

LIVSSITUATIONEN FÖR PERSONER MED PSYKISKT FUNKTIONSHINDER I SJUHÄRAD

Monica Nordström, Pia Redberg



TITEL	Livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder i Sjuhärad
FÖRFATTARE	Monica Nordström, Pia Redberg
UPPLAGA	1
TRYCKÅR	2007

© Författaren/Författarna

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport - helt eller delvis - är förbjudet utan medgivande av författaren/författarna.

FÖRORD

Det måste ju finnas fler som jag... som är i samma situation, då skulle man kunna vara fler...kunna gå på fotboll och sådana grejer (man 27 år).

Denna rapport hade inte varit möjlig om inte personer med psykiskt funktionshinder i Sjuhärad hade varit så generösa att dela med sig av sina erfarenheter. Ett stort tack till alla er som har deltagit i enkät- och intervjustudien. Ett stort tack också till all personal som har hjälpt oss att nå personerna och lämna ut enkäten. Vi vill även tacka Vårdalinstitutet som finansierat studie och ÄldreVäst Sjuhärad som bidragit med sina erfarenheter och sitt kontaktnät. Slutligen stort tack till Annika Andersson Gardvall, Lars Rönmark och Anna-Lena Vesterman som läst och kommenterat vårt manus.

Det är vår förhoppning att denna rapport skall bidra till en givande diskussion mellan alla involverade i organiseringen av stödet till personer med psykiskt funktionshinder i den samhällsbaserade psykiatrin i Sjuhärad.

Monica Nordström Pia Redberg

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	III
KAPITEL 1 INLEDNING	1
Syfte och design	1
KAPITEL 2 BAKGRUND	3
Personer med psykiskt funktionshinder	3
Sjuhäradsbygden.....	7
KAPITEL 3 METOD.....	10
Enkäten	10
Information, distribution och påminnelser	11
KAPITEL 4 RESULTAT	12
Kartläggning av personer med psykiskt funktionshinder.....	12
Allmänna levnadsförhållanden	14
Sysselsättning.....	16
Försörjning	18
Hälsa.....	19
Stöd från formella verksamheter och personer i formella verksamheter	20
Stöd från informella verksamheter och personer i informella verksamheter.	22
Typ av stöd	23
Nyttjande och tillgänglighet	24
KAPITEL 5 SAMMANFATTANDE DISKUSSION.....	30
REFERENSER.....	33
BILAGA 1	34

KAPITEL 1 INLEDNING

Rapport innehåller de första resultaten från projektet *Livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder i Sjuhärad*. Vår avsikt med denna rapport är att den skall komma såväl personer med psykiskt funktionshinder som personal och politiker till del. Den finns också tillgänglig på ÄldreVäst Sjuhärads hemsida, där även fortsättningsvis andra publikationer från projektet kommer att finnas.

Rapporten innehåller fem kapitel och en bilaga. Kapitel ett innehåller förutom denna beskrivning av innehåll och upplägg även en motivering till varför projektet är angeläget att genomföra liksom dess syfte och design. Kapitel två innehåller en kort beskrivning av hur den samhällsbaserade psykiatrin ser ut idag, hur vi ser på psykiskt funktionshinder och hur vi diskuterat när vi definierat målgruppen. Här beskriver vi också hur stödet till personer med psykiskt funktionshinder i de sju kommunerna var utformat vid projektets start. Kapitel tre innehåller en beskrivning av hur vi kartlade målgrupper samt hur vi metodiskt gått tillväga. I kapitel fyra beskriver vi våra resultat utifrån temana *allmänna levnadsförhållanden, sysselsättning och arbete, formella och informella stödinsatser* samt *hälsa*. Resultaten som redovisas i olika diagram beskriver hela undersökningsgruppen, d.v.s. samtliga personer som besvarat enkäten. Slutligen i kapitel fem sammanfattar vi resultaten och reflekterar över hur stödet skulle kunna utformas i framtiden. I bilagan redovisas resultaten från respektive kommun. Detta för att intresserade i den egna kommunen skall kunna göra en jämförelse mellan kommunens resultat och resultaten från samtliga kommuner.

Psykiatrireformen som genomfördes 1995 har inneburit att alltfler personer med psykiskt funktionshinder erbjuds och får stöd inom kommunen från framförallt socialtjänsten och öppen psykiatri. Fortfarande tio år efter reformens genomförande visar nationella översikter på stora brister i stödet. Genom tidigare forskning, nationell psykiatrisamordning och genom våra kontakter med olika kommuner har vi förstått att det finns kunskapsluckor om hur många personer som faktiskt får stöd från kommun och öppen psykiatri samt hur detta stöd är utformat. Det är rimligt att anta att Sjuhäradsbygden som består av både storstads- och landsbygdbebyggelse inte nämnvärt skiljer sig från övriga Sverige och det var därför intressant att genomföra en studie här. Våren 2005 erbjöds kommunerna att medverka i detta forskningsprojekt kring livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder, samtliga kommuner tackade ja och projektet kunde starta hösten 2005.

Syfte och design

Projektet genomförs i fyra faser; en kartläggning, en kvantitativ enkätstudie, en intervjustudie och slutligen en interventionsstudie, vilken baseras på de resultat som framkommit i fas två och tre. Denna rapport redovisar resultaten från enkätstudien med citat från intervjuerna.

Det övergripande *syftet* med studien är att beskriva livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder. Följande frågor kommer vi att belysa:

- Hur beskriver personerna sina levnadsförhållande?
- Vilket stöd uppger de att de får från de formella och informella stödsystemen?
- Hur beskriver de sin utbildning, sysselsättning och/eller yrke/arbetssituation?
- Hur beskriver de sitt hälsotillstånd?

KAPITEL 2 BAKGRUND

Förändringarna inom offentliga verksamheter kännetecknas av decentralisering och för psykiatriområdet del har landstingens psykiatriska verksamhet flyttats till socialtjänst och psykiatriska öppenvårdsmottagningar i kommunerna. Detta har inneburit en specialisering eller renodling av verksamheterna. Landstinget ansvarar för den specialiserade och akuta psykiatrin medan kommunerna i princip ansvarar för sociala insatser för personer med psykiskt funktionshinder och den psykiatriska öppenvården i huvudsak för de medicinska insatserna. Kommunen har det yttersta ansvaret för sina invånare och måste ordna stöd och hjälp men hur detta utformas och i vilken regi det drivs kan se olika ut. Specialiseringen och det faktum att flera huvudmän har olika och samtidigt delat ansvar när det gäller stöd, vård, omsorg och rehabilitering kräver en välfungerande samverkan dem mellan. Cirka 85 procent av Sveriges kommuner uppfyllde år 2003 inte kraven på gemensamma mål och riktlinjer för den samhällsbaserade psykiatrin. Bristen på gemensamma mål försvårar samverkan och tendensen är att kommunerna ensamma får bära ansvaret (Socialstyrelsen och Länsstyrelserna 2003).

En omfattande utbyggnad av olika verksamheter inriktade mot personer med psykiskt funktionshinder har dock skett efter psykiatrireformens genomförande. Svenska kommuner och landsting erbjuder idag en mångfald av stöd-, vård-, omsorgs- och rehabiliterande insatser riktade mot personer med psykiskt funktionshinder. Dessa stödinsatser präglas av två synsätt; det medicinska och det sociala. Den medicinska modellen har fokus på individen och funktionsnedsättningar orsakade av sjukdomar eller skada medan den sociala modellen tar fasta på samhälleliga strukturers betydelse för funktionshindret och individens relationer till omgivningen. För att tillgodose personernas behov krävs insatser av båda slag.

Kommunernas verksamhet riktad till personer med psykiskt funktionshinder benämns på olika sätt, exempelvis handläggare med inriktningen psykiskt funktionshinder, boendestöd, socialpsykiatri eller liknande. I vissa kommuner finns ingen särskild benämning utan insatserna ingår i den övriga verksamheten, till exempel i socialtjänstens individ- och familjomsorg eller äldreomsorg. Samhällsbaserad psykiatri är den benämning som kanske bäst speglar det stöd som ges till personer med psykiskt funktionshinder vilka bor i eget eller särskilt boende i en kommun. (Danermark 2005, Michailakis och Reich 2005).

Personer med psykiskt funktionshinder

I offentliga rapporter talas det både om psykisk sjukdom, psykisk störning och psykisk ohälsa och skillnaden mellan dessa är oklar. I denna rapport används samma benämning som tillämpas i kommunerna, d.v.s. personer med psykiskt funktionshinder, vilken innefattar personer med psykisk sjukdom och störning men även personer med psykisk ohälsa. I den senare benämningen finns en gråzon i definitionen. Ett exempel på detta är om personer utan klar psykiatrisk diagnos skall bedömas som funktionshindrade eller om personer med psykiatrisk diagnos som klarar flertalet vardagsaktiviteter själva kan bedömas som funktionshindrade.

En diskussion om vilka personer som skall räknas till psykiskt funktionshindrade

har pågått sedan psykiatrireformen genomfördes. Socialstyrelsen formulerade en definition av psykiatrireformens målgrupp i samband med reformens införande (Regeringens prop. 1993/94:218, 1993/94:188). Då definierades personer med psykiskt funktionshinder som personer med långvariga eller allvarliga psykiska störningar. I dag definieras personer med psykiskt funktionshinder som ”*en person har ett psykiskt funktionshinder om hon/han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under längre tid. Svårigheterna skall vara en konsekvens av psykisk störning*” (SOU 2006:100). Definitionen ansluter sig till WHO’s definition av handikapp. Handikapp är en följd av både funktionsnedsättning hos individen och faktorer i omgivningen och definieras som en konsekvens av sjukdom eller skada där viktiga livsområden begränsas. Funktionsnedsättningen och funktionshinder refererar således till två olika fenomen. Funktionsnedsättning är knutet till kroppen medan funktionshinder är en konsekvens av individens funktionsnedsättning i relation till det omgivande samhället. Med viktiga livsområden menas grundläggande lärande och kommunikation, personlig omvårdnad och hemliv, social gemenskap och medborgerligt liv (jfr Socialstyrelsen 2003b).

Antalet personer med psykiskt funktionshinder som beräknas omfattas av psykiatrireformen är osäkert och det saknas idag tillförlitliga data om hur många personer det finns enligt den definition som gäller i Sverige. De kartläggningar som gjorts visar att av Sveriges nära nio miljoner invånare beräknas cirka 45 000 personer över 18 år på grund av psykisk sjukdom ha behov av dagligt stöd för att klara sitt vardagliga liv. Detta ger ett prevalenstal¹ på omkring 6/1000 (Socialstyrelsen 1998 s 40, SOU 2006:100). Dessa siffror är dock osäkra och sannolikheten är stor för underrapportering.

Vilka personer med psykiskt funktionshinder ville vi skulle ingå i studien? Var kunde vi nå dessa personer? Detta var några frågor vi inledningsvis ställde oss. Att vända oss till personal som arbetar i verksamheter för personer med psykiskt funktionshinder blev därmed den mest självklara avgränsningen. Som kommuninvånare kan personer med psykiskt funktionshinder vända sig till kommunens socialtjänst, primärvård och/eller landstingets psykiatriska öppenvårdsmottagning. Därutöver finns olika öppna verksamheter som kommunen, landstinget eller frivilligverksamheter organiserar. Personerna finns då registrerade i dessa verksamheter eller så besöker de dessa mer eller mindre regelbundet och är på så sätt kända av personalen. En följd av detta är att de personer vi ville nå kunde finnas registrerade på en eller flera verksamheter och/eller enheter inom samma verksamhet. Vi har strävat efter att de personer som har stöd från flera verksamheter/enheter bara skall definieras utifrån en verksamhet.

