och lösa problem. Utvecklade teorier kring *mentalisering*, *central koherens* samt *exekutiva funktioner* försöker förklara dessa kognitiva avvikelser.

Mentalisering är ett liknande ord för empati. Empati innefattar både det intellektuella tolkandet och det känslomässiga medlidandet. En person med AST har nedsatt förmåga att kunna tolka och känna av när någon är t ex ledsen. Med nedsatt förmåga till mentalisering kan personen även ha en annorlunda social stil. De kan uppfattas vara egocentriska och oberoende av sociala medgångar vilket kan vara en fördel för dem. Personer med AST har ofta svårt att kallprata men är beroende av verbal kommunikation gällande besked och instruktioner då de inte kan tolka andra signaler (Socialstyrelsen, 2005).

Central koherens innebär att man utgår från helheten och sammanhanget innan man fokuserar på detaljerna. En person som har AST gör tvärtemot, vilket leder till att mycket tid och energi

läggs på detaljer med risk att man fastnar i beteendet. En person med AST har ofta svårt för nya rutiner och vanor och kan uppleva det som att allting förändras om en detalj ändras, vilket leder till att det blir svårt att se sammanhanget och få en överblick i livet. Beteendet behöver inte alltid betyda problem för personen utan det kan vara en fördel att vara noggrann vid t ex forskning, kvalitetsgranskning, korrekturläsning (Socialstyrelsen, 2005).

I de *exekutiva funktionerna* ingår automatisering vilket innebär att man inte tänker på hur man utför en aktivitet t ex cykla, man behöver inte tänka på att man ska röra benen och styra samtidigt utan det sker av sig själv. Aktiviteter av detta slag kan bli mödosamma att utföra då det krävs extra ansträngning och fokusering för personer med AST. Även svårigheter med att generalisera är vanligt förekommande. De har svårt att ta med sig kunskaperna de har inom ett specifikt område för att använda på samma sätt i en annan situation (Socialstyrelsen, 2005).

1.4.3 Tourettes syndrom (TS)

Bakgrundsorsakerna vid TS är delvis ärftliga och ofta finns andra NPF inblandade. Det är vanligt att symtom på ADHD konstateras först samt att även dyslexi, ångest eller depression är i samsjuklighet.

Forskare och fackfolk är osäkra på hur vanligt TS är. Beroende på vem man refererar till och vilken svårighetsgrad som räknas, kan man säga att mellan 0,05– 1,6 % av skolbarnen har TS symptom. Fler pojkar än flickor är diagnostiserade.

För att kunna ställa en diagnos ska personen uppvisa följande symtom enligt DSM-IV:

1. Både multipla motoriska och en eller flera vokala tics som pågått under en lång tid, men inte nödvändigtvis på en och samma gång.
2. Dessa muskelrörelser eller ljud förekommer:
 - a) många gånger varje dag (ofta i serier)
 - b) nästan varje dag, eller
 - c) periodvis under längre tid än ett år.
3. Tillståndet förorsakar stort lidande eller avsevärt nedsatt social, arbetsmässig eller annan form av förmåga.
4. Tillståndet ska ha uppträtt före 18 års ålder (Mini-D IV, 2002).

TS visar sig som ofrivilliga reflexliknande rörelser och/eller läten som även kallas tics.

Ticsdebuterar vanligtvis kring sjuårsåldern men kan även komma senare i livet.

Vid debuten börjar motoriska tics som överdrivna blinkningar, ryckningar och grimaser som förflyttar sig vidare till halsen, skuldrorna samt övriga överkroppen. Ryckningar i en arm eller ett ben är typiska. Vokala tics debuterar ofta senare och ter sig som snusningar och/eller harklingar som senare utvecklas till ljud, läten, ibland ord eller hela meningar. Många kan hantera sina tics genom att hålla nere de när de befinner sig bland folk men släpper lös dem när är för sig själva (Attention-riks).

Det är vanligt att TS uppmärksammas under den tidiga skolåldern och det kan finnas behov av specialundervisning. Att inte kunna hantera svårigheterna vid TS bygger upp frustrationer hos personen som kan leda till ett aggressivt beteende.

Ibland kan personen ha nedsättningar gällande motoriken där svårigheterna kan visa sig i idrotten. Andra svårigheter kan vara att läsa, att skriva, matematik, språk och talproblem. Symtombilden vid TS kan ibland förknippas med tvångssyndrom i form av tvångsmässigt tvättande av händerna, röra saker systematiskt (ofta symmetriskt), räkna och kontrollera.

Även tankar kan vara tvångsmässiga, som till exempel känslor av att ”jag måste göra/tänka/säga”..., men kan också vara ”jag kan absolut inte göra tänka/ säga”...

Andra svårigheter vid TS kan vara opposition och trots. Man kan inte ta ett nej för ett nej utan måste argumentera och konfrontera. I de svåraste fallen kan kriminalitet utvecklas.

Personer med TS kan ha sömnproblem, svårt att somna, sömngångning, nattdräck, mardrömmar och att det är svårt att vakna. Några vänder dygnet helt. Många upplever stora svängningar i stämningsläge. Det handlar om dålig självkänsla, nedstämdhet och en känsla av att tillvaron är meningslös, vilket även kan drabba små barn. Panikattacker är vanliga, men också olika typer av fobier (Attention-riks).

1.5 Bemötande och stöd

Personer med NPF har olika behov av hjälp. En del klarar av att leva sitt liv utan att bli utredda, en del får via utredningen en förklaring på varför deras liv sett ut som det gjort och även en del förslag på strategier som de kan använda sig av för att underlätta vardagen. Andra kan behöva omfattande insatser från sjukvården eller socialtjänst för att kunna vara självständig och delaktig i sitt vardagsliv.

Författarna vill hänvisa personal inom psykiatrin, socialtjänsten, arbetsförmedlingen, vuxenutbildningen eller försäkringskassan till socialstyrelsens vägledningsdokument gällande hur man kan bemöta personer med neuropsykiatrisk problematik. Begreppen psykopedagogik, empowerment, coach, stöd i privatlivet, hem och hushållsarbete, arbetsplatsen, vuxenutbildning och högre studier, bilkörning och hjälpmedel finns beskrivna i dokumentet och kan ge vägledning vid behov (Socialstyrelsen, 2004).

1.6 Beskrivning av aktörerna.

Inom samordningsförbunden i Motala-Vadstena och Mjölby-Ödeshög-Boxholm finns flera aktörer delaktiga. Kommuner/Socialtjänst, Landstinget i form av primärvård och psykiatri, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Nedan följer en kort beskrivning utifrån socialstyrelsens vägledningsdokument (2004) avseende varje aktörs huvuduppgift/ansvarsområde i förhållande till personer med NPF.

1.6.1 Kommunen/socialtjänst

Kommunernas insatser för personer med funktionsnedsättning är lagstyrd.

Den lagstiftning som i första hand är aktuell är socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS).

Socialtjänsten ska (enligt SoL § 5:7) främja människors ekonomiska och sociala trygghet och bidra till ett aktivt deltagande i samhällslivet. Personer med funktionsnedsättning lyfts särskilt fram som en grupp med stora behov av socialtjänstens insatser i form av meningsfull sysselsättning och anpassade former av boende och stöd i hem och vardag. Socialtjänstlagen reglerar inte i detalj hur insatser ska utformas men den beskriver vilka mål som ska uppnås. Socialtjänstlagen betonar kommunens ansvar i att väl känna till levnadsvillkoren för personer i kommunen som har psykisk funktionsnedsättning (§5:8). Det åligger kommunen att samverka med landstinget och andra myndigheter kring dessa personer.

Kommunens ansvar sträcker sig längre än att bedöma bistånd eller enskilda insatser som boende och sysselsättning. Kommunen har ett större ansvar som syftar till att även människor som inte själva söker insatser eller uttalar behov av stöd ändå får sina behov tillgodosedda. Enligt socialtjänstlagen har människor som inte själva kan tillgodose sina behov rätt till bistånd från socialtjänsten gällande försörjning och livsföring. Alla människor har rätt att ansöka om bistånd, oavsett vad det gäller och ett avslag kan alltid överklagas till länsrätten.

Rätten i SoL är inte lika stark som i LSS, personen själv har inte rätt att kräva en specifik insats, däremot ska de insatser som erbjuds ge den enskilde en skälig levnadsnivå.

Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) är till för personer som på grund av funktionshinder har betydande svårigheter i vardagen och därmed behov av stort stöd.

Lagen omfattar tre personkretsar:

1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd
2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett behov av stöd eller service

Det är inte självklart att man får insatser via LSS bara för att man genom sin diagnos faller inom ramen för någon personkrets, det är den enskildes behov av insatser och att dessa inte går att tillgodose på annat sätt som är avgörande. Målet för LSS är att det inte ska finnas någon skillnad i levnadsvillkor för personer med eller utan funktionsnedsättning, insatserna ska kompensera för funktionsnedsättningen.

Alla som omfattas av LSS ska i första hand få stöd och insatser utifrån just denna lag, eftersom det anses ge fördelar för den enskilde personen. Vissa insatser regleras inte alls i LSS utan måste alltid sökas via SoL, ex boendestöd och hemtjänst. Om man inte omfattas av LSS ska individens behov av stöd prövas enligt SoL. Insatser enligt LSS ska vara kostnadsfria medan kommunen är fri att ta ut avgift för andra insatser.

Oftast har kommunerna färdiga strukturer kring insatser, men personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har olika behov och det är viktigt att man ser till den enskildes svårigheter och utformar stöd och insatser utifrån en kompetent bedömning.

Verksamheten ska syfta till att

- den enskilde får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden, får en meningsfull sysselsättning och blir bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

- det ges information om stöd och omsorgens innehåll så att den enskilde och dennes företrädare kan hävda sina rättigheter.
- insatserna utformas efter den enskildes behov och i samråd med den enskilde och/eller dennes företrädare.
- tillgodose såväl sociala, fysiska, psykiska, medicinska som existentiella behov hos den enskilde.

Verksamheter som kommunerna ansvarar för är gruppboende. För andra passar det bättre att bo kvar i egna hemmet med hjälp av stöd i hemmet av boendestödjare.

Att vara anhörig till någon som är sjuk eller har en funktionsnedsättning kan vara påfrestande. Många anhöriga kämpar i det tysta för att deras närstående ska ha ett bra liv. Som anhörig kan man ha ett stort behov av både praktiskt stöd, avlastning, information och en ökad kunskap för att klara sin situation. Kommun och landsting är de organisationer som ansvarar för att erbjuda olika former av stöd och information till anhöriga (Socialstyrelsen, 2004 et. 2006).

1.6.2 Sjukvården

Psykiatri: De flesta personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning kommer i kontakt med sjukvården. Sjukvårdens uppgift är främst att utreda och behandla. Neuropsykiatriska utredningar sker främst inom psykiatri. En neuropsykiatrisk utredning syftar till att hjälpa personen att förstå de svårigheter som man upplever i sin vardag, identifiera behov av stöd och hjälp, ge underlag för utformning av stödinsatser och planera och initiera samverkan med andra vårdgivare eller verksamheter. Att få en diagnos på sina svårigheter kan ge individen en grupptillhörighet och möjlighet till att träffa andra i liknande situationer. Förutsättningar för att man ska kunna genomföra en utredning är att personen själv är motiverad till det, att man upplever problem i vardagen som är funktionsnedsättande och som man önskar få förklarade. En utredning bör innehålla en noggrann barndomsanamnes genom intervju med personen själv och närstående, psykiatrisk bedömning, neuropsykologisk bedömning, funktionsbedömning av vardagsaktiviteter genom observation och intervju. Allt sammanfattas i en konsensusdiskussion där ställning tas till om personens svårigheter uppfyller kriterier för någon neuropsykiatrisk diagnos enligt DSM-IV.

Behoven av behandlings- och stödinsatser är ofta varierande bland de som utreds. För vissa räcker att få en förklaring till sina svårigheter och sitt sätt att fungera medan andra har omfattande hjälpbehov. Insatserna måste alltid utgå från personen själv och dennes individuella svårigheter. Insatser som psykiatrin kan svara för är läkemedelsbehandling, psykoterapeutisk eller psykopedagogiska insatser, kurativa och arbetsterapeutiska insatser, även läkarintyg till olika myndigheter. Sjukvården ska även hålla sig ajour med andra verksamheters uppdrag och vilket stöd de kan erbjuda då det är sjukvårdens ansvar att efter avslutad utredning kunna hänvisa personen till andra verksamheter (Socialstyrelsen, 2004).

Primärvården: har ett brett uppdrag som innebär att man ofta är första instans vid psykiatriska sjukdomstillstånd. Det är av vikt att personalen inom primärvården har kunskap om denna diagnosgrupp och dess komplicerade problematik för att individen som söker ska få rätt insats. Troligtvis är det många som söker för andra åkommor så som depression, utmattningssyndrom, stressrelaterade svårigheter och smärta, som har en bakomliggande neuropsykiatrisk svårighet. Det är ofta svårt för personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning att orientera sig i vårdapparaten och att uttrycka sina behov ofta behövs stöd från någon för att det inte ska bli ett oöverstigligt besvär (Socialstyrelsen, 2004).

Vuxenhabiliteringen: Vuxenhabiliteringens insatser ska leda till att en person med funktionsnedsättning ges möjlighet till god livskvalitet, delaktighet i samhället och inflytande i frågor som rör dennes livssituation. Habiliteringens arbete sker i multiprofessionella team. Insatserna ges utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Det finns idag ingen enhetlig överenskommelse som gäller hela landet om vem som kan få insatser från Vuxenhabiliteringen. Personer med autism och autismspektrumtillstånd ingår alltid i målgruppen, men det är ingen självklarhet att personer med ADHD kan få stöd och insatser från vuxenhabilitering. Den som tillhör vuxenhabiliteringens målgrupp har alltid rätt till ett första samtal där man får beskriva de svårigheter man har i vardagen och vilka insatser man har behov av även habiliteringens personal beskriver vid detta besök vad de kan erbjuda. De personer som sedan beviljas insatser måste ha allvarliga och varaktiga svårigheter och därför behov av det stöd som habiliteringen kan erbjuda (Socialstyrelsen, 2004).

1.6.3 Arbetsförmedling

Arbetsförmedlingens uppgift är att förmedla lediga platser och att stödja och utrusta de arbetssökande att kunna ta lediga jobb. Arbetsförmedlingen har ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering och att klargöra arbetsförutsättningar hos den arbetssökande.

Bland de arbetslösa är andelen personer med neuropsykiatrisk problematik troligtvis större än generellt i befolkningen. Bidragande orsaker till detta kan vara att arbetsmarknaden förändrats det senaste decenniet. Förmågan att planera och organisera sitt arbete, arbeta i grupp samtidigt som man ska klara av att arbeta självständigt och vara flexibel krävs i de flesta arbeten idag. Enklare och mer strukturerade arbeten har oftast rationaliserats bort. Därmed kan men se att gruppen med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar får stora svårigheter på arbetsmarknaden.

Flera av arbetsförmedlingens insatser är öronmärkta för arbetssökande som har nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning. Insatserna ska syfta till att på olika sätt kompensera nedsättningen av arbetsförmågan så att den sökande kan få och behålla ett arbete (Socialstyrelsen, 2004).

1.6.4 Försäkringskassan (FK)

Försäkringskassan administrerar olika förmåner som personer med funktionsnedsättning kan ha rätt till, såsom sjukersättning, aktivitetsersättning, handikappersättning, arbetshjälpmedel, assistansersättning eller bostadstillägg.