Vi diskuterade också vilka personer vi egentligen avsåg med målgruppen personer med psykiskt funktionshinder. *Hörde barn under 18 år hit? Hörde äldre personer hit? Hur skulle vi se på personer med dubbelproblematik?*

¹ Prevalenstal innebär beräknat antal personer som har en sjukdom eller ett funktionshinder.

Tillhörde exempelvis personer med psykisk sjukdom och missbruk, psykisk sjukdom och utvecklingsstörning, psykisk sjukdom och demens vår målgrupp? Eller skall personer som är långtidssjukskriva på grund av depressioner eller utbrändhet räknas till gruppen?

Självklart bör man vara oerhört försiktig med att diagnostisera och kategorisera unga personer som psykiskt sjuka. Även om dessa personer kan ses som en grupp i gråzonen innefattas de inte i vår studie. Skälet till denna avgränsning var för vår del enkel. Under 18 år är man inte myndig och det krävs ett medgivande från vårdnadshavaren för att barn/ungdomar skall besvara en enkät eller bli intervjuad.

Personer över 65 år med psykiskt funktionshinder är däremot en grupp vi gärna vill nå. Det finns mycket lite kunskap om äldre med psykiskt funktionshinder och deras livssituation oavsett om personerna tidigare bott på mentalsjukhus eller i ordinärt boendet. I offentliga utvärderingar av psykiatrireformen (se slutrapport från nationell tillsyn 2002-2004) är äldre över 65 år så gott som utelämnade. Troligen för att dessa personer är svåra att nå genom de verksamheter för personer med psykiskt funktionshinder som finns i dag. Vanligt är att kommunerna, när de organiserar sin verksamhet, gör detta utifrån åldersgrupper. Personer över 65 år räknas då till äldreomsorgen oavsett tidigare livssituation, sjukdomar och behov.

Socialstyrelsen menar att personer med psykisk sjukdom och missbruk är en grupp som innefattas i målgruppen medan personer med enbart missbruk inte skall ingå. Socialstyrelsen tar fram ett exempel på en ung man (26 år) med socialt problematisk situation. Han har drogproblem och klara inte ett ordinarie arbete men han har ingen specifik diagnos och räknas då inte till psykiskt funktionshindrad (2006 sou.gov.se/psykiatri/index.htm). Socialstyrelsen ger inget exempel på personer med utvecklingsstörning och psykisk ohälsa och hur man kan se på deras funktionshinder. Vi menar att personer med psykiskt funktionshinder som även har en utvecklingsstörning och personer med psykiskt funktionshinder som också har missbruksproblem skall räknas till målgruppen.

Vi diskuterade dessutom om personer med demenssjukdomar skulle ingå i undersökningsgruppen. Personer med diagnosen demens räknas visserligen till psykiatrins område, men att innefatta hela denna grupp i vår studie skulle inte vara möjligt. Vi ville ändå inte helt utesluta personer med demens utan kom fram till att om personerna hade haft en psykisk sjukdom innan demensen debuterade skulle de ingå i studien – om de klarade att besvara enkäten själva eller med stöd av andra.

En annan avgränsning rör personer med depression eller utbrändhet. Vi diskuterade om personer med långvariga depressioner i samband med livskriser skulle tillhöra undersökningsgruppen, men kom fram till att så inte var fallet. Detta överensstämmer med socialstyrelsens exempel som rör en kvinna med en långvarig depression efter makens död, där man menar att kvinnan i nuläget inte skall räknas till psykiskt funktionshindrad (2006 sou.gov.se/psykiatri/index.htm). Däremot kan personer med återkommande depressioner eller personer som blivit utbrända och inte kunnat återhämta sig ingå.

I våra diskussioner har vi utgått från det psykiska funktionshindret och de personer som

ses som psykiskt funktionshindrade, oavsett vilken annan sjukdom eller ohälsa de har, skall ingå i undersökningsgruppen.

Vilken typ av insatser och behandlingar ges till personer med psykiskt funktionshinder? Vilka personer eller enheter i verksamheten ger dessa insatser? Detta var andra frågor vi diskuterade. Här utgick vi från formellt och informellt stöd. Till de insatser och behandlingar som tillhandahålls genom olika offentliga/formella verksamheter räknas medicinsk vård och behandling, stöd i form av hjälp med personlig omsorg, hushållssysslor, boende, ekonomi eller olika former av individuellt personstöd (kontaktperson, personligt ombud). Hit räknas också rehabiliterande insatser såsom sysselsättning och arbete samt utbildning och olika fortbildningsinsatser. (jfr ICF bedömning av aktiviteter och delaktighet Socialstyrelsen 2003b s18).

Till det informella stödet räknas hjälp från familjen och närstående, vänner och grannar. Deras hjälpinsatser sammanfaller ofta med eller kompletterar de formella insatserna. Till informella insatser räknas också insatser från frivilligorganisationer såsom kamratstöd och väntjänst, uppsökande verksamhet, och stöd genom olika intresseföreningar samt stöd av diakonin eller kyrkan.

I detta sammanhang har vi även diskuterat den problematiska avgränsningen mellan sysselsättning, rehabiliterande sysselsättning och arbete. Vi ställde oss frågor som; När en person klarar ett ordinärt arbete men inte kan få ett arbete på grund av sin funktionsnedsättning är han/hon då funktionshindrad? När en person klarar ett ordinärt arbete på hel- eller deltid med stöd av andra skall han/hon då räknas till funktionshindrad? Här handlade det både om arbetsförmåga och om tillgång till arbete. I en allt tuffare arbetsmarknad är det troligt att den omgivande miljön spelar stor roll för möjlighet till både arbetsträning och arbetstillfällen.

Den definition vi använt som riktlinjer för kommunerna när de skulle beräkna antalet personer med psykiskt funktionshinder är:

- Personer som är 18 år och äldre och bor i Sjuhäradsbygden.
- Personer som på grund av psykiskt funktionshinder inte klarar sina vardagliga aktiviteter utan stöd av andra.
- Stödet kan röra sig om hjälp i hushållet, hjälp med personlig omsorg och vård, stöd i boende, sysselsättning och arbete. Stödet kan ges i det egna hemmet, genom och/eller i särskilt boende eller som rehabiliteringsstöd och/eller medicinska insatser.
- Behovet av stöd skall ha varat minst sex månader och vara bestående eller återkommande.
- Stödet kan ges av personal anställd i kommun och landsting, närstående och vänner samt olika frivilligverksamheter.
- Personerna skall klara att besvara en enkät själva eller med viss hjälp av andra kunna uttrycka sin åsikt.

Sammanfattningsvis så ingår följande personer eller grupper av personer i denna studie:

- För det första personer som personalen definierade som psykiskt funktionshindrade utifrån de kriterier för psykiskt funktionshinder vi har satt upp.
- För det andra så ingår personer som har stöd och hjälp i form av olika insatser oavsett om de ges av formella eller informella hjälpare.
- För det tredje så ingår personer med dubbelproblematik om det är personer med psykisk sjukdom och utvecklingsstörning eller psykisk sjukdom och missbruk. Personer med psykisk sjukdom och mild demens ingår om de kan fylla i enkäten själva eller viss hjälp av andra.
- För det fjärde så ingår personer som klarar alla sina vardagliga aktiviteter men inte klarar sysselsättning och arbete. Hit räknas också personer som inte klarar ett ordinärt arbete utan stöd av andra.

Sjuhäradsbygden

I området bodde år 2005 cirka 200 000 personer. I den största kommunen cirka 100 000 personer medan befolkningen i de övriga sex kommunerna fördelas mellan 8000 till 33 000 personer². Området har både storstadskaraktär, landsbygd och glesbygd och befolkningen skiljer sig inte nämnvärt från riksgenomsnittet. I undersökningsområdet bodde vid tidpunkten för studien 153 289 personer över 18 år och med utgångspunkt från socialstyrelsens beräkningar skulle det i Sjuhäradsområdet finnas cirka 920 personer med psykiskt funktionshinder.

När projektet startade skickades en e-postenkät till kontaktpersonerna där vi bad dem lämna uppgifter kring den egna verksamheten. Vi ville ha uppgifter kring *verksamhetsplan* samt *verksamheter* och *personal inriktade mot personer med psykiskt funktionshinder*. Verksamhetens organisation såg ganska olika ut i kommunerna när projektet påbörjades. I vissa kommuner hade man kommit ganska långt i utbyggnaden av stödet till personer med psykiskt funktionshinder medan man i andra kommuner knappt hade börjat.

2 Borås 100 000
Mark 33 000
Ulricehamn 22 000
Tranemo 12 000
Svenljunga 11 000
Herrljunga 10 500
Bollebygd 8 000

Borås har en socialpsykiatrisk enhet med en chef som ansvarar för personer med psykiskt funktionshinder mellan 18-65 år. Verksamheten innefattar fem särskilda boenden med sammanlagt 75 lägenheter. SoL (Socialtjänstlagen) och Lss (Lagen om särskilt stöd till vissa funktionshindrade) insatser finns i form av boendestöd dessutom finns personliga ombud till personer med psykiska funktionshinder. I Borås finns också ett aktivitetshus och daglig verksamhet med sysselsättningar i form av café-, hantverks- och industriverksamhet.

I **Ulricehamn** finns enhetsansvarig för kommunens psykiatrisk verksamhet. Det finns även här ett särskilt boende, två dagliga verksamheter och insatser enligt SoL och Lss i form av boendestöd och hemtjänst.

Även **Svenljunga** har en enhetschef för verksamheten. Här finns ett boende med fyra lägenheter och två lägenheter för korttidsboende. Dessutom finns boendestödjare och insatser enligt SoL och Lss. Det finns även dagligverksamhet, ett café och en butik inriktad mot rehabilitering och arbetsträning.

Herrljunga har en verksamhetschef som är ansvarig för den socialpsykiatriska verksamheten. Här finns ett aktivitetshus samt boendestödjare och insatser enligt SoL och Lss. Dessutom finns en dagligverksamhet och verksamhet inriktade mot arbetsrehabilitering.

I **Mark** finns en psykiatrisamordnare, särskilda boenden med tjugo lägenheter, en dagligverksamhet, boendestödjare och insatser enligt SoL och Lss. Här finns också daglig verksamhet inriktad mot arbete och rehabilitering.

Bollebygd och Tranemo hade vid tidpunkten för projektets start inga särskilda boende för personer med psykiskt funktionshinder, inte heller några boendestödjare utan personerna fick stöd genom SoL- och Lss-insatser. I Tranemo fanns en daglig verksamhet. I dag finns det boendestödjare i både Bollebygd och Tranemo. I Tranemo har det dessutom tillkommit ett boende.

Flertalet kommuner har också en egen psykiatrisk öppenvårdsmottagning med undantag av Bollebygd som tillhör samma psykiatriska öppenvård som Borås. Herrljunga har sin mottagning gemensamt med Vårgårda.

På våra frågor uppgav fyra av de sju kommunerna att de hade en verksamhets- och handlingsplan för personer med psykiskt funktionshinder. Fem kommuner hade också samverkansgrupper med lite olika sammansättning. I två kommuner bestod gruppen av representanter för socialtjänst och psykiatrisk öppenvård. I två grupper ingick också personer med psykiskt funktionshinder. I den femte kommunen ingick socialtjänst, psykiatrisk öppenvård och primärvården.

Sex av de sju kommunerna hade daglig verksamhet inriktade mot personer med psykiskt funktionshinder. Fyra kommuner hade någon form av arbetsträning oftast i form av caféer eller butiker, lika många hade inga särskilda boende för gruppen. Vi frågade också om vilka personalgrupper i den egna kommunen som arbetade direkt mot personer med psykiskt funktionshinder. Detta sammanfattas i nedanstående tabell.

Verksamhetsnivå	Antal kommuner	Personalnivå	Antal kommuner
Verksamhetschef	4	Mentalskötare	7
Behandlingsassistent	3	Boendestödjare	4
Psykiatrisjuksköterska	3	Personlig assistent	2
Biståndshandläggare	2	Personligt ombud	2

Tabell 1. Översikt över personalgrupper och antal personer i respektive grupp som arbetade med inriktning mot personer med psykiskt funktionshinder i samtliga kommuner vid projektets start.

KAPITEL 3 METOD

Hösten 2005 påbörjades förankringsarbete i kommunerna genom gemensamma informationstillfällen och personliga besök. Två representanter (kommun och landsting) utsågs som kontaktpersoner, vilkas uppgift var att kartlägga personer med psykiskt funktionshinder i den egna kommunen och sedan distribuera enkäten. Kartläggningen blev ett tidsödande arbete dels beroende på svårigheter med att få fram lämpliga kontaktpersoner med kännedom om personerna dels beroende på hur kommunerna organiserat stödet till personer med psykiskt funktionshinder. I de mindre kommunerna, med en enkel organisation, genomfördes kartläggningen relativt lätt. Där hade också kontaktpersoner relativt god personkännedom om personerna. Men i den större kommunen och i de mindre kommuner där ingen specialiserad verksamhet fanns eller i de verksamheter där arbetsbelastningen var stor var det betydligt svårare.

Kontaktpersonerna informerades om att de först skulle kartlägga antalet personer med psykiskt funktionshinder som fick stöd från kommunens olika verksamheter såsom socialpsykiatriska enheter, andra enheter inom socialtjänsten såsom individ och familjeomsorgen och äldreomsorgen, kommunernas dagliga verksamheter. Därefter skulle de kartlägga antalet personer med psykiskt funktionshinder inom psykiatriska öppenvården vilka inte hade stöd från kommunens verksamheter. Detta tillvägagångssätt ansåg vi bäst eliminera risken för dubbla enkäter till samma person.

En konsekvens av att göra en avgränsning utifrån verksamheter är att vi inte når personer som inte har stöd från ovan nämnda verksamheter, eller personer där verksamheten arrangerat tillfälliga lösningar för enskilda personer. Det är troligt att vi här missar ett antal personer, framförallt personer som har stöd från familjen eller andra närstående men inte har stöd från någon av ovan nämnda verksamheter.

Enkäten

Enkäten bygger på nationella systematiska kartläggningar (Socialstyrelsen 2003a, Hansson 2005, IMS 2007) över de stödinsatser som ges. Dock finns stora lokala variationer från en mångfald av erbjudna insatser till så gott som inga (SOU 2006:100). Detta förhållande speglar också situationen i Sjuhärads kommuner. Enkäten är konstruerad för att täcka variationen av stöd som kan erbjudas både från formella och informella stödsystem. Det formella stödet ges antingen i form av kollektiva insatser såsom dagligverksamhet eller individuella insatser som praktisk hjälp i hemmet, råd, stöd och samtal samt behandling. Det informella stödet ges antingen av familjen eller frivilliga då främst som individuellt stöd.

Enkäten bestod av 162 frågor indelade i sex frågeområden: Allmänna levnadsförhållanden, stöd från formella organisationer och från personer i formella organisationer. Stöd från informella organisationer och från personer i informella organisationer samt hälsotillstånd, sjukdomar och medicinering. Varje område innefattar frågor kring typ av stöd, nyttjande/användande av stödet samt tillgänglighet till stödet. Dessutom fanns det frågor om personen saknade något stöd som inte fanns med i enkäten och i så fall vilket.

Information, distribution och påminnelser

Kontaktpersoner och andra som distribuerade enkäten informerades muntligt och skriftligt. Skriftligt genom ett informationsblad om tillvägagångssättet vid kodning och utlämning av enkäter samt rutiner för påminnelserna. Kontaktpersonerna fick också ett paket med ett brev där studien beskrivs, enkäter, svarskuvert, påminnelsebrev och ett informationsblad med instruktioner för ifyllande av enkäten. I vissa kommuner skrev kontaktpersoner också ett eget följebrev till de aktuella personerna. Enkäterna överlämnades sedan antingen direkt i handen till personen eller så skickades de ut via post. Kontaktpersonerna fick själva avgöra distributionssättet. Kommunerna delade i regel ut enkäter personligen till personerna medan öppenvårdmottagningar skickade ut enkäterna. Att enkäten lämnades över personligen innebar att flera personalled var involverade och att det var mycket tidsödande. Fördelen var att vi fick information om vilka personer som ville respektive inte ville delta i studien.

Sammanlagt gjordes tre påminnelser. Den första skedde skriftligen tio dagar efter utdelningstillfället till samtliga personer som fått en enkät. Den andra påminnelsen skedde per telefon och e-post till kontaktpersonerna med uppmaningen att be den personal som delat ut enkäten påminna personerna muntligen. En tredje påminnelse gjordes denna gång genom personliga besök av projektledningen på de platser där svarsfrekvensen var låg. I samband med detta gjordes, på kontaktpersonernas inrådan, en komprimerad enkät.

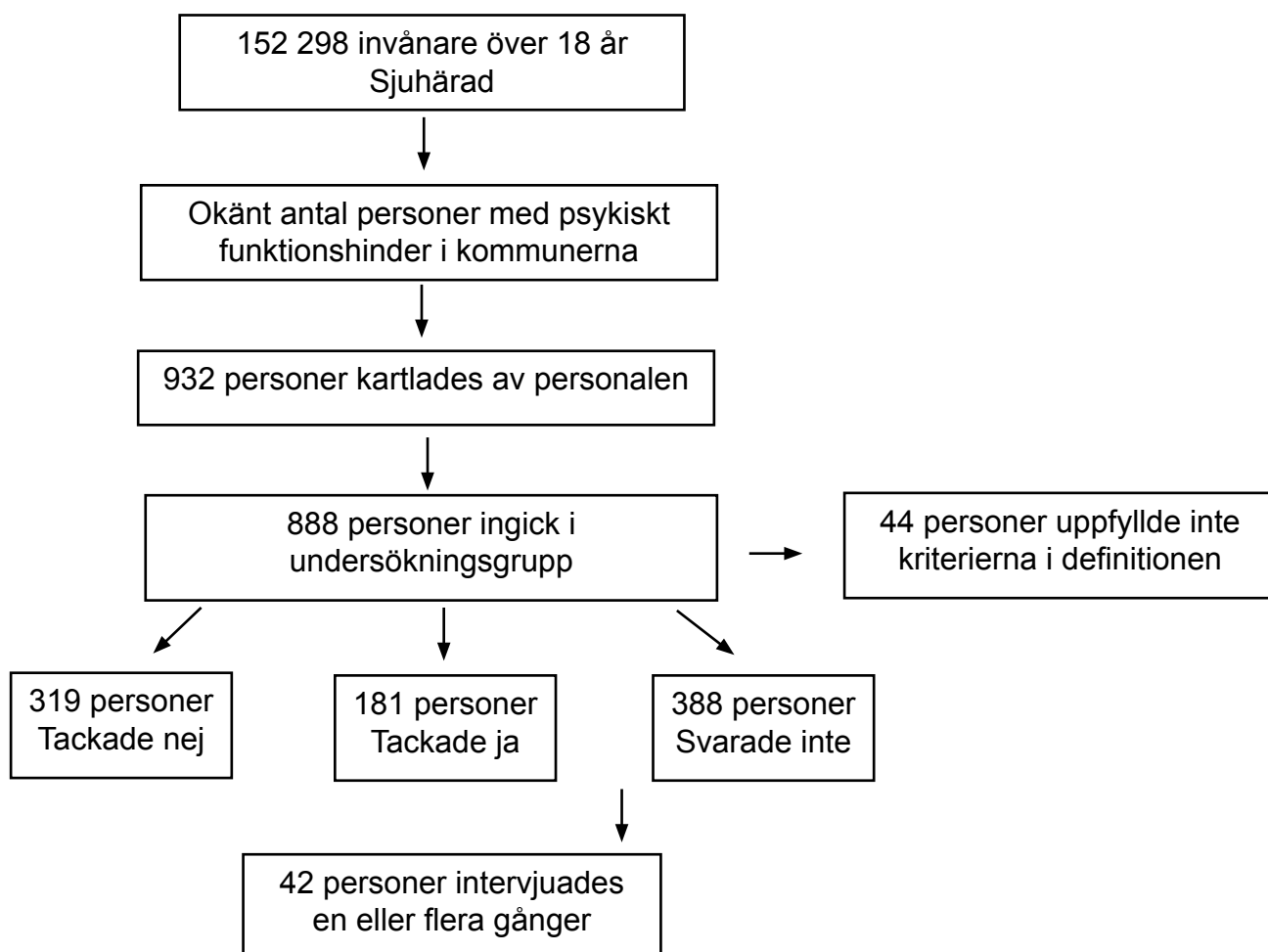
Förankringsarbete och kartläggning tog cirka sex månader, utlämningen cirka tre månader och påminnelserna skedde under en tremånadersperiod. Sammantaget pågick förankrings- och datainsamlingsarbetet mellan 051001 till 060930.

KAPITEL 4 RESULTAT

De resultat vi presenterar i detta kapitel bygger på de 181 personer som svarade på enkäten³. Vi redovisar resultaten i diagram utifrån följande teman; allmänna levnadsförhållanden, sysselsättning och arbete, stödsatser samt hälsa. Varje avsnitt inleds med ett illustrerande citat från intervjuerna.

Kartläggning av personer med psykiskt funktionshinder

Nedanstående figur är en översikt över de personer med psykiskt funktionshinder vi identifierat i projektet utifrån befolkningssiffrorna i Sjuhärad, antal personer som besvarat enkäten, vilka personer som tackat nej och vilka personer som inte svarat. Dessutom anger vi hur många personer som intervjuats.



Figur 1. Översikt över kartläggningen.

³ Vi anger siffrorna både i antal svarande n = 181 och i procent.