Sjukersättning kan bara beviljas om man har en varaktig nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom eller funktionshinder. Alla möjligheter till återgång i arbete ska vara uttömda innan man kan få denna ersättning, även anpassade arbeten och anställningsformer. *Aktivitetsersättning* är till för personer mellan 19-29 år som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom/funktionshinder. Aktivitetsersättning är alltid tidsbegränsad och personen skall under tiden uppmuntras till aktiviteter som har som syfte att förbättra arbetsförmågan och utveckla förmågor och kunskap.

Handikappersättning kan beviljas om personen har extra kostnader på grund av sin funktionsnedsättning. Behovet ska vara direkt kopplat till funktionsnedsättningen och röra sådant som personen själv inte kan göra på grund av funktionsnedsättningen.

Bostadstillägg är ett inkomstprövat bidrag som man har rätt att söka om man uppbär aktivitets – eller sjukersättning.

Assistansersättning betalas av försäkringskassan om behovet av assistans överstiger 20 tim/vecka (annars ansvarar kommunen för detta). Både personen med funktionsnedsättning och kommunen kan anmäla behovet av assistansersättning från FK.

Det handlar om att ett personligt utformat stöd ges i olika situationer av ett begränsat antal personer. Hjälpen ska avse personlig hygien, av- och påklädning, att äta och att meddela sig med andra.

Arbetslivsinriktad rehabilitering är de åtgärder som en person behöver för att återfå eller behålla sin arbetsförmåga. Om man uppbär sjuk- och aktivitetsersättning och/eller är arbetslös ligger ansvaret för arbetslivsinriktad rehabilitering hos FK, i samarbete med den sjukskrivne. Försäkringskassan ska även samarbeta med Arbetsförmedlingen. Personen har rätt att arbetsträna högst ett år med rehabiliteringsersättning. För personer med neuropsykiatrisk problematik kan det ofta ta lång tid att hitta rätt anpassningar och en arbetssituation som fungerar. Det krävs förståelse för att man många gånger kan behöva flera rehabiliteringsperioder. FK kan ge ekonomiskt bidrag för vissa anpassningar och hjälpmedel som behövs på arbetsplatsen, för att den sjukskrivne snabbare ska kunna komma ut i arbete (Socialstyrelsen, 2004).

2 Syfte

Syftet med denna kartläggning har varit att undersöka aktörernas uppfattning om sin kunskap och kompetens gällande personer med misstänkt eller diagnostiserad neuropsykiatrisk nedsättning, samt att ge uppfattning av hur stor målgruppen är i västra Östergötland.

Syftet har även varit att ge en beskrivning av det stöd/insatser som målgruppen får idag och aktörernas uppfattning av vad som saknas samt hur samarbetet mellan aktörerna bättre kan samordnas utifrån målgruppens behov.

3 Metod

Författarna kommer vidare att benämna nyckelpersonerna som aktörer och personer med misstänkt eller diagnostiserad neuropsykiatrisk problematik som målgrupp eller personer/individer.

3.1 Undersökningsgrupp

För att ge svar på studiens frågeställning valde samordningsförbundet ut nyckelpersoner från varje enskild organisation som skulle kunna besvara frågor gällande personer med misstänkt eller diagnostiserad neuropsykiatrisk problematik. Nyckelpersonerna skulle utifrån sitt perspektiv, beskriva hur man idag arbetar i förhållande till målgruppen och beskriva var man ser förbättringsmöjligheter inom den egna organisationen eller i förhållande till andra samarbetspartners. Nyckelpersonerna skulle även kunna ge en bild av målgruppens storlek samt uppfattningen om målgruppen får sina behov tillgodosedda.

Målgruppen avgränsades till att omfatta personer med misstänkt eller diagnostiserad neuropsykiatrisk problematik som är mellan 18-65 år. Nyckelpersonerna som utsågs att besvara enkäten var från början 57 st. 10 stycken svarade inte på frågeställningarna, vilket blev det naturliga bortfallet.

3.2 Procedur / Design

Samordningsförbunden i västra Östergötland valde två författare som tillsammans skulle samverka för att få en mer överskådlig bild över kommunerna Motala-Vadstena, Mjölby-Ödeshög- Boxholm. Tidsperioden för projektet var mellan 20091001-20091231.

I Motala - Vadstenaområdet låg uppdraget på samordningsförbundet att informera samtliga organisationer om kartläggningens syfte och innehåll. I Mjölby- Ödeshög- Boxholmsområdet hade den utvalda författaren detta uppdrag och samlade de personer som blivit utsedda till respektive organisations nyckelpersoner för att ge information om kartläggningens syfte och innehåll. Vid denna träff diskuterades även vilka frågor man önskade få svar på och hur man skulle få de besvarade. I Motala-Vadstena lämnade samordningsförbundets ledning önskemål om vad som skulle belysas i kartläggningen. Med utgångspunkt från detta formulerade sedan författarna frågorna till enkäten. Författarna valde att använda en webb-baserad enkät som

designades tillsammans med webbansvarige i Motala Kommun. Enkäten distribuerades sedan via e-post till alla utsedda nyckelpersoner.

Efter avslutad kartläggning planeras en återkoppling till varje samordningsförbund för att ge möjligheter till ökad samordning och utveckling inom området.

3.3 *Analys av data*

Resultatet i studien innefattar både kvantitativ och kvalitativ data. För att skapa konsensus mellan datan använde författarna sig av metodtriangulering som från början är en teknisk term vilken används vid navigering där två kända punkter ger en tredje punkt (Sörensen, 2001).

Bearbetningen av den kvantitativa datan redovisades i form av tabeller för att bli en överskådlig beskrivning av antalet personer med NPF. Den kvalitativa datan bearbetades med stöd av meningskoncentration för att senare leda vidare till en fenomenologisk bearbetning för att ge en beskrivning av aktörernas upplevelse av ett fenomen (Sörensen, 2001).

4 Resultatredovisning

Då resultatet består av både kvantitativa och kvalitativa data har författarna valt att redovisa de kvantitativa svaren i form av diagram som visar aktörernas svar kring respektive fråga.

De kvalitativa svaren redovisas därefter i löpande text.

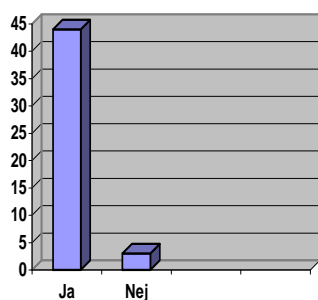
4.1 *Kvantitativ data*

Resultatet visar att ett stort antal aktörer misstänker att det finns personer som de kommer i kontakt med som har ett utrett NPF. En aktör beskriver att personer söker och behandlas för somatiska besvär och att sjukvården idag inte har tillräckliga kunskaper för att upptäcka att det ibland finns NPF bakom.

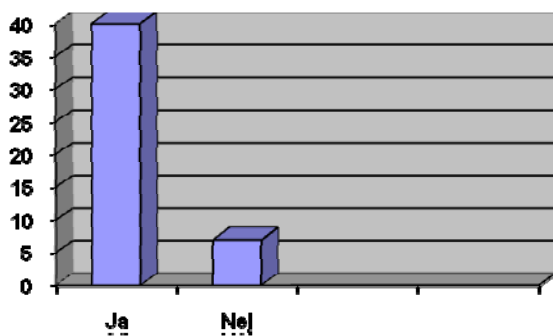
Bland de aktörer som samverkar kring personerna uppges landstinget vara den mest förekommande, därefter kommer socialtjänst/kommunala aktörer, följt av Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Övriga aktörer som lyfts fram är samordningsförbundet, skola, BUP och kriminalvård. Ett stort antal aktörer kommer i kontakt med personer som har en utredd problematik och samverkan sker på samma sätt med samma aktörer som beskrivits ovan.

Det framkommer även att aktörernas uppfattning är att personernas behov inte kan tillgodoses genom de insatser som i nuläge finns tillgängliga i samhället.