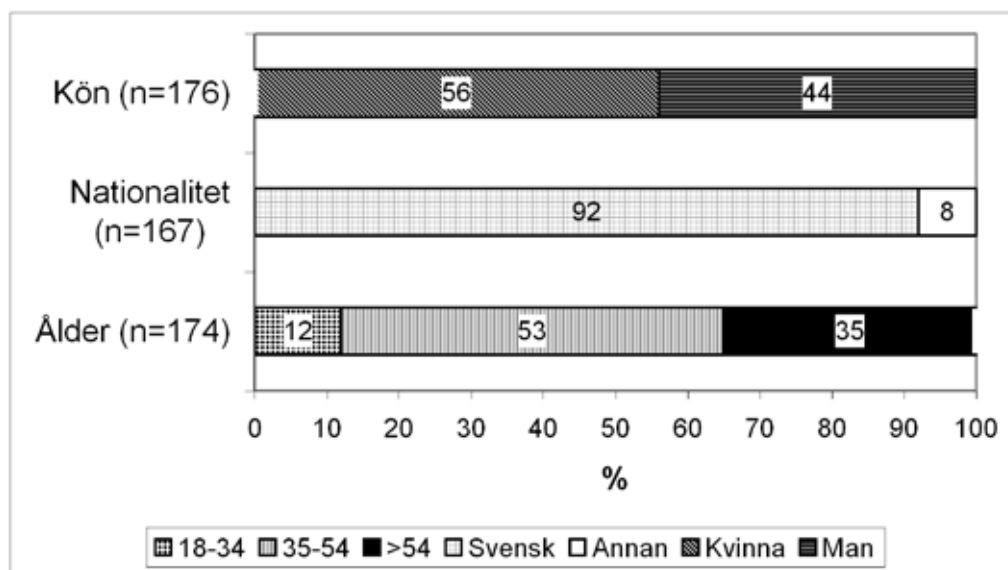
Vi har lyckats kartlägga 932 personer med psykiskt funktionshinder, en prevalens något över 6/1000. Våra siffror är dock osäkra. För det första för att vårt tillvägagångssätt att definiera personerna enbart genom kommun- och landstingspersonal begränsar urvalet. Personer som enbart har stöd från familjen, närstående eller frivillig organisationer har vi inte kunnat nå. Inte heller de personer som är helt utan stöd. För det andra för att definitionen är vid och att denna kan ha tolkats olika av kontaktpersonerna även om vi var noga med att informera. För det tredje för att vi inte riktigt lyckades nå alla verksamheter. I det senare fallet vet vi dock att det rör sig om ett mindre antal personer med psykiskt funktionshinder som får stöd från IFO (Herrljunga och Borås), äldreomsorgen (Borås) och psykiatriska öppenvården (Mark). Det är därför troligt att den statistik vi fått fram är låg i förhållande till det faktiska antalet personer som finns i Sjuhärad.

För att få ett grepp om varför personerna inte vill delta i undersökningen skickades vid andra påminnelsetillfället en mindre e-postenkät till kontaktpersonerna med en förfrågan om detta. Flera skäl till att tacka nej framkom. Ett var att personerna inte kände sig som psykiskt sjuka/funktionshindrade och därför inte ville delta. Ett annat var att personerna inte vill lämna ut sig, att det rev upp känslor eller att de besvarat så många frågeformulär tidigare utan att deras situation blivit bättre och därför inte ville delta. Ytterligare skäl var att enkäten såg för omfattande ut och därmed avskräckte samt att många av personerna hade svårt att koncentrera sig och tröttnade på att fylla i.

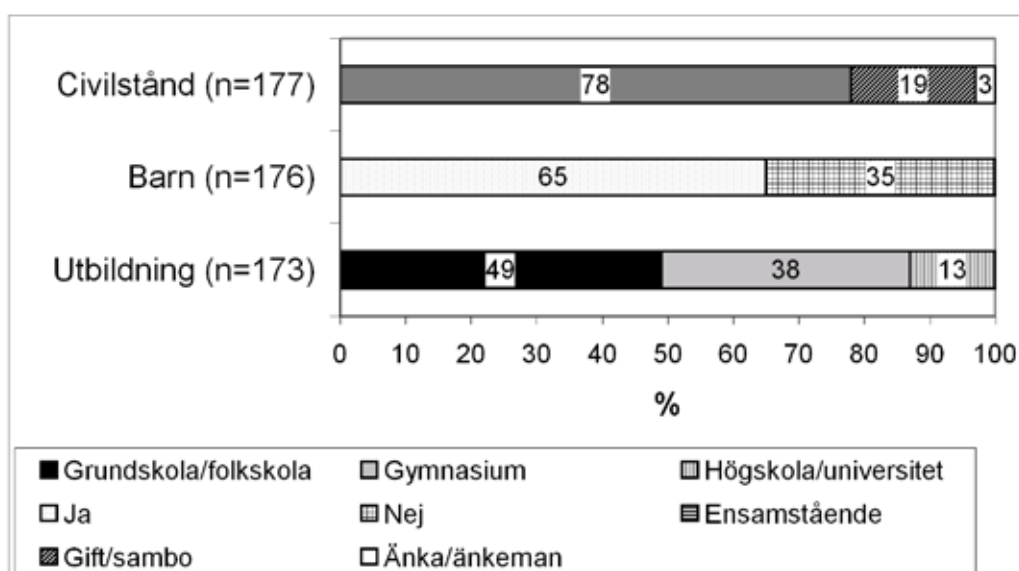
Allmänna levnadsförhållanden

Vi var intresserade av att få veta hur personernas allmänna levnadsförhållanden såg ut och ställde därför inledningsvis ett antal frågor kring detta, vilket redovisas i nedanstående två figurer.

Vi har alla ungefär samma bakgrund... vad skall jag säga? Ingen har glidit runt på en räk-macka i livet. (Kvinna 54 år)



Figur 2. Fördelning av kön, nationalitet och ålder angivet i procent.



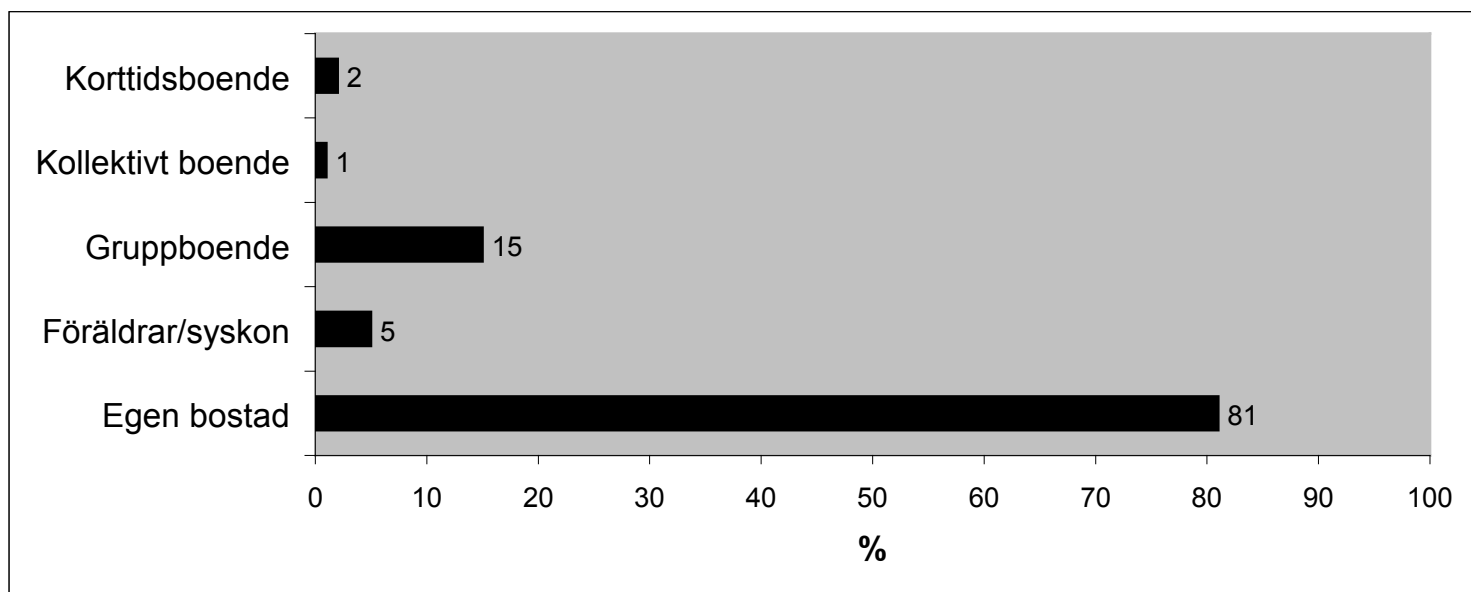
Figur 3. Utbildning, civilstånd och antal barn angivet i procent.

Figur 2 och 3 visar att personerna är i åldrarna 18 till 87 år. Kvinnorna är procentuellt överrepresenterade även om fördelning är relativt lika mellan män och kvinnor. Bara åtta procent har annan nationalitet än svensk. Cirka 75 procent av kvinnorna och 50 procent av männen har barn. De som har barn har ett till tre barn och 73 % av de som har barn lever ensamma. I enkäten fanns också en fråga kring utbildning. Hälften av undersökningsgruppen har grundutbildning som högsta utbildning, knappt fyra av tio har gymnasium och drygt en av tio universitetsutbildningar

Boende

Andra frågor vi var angelägna att få veta mer om var hur personerna bodde och om de var nöjda med sitt boende. Detta redovisas i nedanstående figur.

Man bor väl någorlunda ändå, när man mår lite sämre då går jag inte ut utan isolerar mig istället (man 58 år).



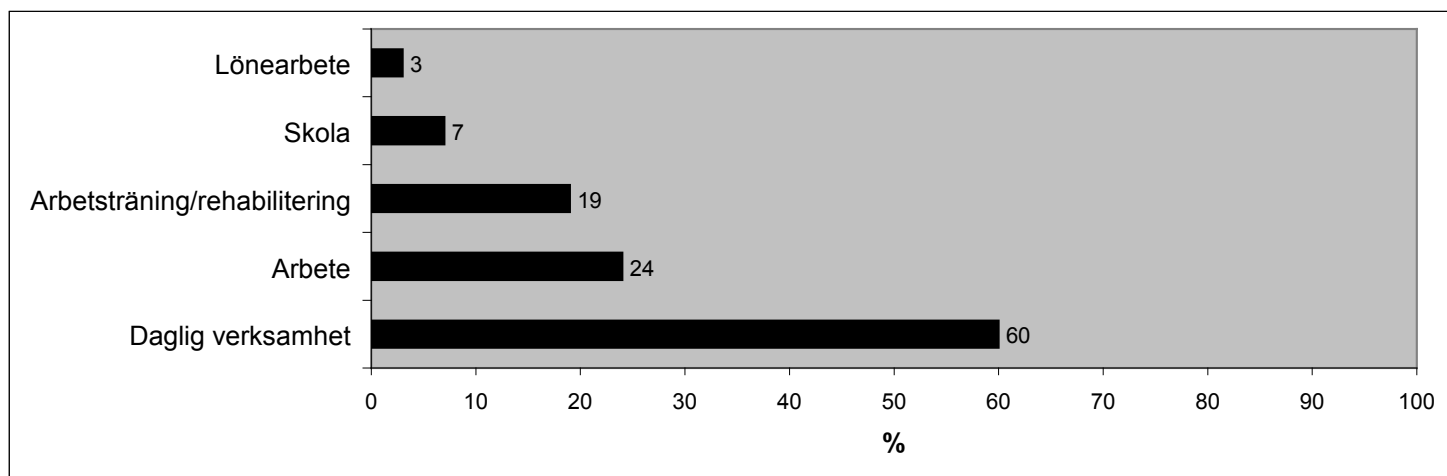
Figur 4. Antal personer som bor i olika typer av boende angivet i procent (n=179).