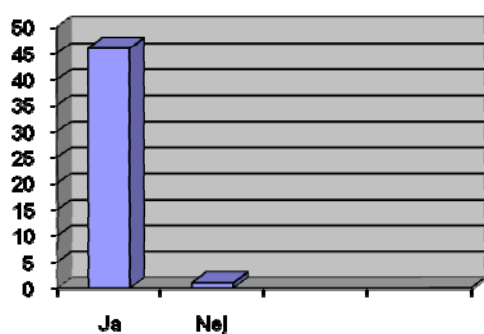
Kommer ni i ert arbete i kontakt med personer som har svårt att hantera sin vardag där ni misstänker att det finns ett outrett NPF?



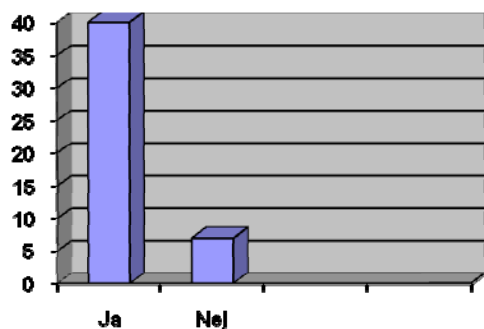
Kommer ni i kontakt med personer som väntar på utredning gällande NPF?



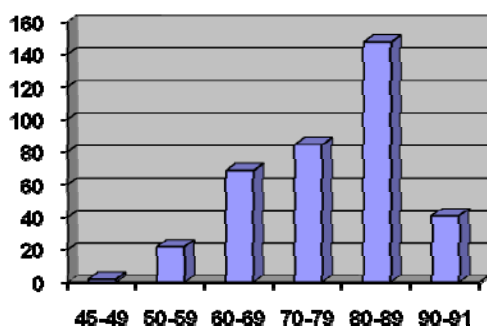
Kommer ni i kontakt med personer som har ett NPF?



Upplever ni att personer med NPF har behov som inte tillgodoses av de insatser som finns tillgängliga?



Antal unika individer med NPF-diagnos som identifierats i kartläggningen fördelade på födelseår (totalt 367 st).



4.2 Kvalitativ data

Det kvalitativa resultatet delas in i huvudområden; samverkan, kunskap och insatser. Insatserna i sin tur kategoriseras i utredning, behandling, stöd i vardagen samt arbete/sysselsättning.

4.2.1 Samverkan

Det framkommer i resultatet att man vill veta mer om hur samverkan kan förbättras mellan de aktörer som kommer i kontakt med klienter med NPF, man upplever att det som kan påverka riktningen i ett ärende och underlätta för individen är möjligheten till struktur och tydlighet. Ca hälften av aktörerna uppger att de inte har rutiner kring samarbetet med andra aktörer. Många beskriver att de upplever det svårt att avsluta behandling/kontakt när ingen annan tar vid. Aktörerna uppger att det finns en del rutiner internt inom varje enskild organisation och att det finns en del försök till samverkan. De exempel på rutiner som aktörerna nämner är Farosmodellen, konsultationsteam, vårdplaneringar med och utan personen,

samverkansmöten, nätverksträffar samt Dacketräffen. Några aktörer beskriver att samverkan skapas i varje enskilt ärende och är beroende av den enskilde handläggarens kunskap om funktionsnedsättningen och andra aktörers insatser. Tre av aktörerna beskriver att Åtgärdsteamets (ett samverkansteam) handlingsplan styr samarbetet och vilka insatser som individen ska ha. Två av aktörerna beskriver att det finns interna rutiner mellan utredning och verkställighet samt mellan utredningsenheten. Endast en av aktörerna beskriver att det finns ett samarbetsavtal mellan kommun och landsting, dvs. mellan olika organisationer. En annan av aktörerna beskriver att deras rutiner består i att inhämta samtycke från klienten för att kunna skapa en öppen dialog samt en samordnad planering. Det finns även rutiner inom psykiatri (landstinget) att vid AST skriva remiss till vuxenhabiliteringen menar en aktör, en annan beskriver att de kontaktar kommunala insatser och Åtgärdsteam vid behov t ex gällande sysselsättning. Vidare finns nerskrivna rutiner i de fall då tvångsvård förekommer vilket beskrivs av en aktör och slutligen menar en aktör att det finns ett gott samarbete med vårdcentralens psykosociala team.

Aktörerna beskriver vidare att den samverkan som finns handlar om att hjälpa individer i dialogen mellan myndigheter eller med olika kontakter som finns kring personerna. Ett utökat och mer strukturerat samarbete med andra aktörer kring diagnosgruppen och deras behov saknas dock. Förslag på förbättringar nämns av en aktör: *"någon form av programverksamhet för att på bästa sätt tillgodose behovet, gemensam information och anhörigträffar, bättre kommunikation för att jobba mot samma mål t ex inte boka för många träffar kring samma datum och kunskaper om varandras planering/målsättning"*.

Vidare nämns som förslag en gemensam IV organisation där man kan stötta ungdomarna i målgruppen på ett bättre sätt, Åtgärdsteam mellan Landsting/kommun för denna grupp samt jourkontor när problem uppstår. En aktör nämner Case Management som förslag till metod för samverkan kring personer med NPF.

4.2.2 Kunskap

Enligt resultatet upplever ca en tredjedel av aktörerna att de har, inga eller otillräckliga kunskaper gällande NPF. Den kunskap som beskrivs i studien är varierande. Den innefattar egna tillförskaffade kunskaper genom arbetslivserfarenhet och en del uppger att de har erbjudits kurser via sin arbetsplats. Andra har fått sin kunskap genom universitetsutbildning

ex socionom-, arbetsterapeut- och sjuksköterskeutbildning. Av svaren kan man se att det är vanligt med enstaka medarbetare på arbetsplatserna som har kunskap gällande NPF, generellt beskrivs att behovet av mer kunskap är stort. Aktörerna uppger att de vill ha mer kunskap om diagnoser och NPF samt hur samsjuklighet, ålder och kön kan påverka. Bemötande, verktyg för vardagen, medicin och behandling är också något som aktörerna vill veta mer om. De skulle även vilja få mer kunskaper gällande utredning och vad aktörerna kan tillföra från respektive organisation för att underlätta för individen.

De metoder/ utbildningar som aktörerna beskriver att de använder sig av i sitt arbete är ex Ett självständigt liv (ESL), Kognitiv beteendeterapi (KBT), dialektisk beteendeterapi (DBT), Motiverande samtal (MI), återfallsprevention (ÅP), en mindre del använder sig av Aggressive replacement training (ART), Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH) samt skattningsskalor. Många använder sig av struktur och tydlighet samt att försöka få klienten medveten om att se helhet och mönster för att senare kunna ta lärdom av det. En del av aktörerna använder arbetsterapi för att konkret finna/träna struktur och vanor för att få vardagen att fungera bättre, där det även kan ingå hjälpmedel eller produkter som kan ge stöd för minnet.

En av aktörerna använder kartläggning och materialet "Vardagsstöd för personer med autismspektrumstillstånd". Sociala berättelser, strukturerade anhörigintervjuer, lättläst svenska, korta informationer och instruktioner beskrivs även. En del undviker bildspråk och tänker på ordval och andra använder tecken- och bildkommunikation vid svår autism.

En av aktörerna beskriver att de använder sig av kunskaper och specialistkompetenser som finns inom organisationen och en annan använder individuellt utformade behandlingsmetoder i syfte att möta respektive individ på rätt nivå.

De hinder som aktörerna upplever kan påverka ärendet är brist på kunskap, personal, tid och pengar, yttre och inre omständigheter, samarbete samt forskning.