Som framkommer bor åtta av tio personer i egen bostad. Flertalet personer var också nöjda med sitt boende.

Sysselsättning

Sysselsättning och arbete för personer med psykiskt funktionshinder är en central politisk fråga. Det var därför viktigt för oss att ställa frågor kring detta i enkäten vilka redovisas nedan.

Det har jag själv fått driva lite. Plus att jag har företagsteamet... som hjälper människor då som är långtidssjukskriven och inte mår bra. Det är väldigt bra men man får ju också ta kontakt.. mycket kontakt själv (kvinna 50 år).

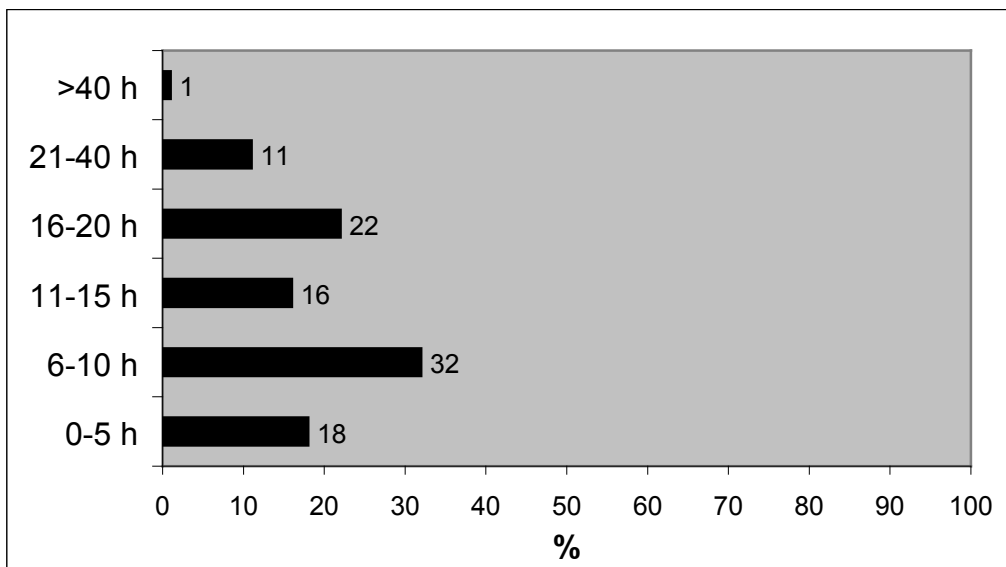


Figur 5. Former av sysselsättning angivet i procent (n=107).

36 procent av personerna uppger att de inte har någon regelbunden sysselsättning medan 64 procent (113 personer) anger att de har det. Bland de 106 personer som uppger vilken regelbunden sysselsättning de har är daglig verksamhet den vanligast förekommande därefter kommer arbete, arbetsträning/ rehabilitering och utbildning⁴. Vid en närmare analys framkommer att personerna uppger arbete även då det handlar om icke avlönat arbete eller arbetsträning. Endast tre procent anger lön som enda inkomstkälla.

Jag har dagligverksamhet. Det är hantverk tre gånger i veckan. Jag vet inte om jag skulle orka med mer. Innan dess gjorde jag ingenting (man 50 år).

⁴ Ett mindre antal personer uppger två typer av sysselsättning därav att procenttalet över stiger 100.



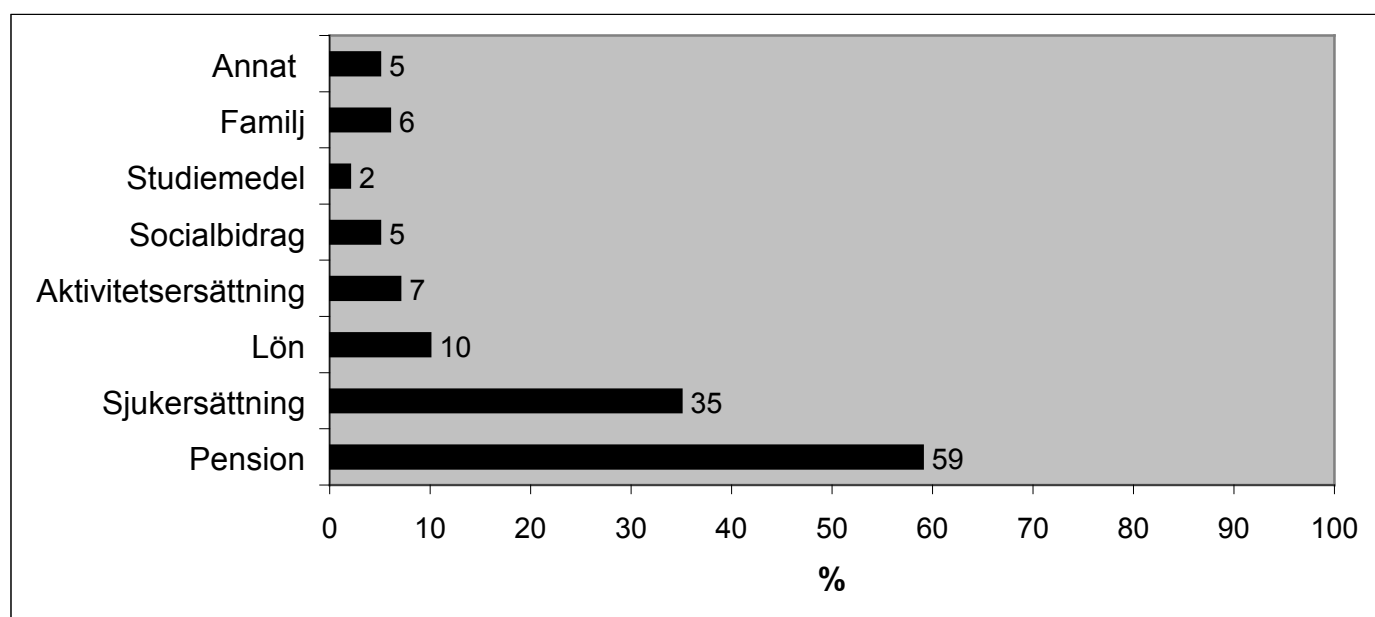
Figur 6. Antal sysselsatta timmar angivet i procent (n=99).

Av de 113 personer (64 %) som uppger att de har regelbunden sysselsättning anger 99 personer hur många timmar regelbunden sysselsättning de har per vecka. Som framkommer av diagrammet är den regelbundna sysselsättningen i timmar låg. Cirka 15 procent har sysselsättning mellan 20 och 40 timmar per vecka. Medan nära 50 procent har sysselsättning mellan 0-10 timmar.

Försörjning

I flera utredningar framkommer att möjligheten för personer med psykiskt funktionshinder att försörja sig själva är bristfällig. Det var därför angeläget att ta reda på hur det ser ut i Sjuhärad vilket redovisas i nedanstående figur.

Jag får ju inte så mycket i ersättning, det känns som om jag inte har råd med något utöver hyra, räkningar och mat. Det blir så svårt att göra extra saker överhuvudtaget (kvinna 20 år)



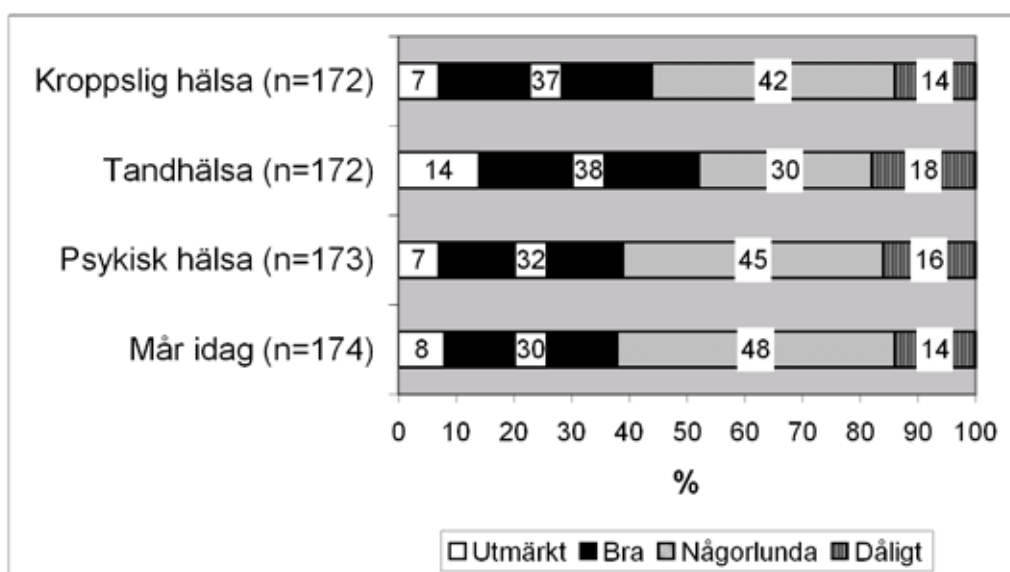
Figur 7. Försörjningskällor angivet i procent (n=172).

En person av tio uppger att de har försörjning genom lön. Endast tre procent anger dock lön som enda försörjningskälla. Fyra av fem har sjukersättning eller pension. En del personer uppger också att de har flera försörjningskällor.

Hälsa

Vi var intresserade av att ta reda på hur personerna själva upplevde sin hälsa både psykiskt och kroppsligt och ställde ett antal frågor kring detta, varav vissa redovisas nedan.

Då fick jag en sån där smäll igen. Då så fungerade inte hjärna. Det förstod jag själv så jag sökte hjälp (kvinna 67 år)



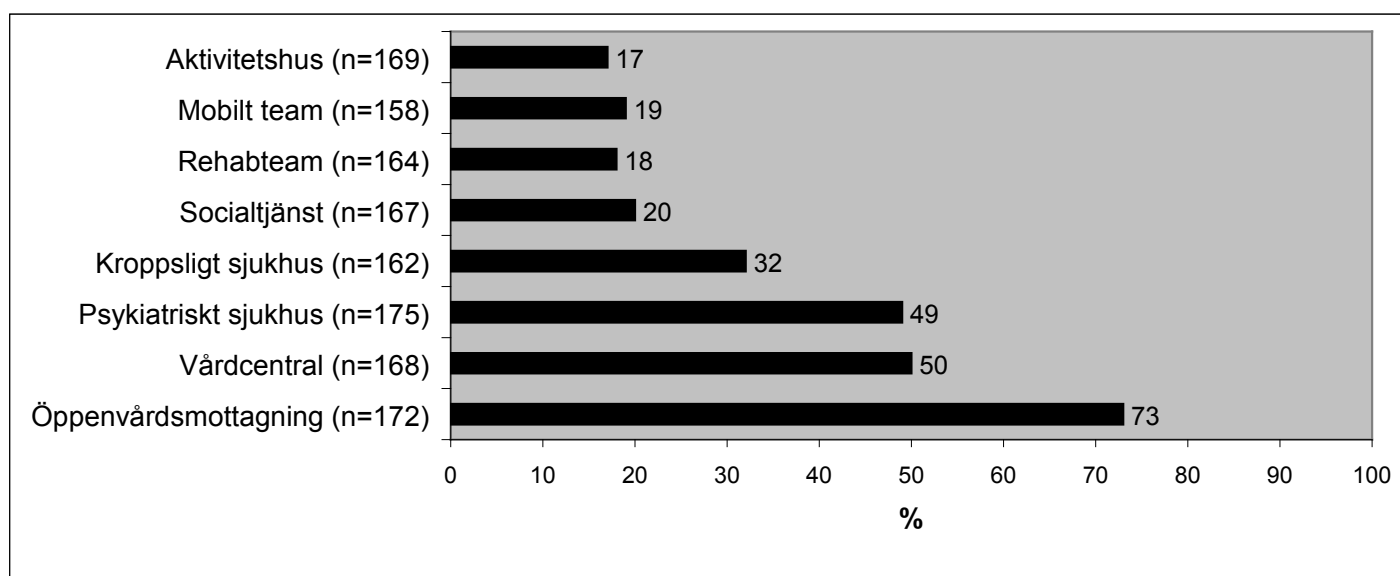
Figur 8. Uppfattning om den egna hälsan.