4.2.3 Insatser

Många av aktörerna beskriver att de stöttar individen före och under utredning. En av aktörerna beskriver att: *"om personen är hyfsat välfungerande hålls en ganska gles kontakt i väntan på utredning"*, en annan menar att: *"patienter på väntelista för utredning har större behov av mer riktade åtgärder än vi för närvarande har möjlighet att ge dem inom psykiatrin"*. Aktörerna uppger att det är långa väntetider till psykiatrin och till utredning. En

av aktörerna beskriver att: *”NP-teamet och de utredningar som är gjorda är BRA, jo men man måste kanske ställa sig frågan om alltid utredning behövs?., En annan uppger att ”många spekulerar kring NP-diagnoser/problematik och det blir också en trend att efterfråga utredning”.* Flera aktörer upplever att det är bra att individen får en diagnos så att kraven sätts utifrån individens förutsättningar.

I resultatet framkommer det att läkemedelsbehandling symtomlindrande behandling, muskuloskeletal behandling, alkohol- och drogförebyggande insatser samt att bibehålla drogfrihet är de insatser som finns att tillgå i nuläge, däremot saknar några aktörer annan behandling som t.ex. kognitiv behandling, samtalsstöd för fördjupad insikt, gruppbehandling/stödgrupper samt behandling för missbruk.

Det framkommer även i resultatet att två av aktörerna arbetar med sedvanlig psykiatrisk behandling utifrån patientens behov, vilket en av dem beskriver: *”vi jobbar på samma sätt med dessa patienter som med andra med depression, ångest och stressproblematik och ger samma råd. Ökat fokus dock på patientens behov av struktur utifrån möjlig senare diagnos”.* En annan aktör beskriver att: *”jag tror att arbetsterapi kan vara ett sätt att bli mer konkret, vilket skulle kunna behövas”.*

Det beskrivs av många aktörer att interventionerna utförs i form av samtalsstöd för att motivera, skapa överblickbarhet, vara bollplank och för att underlätta kontakten med andra aktörer. I resultatet framkommer det att aktörerna saknar klient- och närståendebildning. En av aktörerna belyser anhörigas situation, *”däremot träffar jag anhöriga, till dessa personer, som ofta lider av stress och överbelastning i sin vardag och som känner sig mycket ensamma i sin situation, de har inte fått tillräckligt med stöd eller kunskap tycker de”.*

Vidare uppger många av aktörerna att insatserna bygger på att få en fungerande vardag med olika stödinsatser från samhället t.ex. personligt ombud, god man, boendestöd, ledsagare, skuldrådgivare etc. En del av aktörerna uppger att de hjälper till med struktur där åtgärderna sker i form behandling, råd, vardagsstöd i form av hjälpmedel och tips samt problemlösning. En aktör ger denna beskrivning: *”tid läggs också på att få den enskilde att bli nyfiken på sig själv och utforska vad som kan underlätta en fungerande vardag konkret. Vad är det som fungerar och vad är det som inte fungerat?”*

Aktörerna upplever att det stöd som idag ges inte alltid är bedömt utifrån funktionshindret och individens unika behov. Två av aktörerna menar att personerna har ett behov av att skapa en fungerande vardag, genom att bygga på de styrkor som finns och att kompensera för sina svårigheter. En aktör beskriver detta som *”att det som ofta saknas är att utredningens resultat omvandlas till konkreta verktyg i vardagen för den enskilde”*.

Det framkommer att aktörerna saknar ett boendestöd som är i större utsträckning än idag är särskilt anpassat för personer med NP-problematik. En av aktörerna uppger att: *”boendestödet behöver ha en tydlig pedagogisk inriktning och en stor kunskap om funktionshindret och vilka konsekvenser det får i vardagen”*. En annan menar att det saknas *”riktade insatser från specialutbildad personal som har möjlighet att hjälpa till mer handgripligt och praktiskt”*. Aktörerna uppger att de saknar boendeformer som är anpassade för personer med NPF. Vidare menar aktörerna att antalet anpassade platser på olika typer av boenden behöver utökas.

Många av aktörerna uppger att de stöttar individen genom att tillföra arbetsuppgifter, arbetsträning/prövning, arbetslivsinriktade åtgärder, praktikplats eller praktisk verksamhet (snickeri, textil, lokalvård, kök, markarbeten mm) coachning, studievägledning, programverksamhet samt individuella programmet 16-20 år. Andra stödinsatser som aktörerna uppger att de kan ge individen är AF:s arbetsterapeut, arbetspsykolog och socialkonsulent samt stödinsatser från arbetsterapeut, hälsovetare och motivationscoach. Gällande arbete beskriver aktörerna att sysselsättningen behöver bli mer anpassad efter individens styrkor både när det gäller den funktionsinriktade delen samt den del som arbetsgivaren ska tillföra gällande acceptans och kunskap om funktionshindret. Många av aktörerna beskriver att det finns behov av kognitiva hjälpmedel och arbetsterapeutiska insatser.

Aktörerna beskriver vidare att skolgången för ungdomar med NPF ofta är svår då den inte är anpassad efter individens behov, de uppger även att stöd gällande läxhjälp till ungdomar saknas från skolan.

4.3 Sammanfattning av resultat

Det kvantitativa resultatet visar att det finns ett misstänkt mörkertal gällande personer med ett outrett NPF. Ett stort antal aktörer kommer i kontakt med personer med både misstänkt och

utredd NPF. I nuläge saknas tillräckliga kunskaper och insatser för bemöta individerna och deras behov.

Det kvalitativa resultatet visar att aktörerna saknar rutiner och tydlighet i samverkan med andra organisationer. Vidare menar aktörerna att de vill veta mer om hur samverkan kan förbättras. Gällande kunskap anser aktörerna att det saknas specifik kunskap om NPF. Vissa metoder lyfts fram i resultatet men aktörerna betonar att det generellt finns ett stort behov av kunskap och utbildning. Det kvalitativa resultatet visar vidare att insatser som aktörerna kan erbjuda är utredning, behandling, stöd i vardag och arbete/sysselsättning. Aktörerna betonar att alla insatser förutom utredning behöver bli mer anpassade utifrån de specifika behov som personer med NPF har.

5 Diskussion

Diskussionen är uppdelad i delar i två delar, metoddiskussion och diskussion av resultatet.

5.1 *Metoddiskussion*

5.1.1 Undersökningsgrupp

För att ge svar på studiens frågeställning valde samordningsförbundet ut nyckelpersoner från varje enskild organisation som skulle kunna beskriva hur man idag arbetar i förhållande till målgruppen och var man ser förbättringsmöjligheter, de skulle även kunna ge en bild av målgruppens storlek och om de får sina behov tillgodosedda. Författarna anser att undersökningsgruppen har varit relevant mot frågeställningarna förutom att frågan, gällande om målgruppens behov är tillgodosedda, borde besvarats av målgruppen. Författarna menar att ett vidare projekt på högre nivå i samarbete med universitet skulle kunna kartlägga detta. Författarna anser vidare att det finns fler aktörer som är viktiga i personernas liv som tex skola, anstalt, behandlingshem, polis, vuxenutbildning, arbetsgivare, företagshälsovård, ungdomsmottagningar, mobila teamet. Detta styrks av nationell psykiatri samordning som menar att svårigheter som dessa personer har omfattar; kommunens ansvar och kunskap, psykiskt funktionshinder som är landstingets område och brottsbenägenheten som kriminalvården är ansvarig för. En modell för samverkan måste innehålla kunskap från alla tre områdena stat, landsting och kommun (Socialstyrelsen, 2006).

Målgruppen avgränsades till att omfatta personer med misstänkt eller diagnostiserad neuropsykiatrisk problematik som är mellan 18-65 år, vilket författarna anser var en relevant avgränsning. Man hade dock fått en bredare bild av framtida behov om målgruppens ålder inkluderat även yngre personer.

Nyckelpersonerna som utsågs att besvara enkäten var från början 57 stycken. 10 aktörer svarade inte på frågeställningarna. Författarna anser att bortfallet inte var så stort att det skulle påverka resultatet. Bortfallet kan dock ha påverkats av formuleringen av frågorna och hur information om kartläggningens syfte har spridits ut i organisationerna.

5.1.2 Procedur / Design

Samordningsförbunden i västra Östergötland valde två författare som tillsammans skulle samverka för att få en mer överskådlig bild över kommunerna Motala-Vadstena, Mjölby-Ödeshög-Boxholm.

Författarna anser att det har varit en fördel att tillsammans analysera resultatet men att handledning hade kunnat lyfta studien ytterligare. Tidsperioden för projektet var mellan 2009-10-01-2009-12-31, vilket författarna menar har varit relevant i förhållande till syftet.

I Motala- Vadstena området låg uppdraget på samordningsförbundet att informera samtliga organisationer om kartläggningens syfte och innehåll. I Mjölby-Ödeshög-Boxholms området hade den utvalda författaren detta uppdrag och samlade de personer som blivit utsedda till respektive organisations nyckelpersoner för att ge information om kartläggningens syfte och innehåll. Författarna ställer sig frågande till hur nyckelpersonernas information har gått ut vidare i organisationen då svaren innehållit bristfällig information. Alla aktörerna har inte identifierat unika individer som det var tänkt, vilket lett till att man inte kan göra en uppfattning om de förekommer inom fler organisationer.

Författarna valde att använda en webb-baserad enkät som designades tillsammans med webbansvarige i Motala Kommun. Då detta är en relativt ny metod tar författarna på sig alla eventuella tekniska fel som kan ha uppstått och gett upphov till förvirring och luddiga svarsalternativ av aktörerna.

5.1.3 Analys av data

Bearbetningen av den kvantitativa datan redovisades i form av tabeller för att ge en överskådlig beskrivning av antalet personer med NPF. Den kvalitativa datan bearbetades med stöd av meningskoncentration, för att senare leda vidare till en fenomenologisk bearbetning och ge en beskrivning av aktörernas upplevelse av ett fenomen. Författarna anser att syftet med denna kartläggning har uppnåtts och att vi fått svar på våra frågeställningar. Det har varit svårt och krävt en stor arbetsinsats för att sammanställa all data och skapa konsensus. Det hade kunnat underlätta att använda en annan metod som t.ex. intervjuer eller fokusgrupper, där man har möjlighet att ställa följdfrågor och fördjupa sig i olika fenomen.

5.2 *Resultatdiskussion/Vidare forskning*

Samverkan

Resultatet visar att ett strukturerat samarbete med andra aktörer kring personer med NPF och deras behov saknas, den samverkan som idag finns mellan olika aktörer oftast är individbunden. Författarna menar att bristen på rutiner för samverkan mellan aktörerna måste åtgärdas för att alla individer skall få det stöd och de insatser som man har rätt till oavsett vilken handläggare/behandlare man har. Det är av vikt att underlätta samarbetet mellan olika aktörer, att tydliggöra varje organisations ansvarsområde och vilka insatser som behöver ske i samverkan för att förenkla för individen som har behov av stöd från flera aktörer. Förslag på metoder som framkommit i kartläggningen och som författarna ställer sig bakom är t ex. Case Management och gemensam vårdplanering som naturligtvis individanpassas utifrån personens behov. Författarna anser vidare att det vore positivt om små kommuner skulle samarbeta för att öka kunskapen och få bra verksamheter som kan vara både diagnos och individriktad. Författarna anser att det finns fler aktörer som är viktiga i personernas liv som t ex skola, kriminalvård, behandlingshem, polis, vuxenutbildning, arbetsgivare, företagshälsovård med fler som bör beaktas när man arbetar fram samverkansrutiner. Detta styrks av nationell psykiatri samordning som menar att svårigheter som personer med NPF har omfattar; kommunens ansvar och kunskap, psykiskt funktionshinder som är landstingets område och brottsbenägenheten som kriminalvården är ansvarig för. Författarna menar att tydlig ansvarsfördelning och välutformade rutiner för samverkan är en nödvändighet för att möta det behov av stöd och insatser som personer med NPF har inom alla livsområden. Ett förslag från författarna är att förtydliga kommunikationen mellan aktörer genom att använda

”International Classification of Function” (ICF) som ett gemensamt verktyg för att beskriva individernas funktion och behov av stöd/insatser (ICF, 2003).

Kunskap

Enligt resultatet upplever aktörerna att de har, inga eller otillräckliga kunskaper gällande NPF. Generellt beskrivs att behovet av mer kunskap är stort. Författarna menar att bättre samarbete och möjligheter att dela kunskaperna som finns, både inom organisationerna samt mellan aktörerna bör utvecklas.

Ärendehandledning mot boendestöd och särskilda boenden är ett sätt som skulle kunna utvidga kunskaperna, arbetsterapi ett annat då arbetsterapeuter ska informera, instruera, handleda och undervisa patienten eller hans/hennes närstående samt följa upp insatserna. Information, undervisning och handledning till andra personalgrupper och studerande ingår även som en viktig del av arbetet (Socialstyrelsen, 2001).

Många av aktörerna beskriver att de inte har fastställda eller specifika metoder som de använder sig av. Många använder sig av struktur och tydlighet samt att försöka få klienten medveten om att se helheten och mönster för att senare kunna ta lärdom av det. Författarna menar att metoderna behöver kompetens- och kvalitetsutvecklas för att kunna hålla de krav som socialstyrelsen ställer på verksamheten och att kommunerna bör se över ansvaret gällande rehabilitering/habilitering. Arbetsterapeutens åtgärder vidtas i förebyggande, habiliterande och rehabiliterande syfte för att undvika eller kompensera nedsatt aktivitetsförmåga. Arbetsterapeuten arbetar för att individens egna resurser tas till vara och utvecklas utifrån dennes behov och önskemål (FSA, etisk kod). En modell som arbetsterapeuter är utbildade i och som skulle kunna passa är ”The Cognitive disability model” där målet bland annat är att ge individen uppgifter de klarar av att utföra och att kompensera i individens miljö (Kielhofner, 2004).

Den kunskap som beskrivs i studien är varierande. Författarna anser att det är av vikt att alla medarbetare i organisationerna har en baskunskap kring NPF och att alla känner till rutiner och vad olika organisationer har för ansvar gentemot denna grupp av individer. En djupare kunskap behövs för de personer som mer regelbundet ska arbeta med personer med NPF och som ska bedöma behov och besluta om insatser. Författarna menar att det vore betydelsefullt att ta tillvara de förslag på utbildningsområden som lyfts av aktörerna i denna studie, kunskap om diagnoser/NPF, hur samsjuklighet, ålder och kön kan påverka, bemötande, verktyg för vardagen, behandling och medicin. Beskrivningen av aktörernas uppfattning gällande vilka

möjligheter och/eller hinder som kan påverka riktningen på ett ärende är generellt att de upplever att det finns fler hinder än möjligheter, vilket författarna menar är en intressant synpunkt då man enligt Socialstyrelsens vägledningsdokument (2004), ska utgå ifrån personens möjligheter och bygga vidare på dem.

Författarna menar även att trots att NPF ibland anses vara ”mode-diagnoser” så finns ett tydligt behov av mer kunskap kring detta i organisationerna, för att i tidigare skede upptäcka NPF, att på ett bättre sätt möta dessa individer och göra våra organisationer mer tillgängliga för denna grupp av individer.

Insatser

I resultatet framkommer det att antalet identifierade individer med diagnostiserad NPF (18-65 år i västra Östergötland) är 367 personer. Antalet utredda individer stiger för varje helt årtionde som presenteras. Gällande 90-talister så är endast två årskullar redovisade pga studiens avgränsning (18-65 år). Författarna anser att det hade varit intressant att kartlägga alla diagnostiserade personer födda under 90-talet för att få en bättre bild av hur behov av stöd och insatser kommer att se ut i en nära framtid.