Som framkommer av figuren uppger två av tre personer att deras hälsa idag är någorlunda eller bra. Hälften av personerna uppger också att de i dag mår något eller mycket bättre än för ett år sedan. Detta trots att 51 procent av de tillfrågade uppger att de har en eller flera psykiatriska diagnoser och närmare 40 procent uppger att de också har somatiska sjukdomar. Flertalet personer 74 procent säger att de äter läkemedel mot psykiatriska sjukdomar. 20 procent att de äter läkemedel mot både somatiska och psykiatriska sjukdom och 6 procent enbart läkemedel för somatiska sjukdomar. Fyra av tio uppger att de röker, något fler dricker alkohol och knappt 5 procent uppger att de använder droger.

Stöd från formella verksamheter och personer i formella verksamheter

Som framkommit skiljer vi mellan formella och informella stödsystem men också mellan verksamheter och personer som arbetar i de olika verksamheterna. I de två nedanstående figurerna redovisas det formella stödsystemet utifrån denna indelning.

*Jag kan alltid ringa dit [öppenpsykiatrin]. Jag menar de känner mig ju nu, allihop där.
Jag kan ringa och säga att: nu orkar jag inte mer (kvinna 54 år)*

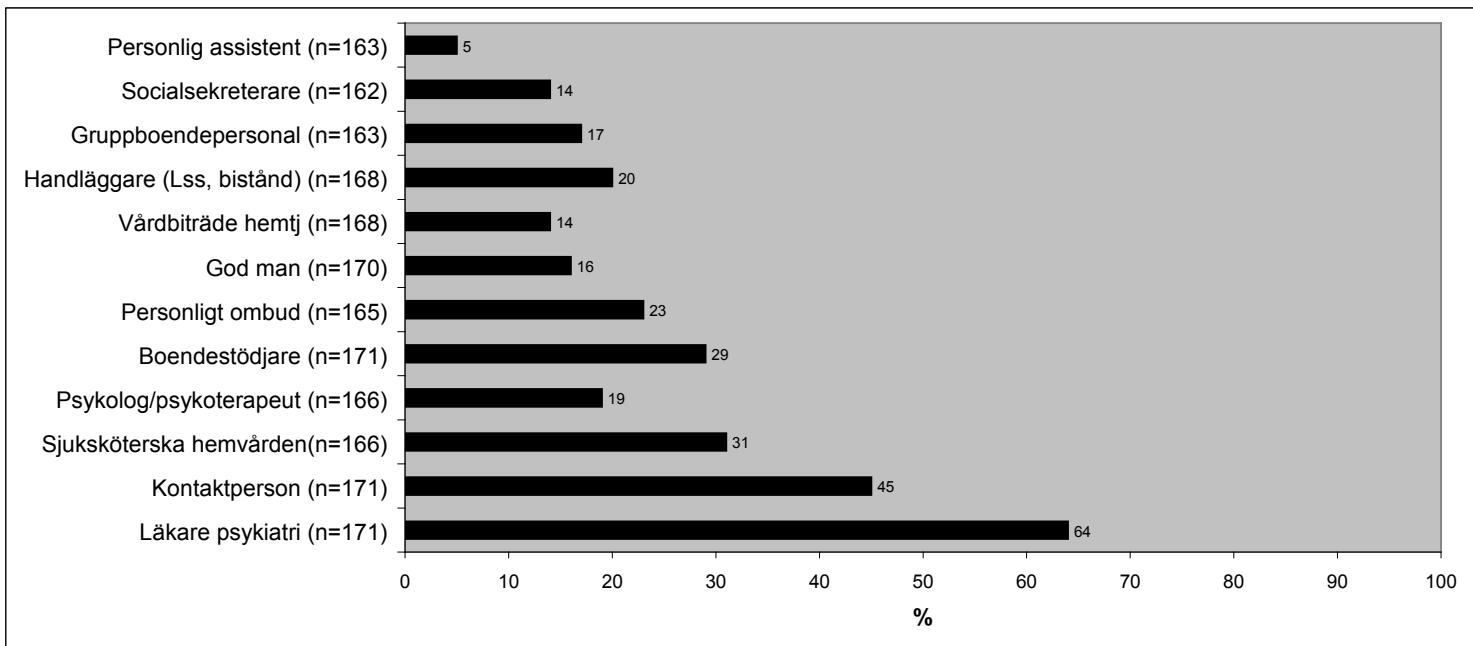


Figur 9. Omfattningen av stöd från formella verksamheter, angivet i procent.

Det är regionens verksamhet som personerna uppger att de har stöd från, främst psykiatrisk öppenvårdsmottagning och psykiatriskt sjukhus. Hälften uppger också att de har stöd från vårdcentralen. Endast 20 procent uppger att de har stöd från socialtjänsten och 17 procent anger att de har regelbunden stöd från aktivitetshusen. Vi hade också en fråga kring vem personen vände sig till i första hand om de behöver stöd. Drygt hälften svarar att det är till familjen. Över 40 procent anger här kommunen och närmare 30 procent uppger regionen. Det finns alltså en skillnad mellan vad personerna uppger från vilken verksamhet de får stöd respektive vem de vänder sig till i första hand.

Vi frågade också om vilka personer från formella verksamheter som de får stöd ifrån vilket åskådliggörs i nedanstående figur.

*Jag har boendestöd. Hon brukar gå med mig ut på promenad och då äter vi mat ute.
Och så slipper jag att städa (man 62 år).*



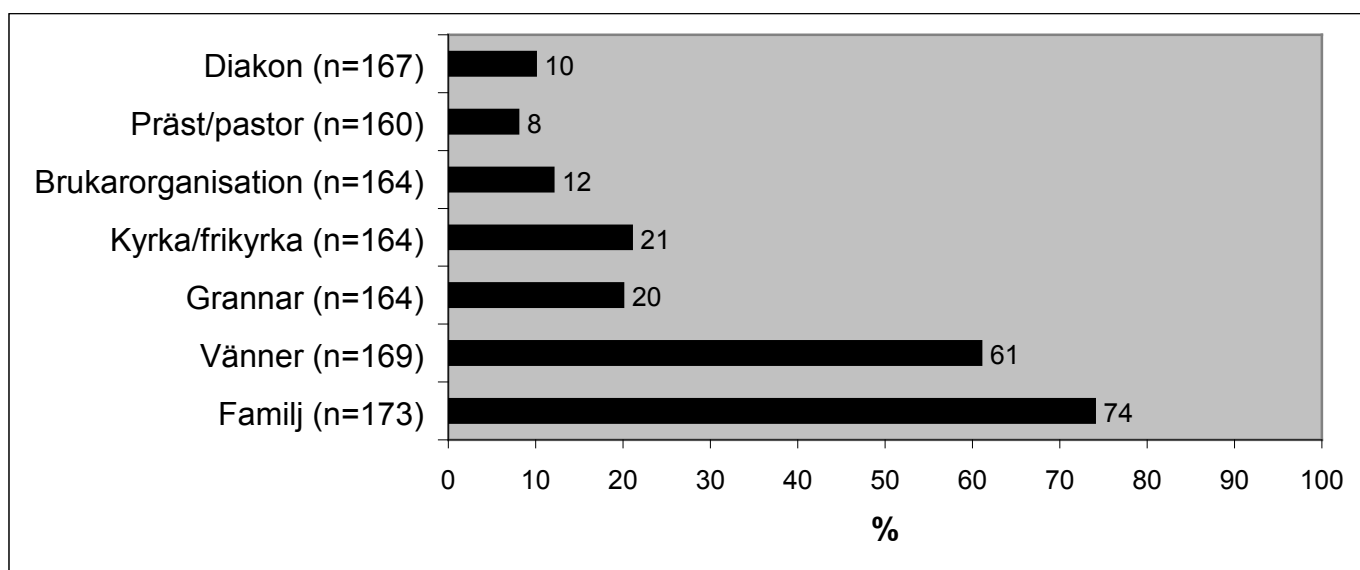
Figur 10. Omfattningen av stöd från personer i formella verksamheter, angivet i procent.

Flertalet personer har stöd från flera olika yrkesgrupper. Som framkommer är det flest personer som får stöd från läkare inom psykiatrin och av sin kontaktperson. Personlig assistent är den personalgrupp som är minst förekommande.

Stöd från informella verksamheter och personer i informella verksamheter.

Såväl forskningen som offentliga utredningar framhåller det informella stödsystemet som grunden i det stöd som ges till personer med psykiskt funktionshinder. Vi var därför angelägna om att undersöka om förhållandena var i Sjuhäradsbygden.

*Mamma är här ibland och städar och sånt... och min morbror och dom kommer.
Mormor kommer också ... de kommer ganska ofta (man 27 år)*

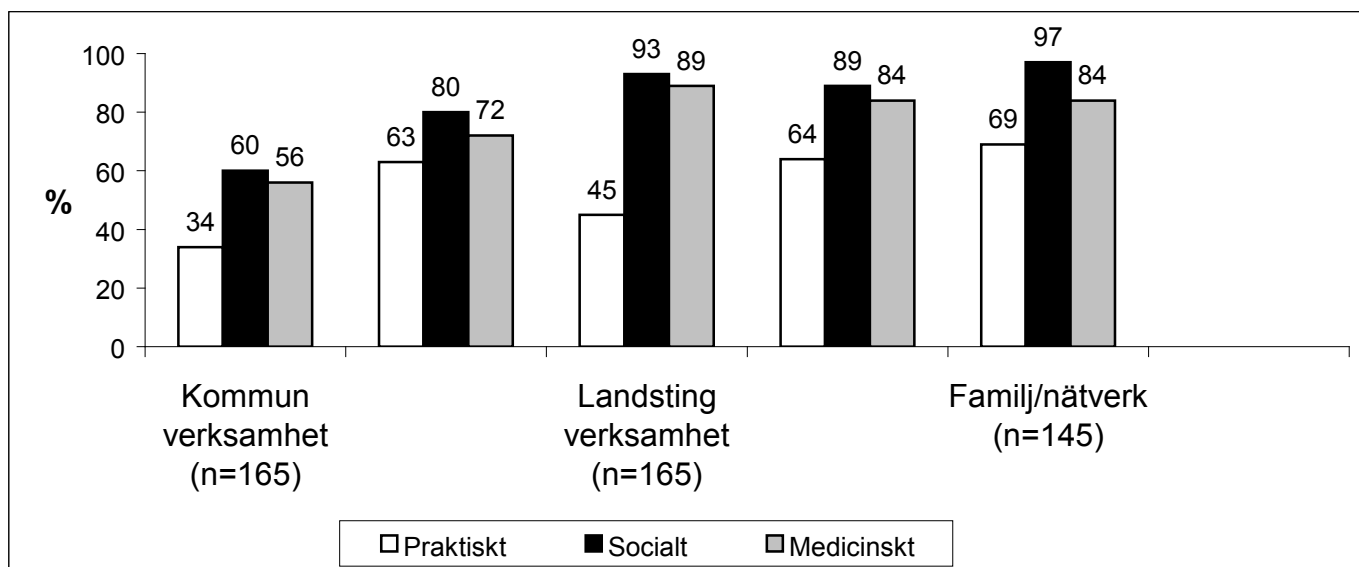


Figur 11. Omfattningen av stöd från personer i informella verksamheter, angivet i procent

Resultaten visar att tre fjärdedelar av de personer som besvarat enkäten har regelbundet stöd från familjen. Därefter kommer vänner men även grannar och kyrkan stödjer.