Om man ser till de siffror som Kjell Modig presenterade 2006 så borde det i vårt område finnas ca 1300 personer med NPF, vilket författarna menar tyder på ett stort mörkertal och att behov av utredning och insatser för denna grupp är större än vad som framkommer av resultatet i denna studie.

Många av aktörerna beskriver att de stöttar individen genom utredning. Författarna menar att det samhälle vi idag lever i ställer stora krav på att enskilda individer ska fungera på ett optimalt sätt både i skola, yrkesliv och socialt. Studie- och arbetstempo är högt och ofta krävs att vi har stor ”social kompetens” och kan fungera tillsammans med en mängd olika personer, att vi är flexibla, välorganiserade och kan sortera ut och skaffa oss den information vi behöver för att genomföra våra uppgifter. Regeringens politik syftar till att samhället ska ta tillvara varje individs arbetsförmåga, även om den är liten. Att man ska se till de styrkor individen har trots sin sjukdom eller sitt funktionshinder. Som ett led i detta har sjukförsäkringssystemet stramats upp och det är idag mycket svårare att få sjukpenning eller sjukersättning beviljad. NPF kan vara svåra att förstå då individerna har många starka sidor som fungerar väl och andra områden som är oerhört svåra. Ofta berättar dessa personer om att de i sitt liv blivit utsatta för alltför stora krav och mötts av en oförstående omgivning som menar att ”du kan om du bara vill – skärp dig”. För dessa individer kan en grundlig, välstrukturerad utredning ge många svar och en ökad förståelse för och acceptans av sig själv.

Man får hjälp att se sina styrkor – vad KAN man bygga vidare på i livet och man får även sina svårigheter beskrivna för sig och en större insikt i vad man kanske måste kompensera för. Författarna menar därför att efter en utredning kan man på ett bättre sätt möta individens unika behov av insatser, behandling och individen får även tillgång till samhälleliga resurser, så som sjukersättning, LSS, lönebidrag mm, på ett annat sätt än innan. Med tanke på att resultatet visar att de insatser som idag erbjuds inte alltid är utformade efter individens unika behov borde tillgången på utredningar och funktionsbeskrivningar vara större och vägledande vid beslut om insatser. Författarna ställer sig frågan hur aktörerna på ett effektivare sätt kan tillgodogöra sig den information och kunskap om individen som utredningen ger. Utredningsresultatet borde än mer kunna ligga till grund för fortsatt behandling och insatser.

Aktörerna uppger att det är långa väntetider till psykiatrin och till NPF- utredning. Författarna anser att det behövs ett NPF-utredningsteam för att utreda personernas eventuella problematik. Det är dock ovisst hur behovet av utredningar kommer att se ut på sikt och om vi i nuläge har sett "kulmen" av individer som är i behov av NPF- utredning.

Utredningar måste ske med krav på vetenskaplighet och godtycklighet måste på alla sätt undvikas. Samtidigt måste det finnas balans mellan vad som är möjligt att i en utredning klarlägga av en persons förutsättning och svårigheter och vad som sedan personen har glädje av att veta för att få vardagen att fungera och vad som behövs för att personen ska få adekvat hjälp. Författarna menar att möjligheter till arbetsterapeutiska bedömningar borde utökas för att stötta de personer som är i behov av interventioner för att höja motivationen för ex drogfrihet inför och efter utredning. Bedömningen skulle även vara till hjälp för utredningsteamet samt ge det stöd som personen är i behov av före och efter utredning.

Författarna vill lyfta att det i dagsläge till stora delar saknas arbetsterapeutisk kunskap och insatser på beroendemottagningarna. Utifrån att senare tids forskning tydligt kunnat fastställa att personer med ADHD har större risk att utveckla missbruk och att denna patientgrupp ofta har stora svårigheter i vardagslivet skulle arbetsterapeutens kunskap kunna ge behandlingen ytterligare en dimension (Jansson, 2009).

Socialstyrelsen (2004) menar att enheter idag har en tydlig organisation för utredningar och att tid och resurser har lagts till detta men att man inte kommit lika långt när det gäller att erbjuda hjälpinsatser och stöd, vilket kan vara tankeväckande.

I resultatet framkommer det att läkemedelsbehandling symtomlindrande behandling, muskuloskeletal behandling, alkohol- och drogförebyggande insatser samt att bibehålla drogfriheten är de mest förekommande behandlingsformerna och att den största aktören runt målgruppen är landstinget. Författarna menar att sjukvården har en del utarbetade metoder och vårdprogram att stödja dessa insatser på och som tydliggör målgruppen. Det blir även på så vis mer synligt för aktörerna vilka insatser landstinget ger.

Det framkommer även i resultatet att två av aktörerna arbetar med sedvanlig psykiatrisk behandling utifrån patientens behov, vilket en av dem beskriver: *” vi jobbar på samma sätt med dessa patienten som med andra med depression, ångest och stressproblematik och ger samma råd. Ökat fokus dock på patientens behov av struktur utifrån möjlig senare diagnos”*. Författarna menar att det är en stor brist att det i nuläge inte finns tydliga strukturerade vårdprogram och arbetsformer för dessa komplexa personer, vilket kan leda till att det blir fel fokus på insatsen/behandlingen då funktionshindret inte går att behandla bort. Det beskrivs av många aktörer att interventionerna utförs i form av samtalsstöd för att motivera, skapa överblickbarhet, vara bollplank och för att underlätta kontakten med andra aktörer. Författarna anser att de insatser som finns att tillgå idag ofta är riktade mot att förändra inre faktorer, såsom stödsamtal och medicinering. Möjligheten att få praktisk, konkret hjälp i vardagen är bristfällig. Författarna jämför med Socialstyrelsens (2004) vägledningsdokument som beskriver områden där personer med NPF kan behöva stöd och ser att det i västra delen av Östergötland inom flera områden inte finns utarbetade former av stöd.

Vidare uppger många av aktörerna att insatserna bygger på att få en fungerande vardag med olika stödinsatser från samhället. Detta blir, menar författarna, svårt för målgruppen då NPF innebär problem att överblicka situationen samt att informationen gällande insatserna kommer från många aktörer där varje person ger sin beskrivning av insatsen.

Resultatet visar att en del av aktörerna använder arbetsterapi för att konkret träna struktur och vanor för att få vardagen att fungera lite bättre, där det även kan ingå hjälpmedel eller produkter som kan ge stöd för minnet, vilket även författarna anser skulle behöva vidare utvecklas och erbjudas i större utsträckning, då arbetsterapeuter provar ut, utvecklar och specialanpassar tekniska produkter som hjälpmedel till funktionshindrade samt förskriver dessa. Det ingår även att utvärdera användningen av förskrivna hjälpmedel.

Aktörerna beskriver att det stöd som idag ges inte alltid är bedömt utifrån funktionshindret och individens unika behov. Författarna menar att för att kunna göra en relevant bedömning

av en individ måste man utgå ifrån en helhetsbild av personens ALLA förmågor. Om det inte finns kompetens att göra detta kan insatsen bli felriktad och på fel nivå. Detta kan även leda till att personerna hamnar i ”en rundgång” i systemet, vilket blir både tröttsamt för personerna och kostsamt för samhället.

Ett projekt genomfört i Motala, visar att det i nuläge saknas kompetens från vuxengruppen på socialkontoret att bedöma och utreda en individs aktivitetsförmåga då insatsen beslutas (Jansson, 2009). Det framkommer att aktörerna saknar ett boendestöd som är i större utsträckning än idag är särskilt anpassat för personer med NPF. Författarna anser att en del av personerna kan bli självständiga i perioder, genom att kompensera för sitt funktionshinder och ha en bra struktur i sin vardag. Det är dock viktigt att tänka på att funktionshindret finns kvar och att en liten förändring i den omgivande miljön kan göra att behovet av stöd och insatser förändras snabbt. Författarna menar att det därför är betydelsefullt att det finns möjlighet för dessa personer att ha en kontinuerlig kontakt som baseras på det skiftande behovet. I studien av Jansson (2009) framkommer det även att det finns stora brister i instrument för mätning av mätbara delmål för klienter och boendestöd, vilket kan leda till att effekten av behandlingsresultatet uteblir då man inte har mätbara möjligheter.