Typ av stöd

Vi har delat in stödet i tre olika typer; praktiskt, socialt och medicinskt. Nedanstående figur visar hur dessa olika typer fördelas i olika verksamheter och mellan olika personer i dessa verksamheter.



Figur 12. Typer av stöd från olika verksamheter och från personerna i dessa verksamheter, angivet i procent.

Figuren visar att personerna upplever att samtliga verksamheter/personer i verksamheter ger stöd genom samtliga tre typer. Anmärkningsvärt är också att samtliga anger medicinskt stöd. Viktigt är att påpeka att även här är det familjen som ger mest stöd av alla slag.

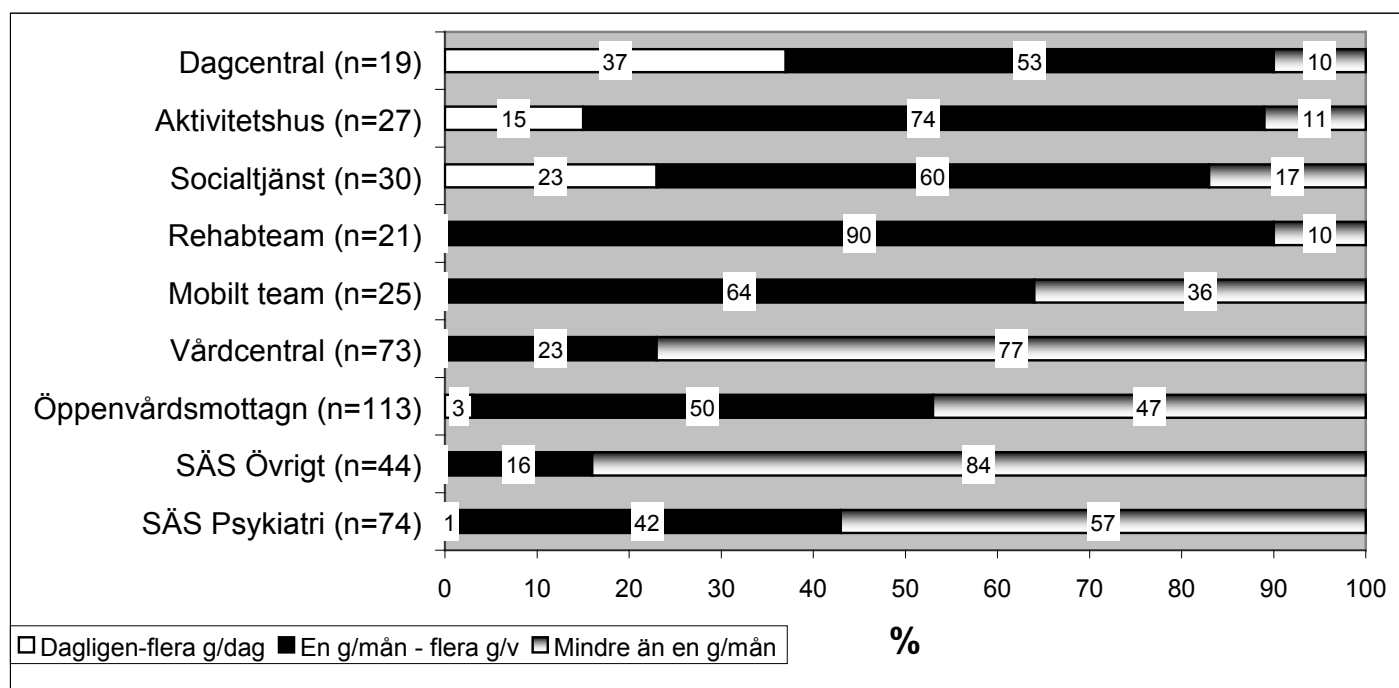
Det framkommer tydligt i våra resultat att personer med psykiskt funktionshinder har flera typer av stöd och från flera olika håll. Vi analyserade därför också materialet utifrån om personerna får en, två eller tre typer av stöd. 60 procent har alla tre typerna av stöd, 30 procent har två stödtyper medan knappt 10 procent enbart har en stödtyper.

Nyttjande och tillgänglighet

Vi frågade också hur ofta personerna fick stöd och om de kunde komma i kontakt med dem som ger stöd när de vill, vilket vi redovisar i figurerna 13-18.

Det finns en stor variation i svarsfrekvens vilken anges som n. Vid $n > 30$ får resultatet anses som mer säkert, i bemärkelsen att svaren är representativa för hela gruppen, än vid $n < 30$. Vi väljer dock att delge alla resultaten och ej utelämna de som är mindre säkra utan lämnar till läsare att beakta detta faktum.

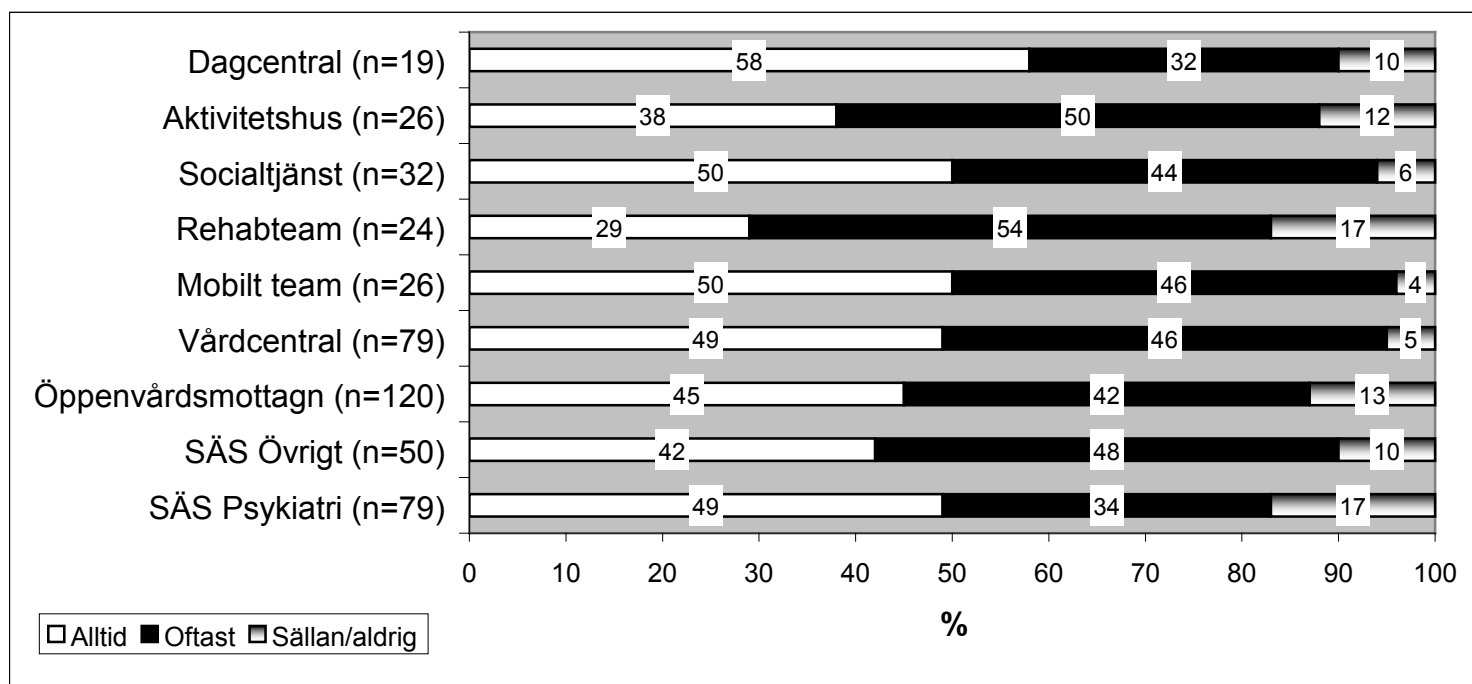
Nedanstående figur visar hur ofta personerna får stöd från de formella verksamheterna.



Figur 13. Nyttjandel/användning av formellt stöd från verksamheter

Av figuren framkommer att stödet från kommunens verksamhet är betydligt frekventare än stödet från landstingets verksamhet. Öppenvårdsmottagningen är den enda landstingsverksamhet som ett fåtal personer anger sig ha dagligt stöd från (tre procent).

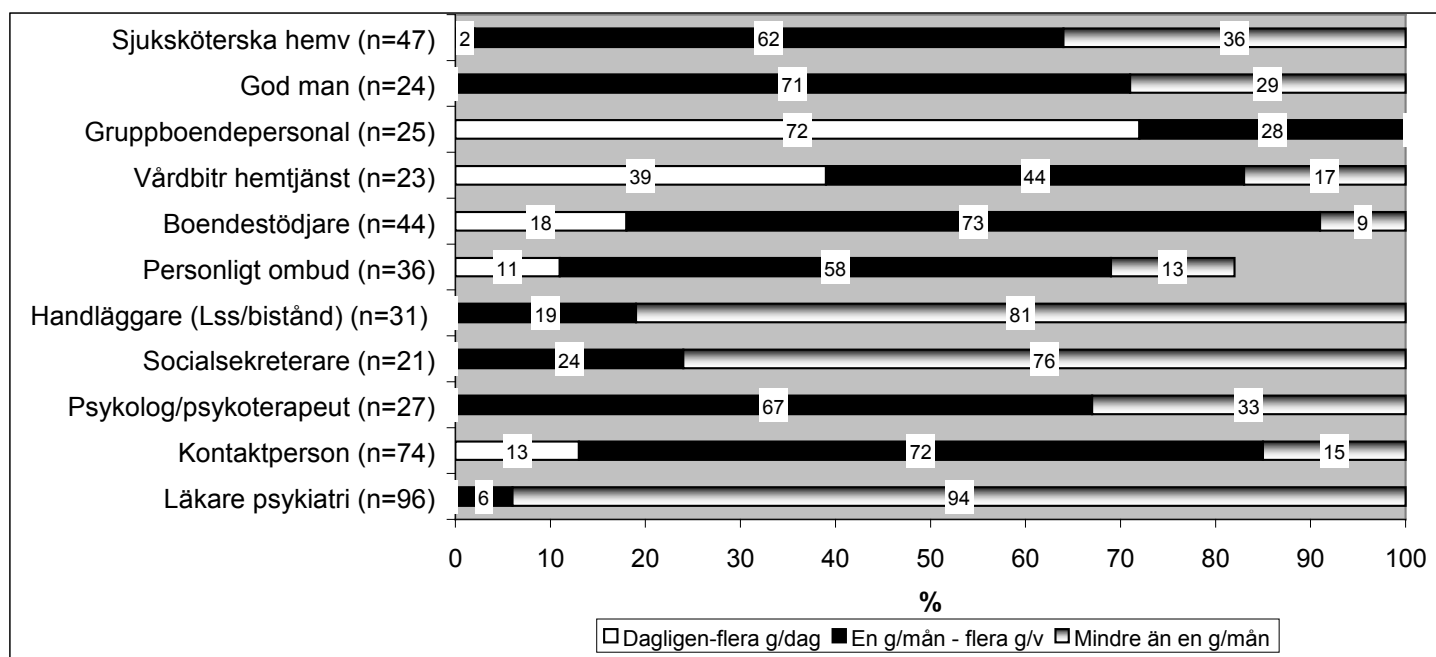
Figuren nedan visar hur lätt personerna kan nå olika verksamheter.