Många av aktörerna uppger att de stöttar individen genom att tillföra arbetsuppgifter, arbetsträning/prövning, arbetslivsinriktade åtgärder, praktikplats eller praktisk verksamhet (snickeri, textil, lokalvård, kök, markarbeten mm) coachning, studievägledning. programverksamhet samt individuella programmet 16-20 år. Andra stödinsatser som aktörerna uppger att de kan ge individen är AF:s arbetsterapeut, arbetspsykolog och socialkonsulent samt stödinsatser från arbetsterapeut, hälsovetare och motivationscoach. Enligt författarna skapas en osäkerhet i organisationerna när nya begrepp på yrkeskategorier tillkommer, vilket riskerar bli otydligt för både individen och personal/aktörer. Författarna menar att organisationerna i framtida rekrytering av personal noga behöver se till vilken kompetens man behöver utifrån målgruppens behov. Vilka yrkeskategorier kan på bästa sätt möta behovet och arbeta utifrån vedertagna bedömningsinstrument och modeller. Arbetsterapeuter har generella och specifika modeller i behandlingsarbetet. En generell modell är ”Model of Human occupation” (MoHo) som ger en bred bild av hur en person blir motiverad till aktivitet, vanor och roller, aktivitetsutförandet och hur miljön påverkar aktiviteten (Kielhofner 2008).

Gällande arbete beskriver aktörerna att sysselsättningen behöver bli mer anpassat efter individens styrkor både när det gäller den funktionsinriktade delen samt den del som arbetsgivaren ska tillföra gällande acceptans och kunskap om funktionshindret. De beskriver vidare att det behövs mer och bättre samarbetsinsatser för att undvika att steget ut mot arbetsmarknaden blir för stort.

Författarna vill även betona att kommunen inte ensam kan tillfredställa behovet av sysselsättning för personer med NPF, det finns i nuläge dåligt med arbetsplatser och verksamheter som t ex kan ta personer med viss arbetsförmåga och behov av olika anpassningar, stöd och hjälpmedel. Författarna menar att personer med NPF skulle kunna vara en stor tillgång i arbetslivet, då de flesta har många starka sidor, viktigt är dock att arbetssituationen blir anpassad och att individen får rätt krav och stöd. Här är arbetsgivarna en viktig samarbetspartner, som behöver få mer utbildning och stöd när de tar emot personer med NPF på sin arbetsplats. Författarna vill även lyfta att personer med NPF kan ha en god arbetsförmåga men behöva ett stort stöd för att få sin vardag att fungera. Vidare menar författarna att detta belyser behovet av ett vardagsstöd från personer med stor kunskap om NPF och som har ett bredare uppdrag än dagens boendestöd, det som vissa kommuner valt att kalla vuxenpedagoger.

Aktörerna beskriver vidare att skolgången för ungdomar med NPF är ofta svår då den inte är anpassad efter individens behov de uppger även att stödet gällande läxhjälp till ungdomarna saknas från skolan. Gällande skolan som en viktig samverkanspart anser författarna att det vore värdefullt om lärare och annan skolpersonal fick en ökad kunskap kring NPF, för att i tidigare skede upptäcka och kunna sätta in relevanta insatser så att individernas resurser tas till vara på bästa sätt. Författarna ställer sig även frågan om man behöver utveckla nya skolformer för vissa personer med NPF, både de yngre och de som behöver komplettera en ofullständig skolgång. Då denna studie endast omfattar personer mellan 18-65år så belyses inte skolsituationen tillräckligt.

Gällande användningen av referensen Jansson, 2009 vill författarna förtydliga att studien inte har någon hög evidens. Dock har författarna valt att referera till den då den har sitt ursprung i en av de medverkande kommunerna och påvisar hur det ser ut i nuläge.

Sammanfattning av diskussion – projektidéer

Författarna menar att ett vidare projekt på högre nivå i samarbete med universitet skulle kunna ge mer kunskap om förbättringsmöjligheter. Författarna menar att bristen på rutiner för samverkan mellan aktörerna måste åtgärdas för att alla individer skall få det stöd och de insatser som man har rätt till oavsett vilken handläggare/behandlare man har. Det är av vikt att underlätta samarbetet mellan olika aktörer, att tydliggöra varje organisations ansvarsområde och vilka insatser som behöver ske i samverkan för att förenkla för individen som har behov av stöd från flera aktörer. Alla insatser förutom utredning behöver bli mer anpassade utifrån de specifika behov som personer med NPF har. Alla medarbetare bör få en basutbildning i NPF och de som arbetar mer riktat till denna målgrupp behöver fördjupad kunskap och handledning. Ärendehandledning och arbetsterapi skulle kompetens- och kvalitetsutveckla metoderna. Författarna anser att mörkertalet visar på ett större behov av utredning och insatser för denna grupp än vad som framkommer i resultatet. En utredning ger svar, ökad förståelse och acceptans. Författarna menar att möjligheter till arbetsterapeutiska bedömningar borde utökas för att stötta före och efter utredning.

Författarna väljer att avsluta rapporten med ett antal områden som lyfts i kartläggningen och som behöver utvecklas:

- Tydliggöra organisationernas uppdrag gentemot målgruppen
- Skapa rutiner för samverkan mellan organisationer (ex Case Management, gemensam vårdplanering, fler viktiga aktörer)
- ICF (gemensamt språk för beskrivning av funktionstillstånd och begrepp)
- Basutbildning, fördjupningsutbildning -personal
- Former för att dela kunskap (ärendehandledning, arbetsterapi, utredningsresultat, utbildning, information)
- Fortsatt behov av utredning och insatser
- Funktionsbeskrivningar – grund för insats
- Tydliga vårdprogram för behandling – insatser
- Framtida rekrytering - personal utifrån målgruppens behov
- Klient – och anhörigutbildning
- Mer fokus på stöd i yttre faktorer än inre

- Stödteam för personer med NPF (samverkan flera kommuner, speciellt anpassat efter målgruppens behov, bredare uppdrag än bara boendestöd ex vuxenpedagoger, coacher)
- Modeller och bedömningsinstrument – utvärdering
- Andra skolformer ”second chance school”
- Stöd och utbildning till arbetsgivare

Referenser:

Mini-D IV (2002), *Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*, Danderyd: Pilgrim Press
 FSA *Etisk kod för arbetsterapeuter* Stockholm: FSA
 ICF Socialstyrelsen, (2003) *Klassifikation av funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa*.
 World Health Organisation
 Kielhofner, G, (2008) *Model of human occupation: Theory and application*. 3rd ed.
 Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
 Olsson, H., Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB

Elektroniska referenser:

<http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/nationellpsykiatrisamordning2005%E2%80%93007/Documents/F11Vardkedjeprosjektetslutrappport2006.pdf>
<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/QuickSearchBrowse.aspx>.
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/DDE7DC05-41B4-4DC7-9EEC-D3E3A9EFC604/1589/20011053.pdf>
<http://www.nsph.se/picture/upload/Vad%20är%20psykiskt%20funktionshinder.pdf>
<http://www.attention-riks.se/index.php/neuropsykiatriska-funktionshinder-npf.html>
<http://www.attention-riks.se/index.php/tourettes-syndrom.html>
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10347/2004-110-7_20041107.pdf
<http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/nationellpsykiatrisamordning2005-2007/Documents/R9VagledningsdokumentASTkort.pdf>
http://www.susam.se/finsam/om_finsam/

Jansson, L (2009) *Kan arbetsterapi utveckla arbetsgrupperna med inriktning mot missbruk/psykiatri?* Motala kommuns hemsida (socialförvaltningen).