Figur 14. Tillgängligheten till formellt stöd från verksamheter angivet i procent

Av figuren framkommer att samtliga verksamheter är relativt lätta att nå. De verksamheter där personer med psykiskt funktionshinder stöter på svårigheter när de vill ha kontakt är framförallt rehab-team och SÄS psykiatri.

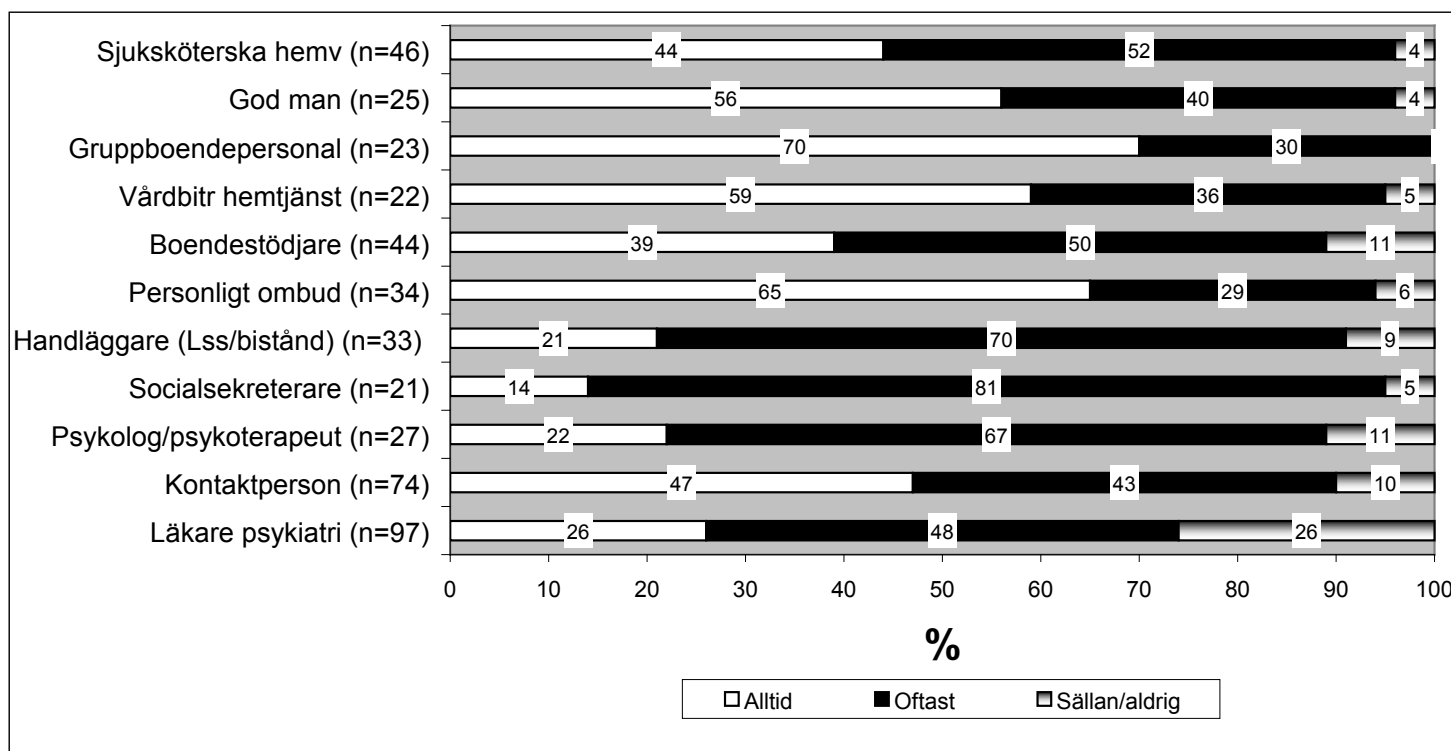
Nedanstående figur visar hur ofta personerna har kontakt med personer i formella verksamheter.



Figur 15. Nyttjandelanvändning av stöd från personer i formella verksamheter.

Det är personer från professionella grupper som personerna träffar mer sällan, främst då läkare i psykiatri, socialekreterare och handläggare. Gruppboende-personal och hemtjänstpersonal är de personer de träffar allra mest.

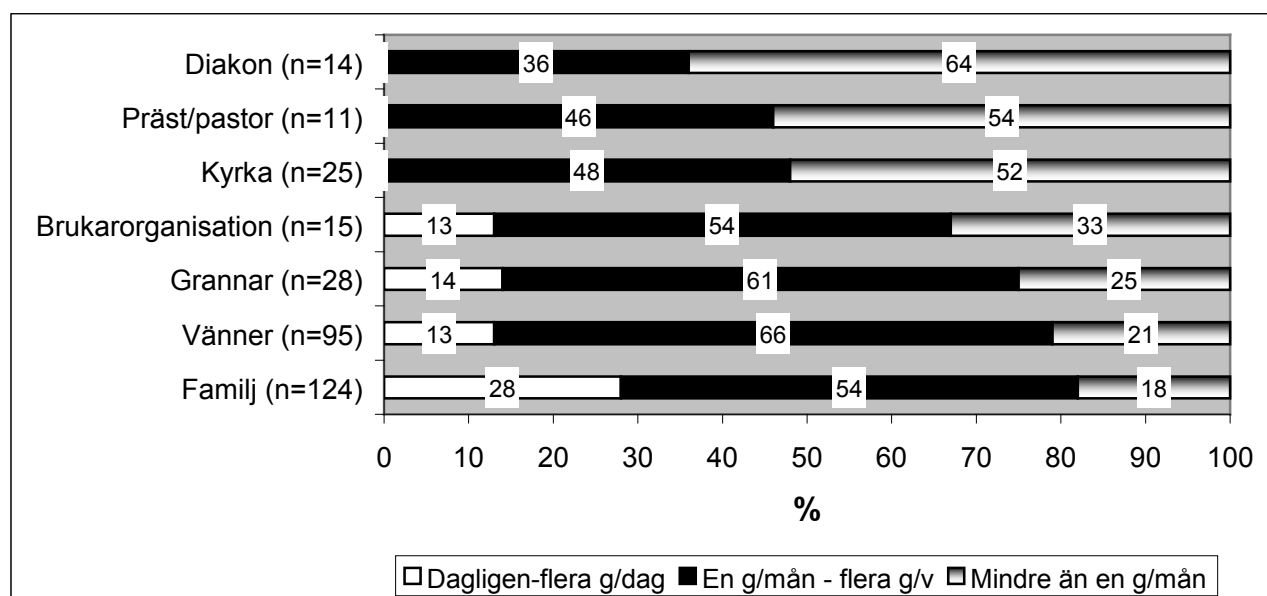
Nedanstående figur visar personernas uppfattning om hur lätt de kan nå olika personer i formella verksamheter.



Figur 16. Tillgänglighet till personer i formella verksamheter.

Inte förvånande är det gruppboendepersonal, hemtjänstpersonal, kontaktpersoner och personligt ombud som lättast kan nås. De personer som ger den direkta omsorgen. Läkare i psykiatri, handläggare, socialsekreterare och psykolog, d.v.s. de professionella är svårast att nå.

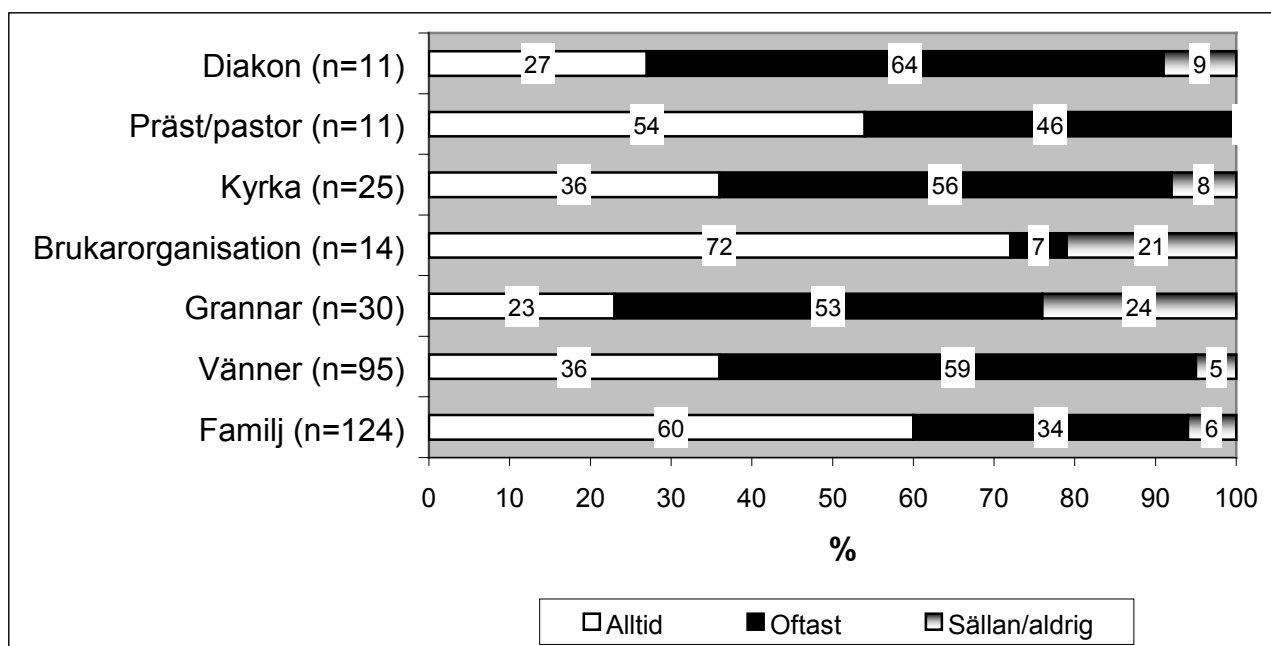
Nedanstående figur visar hur ofta personerna har kontakt med informella verksamheter och personer i informella verksamheter.



Figur 17. Nyttjandel/användning av informellt stöd angivet i procent

Som framkommit tidigare är det även här familjen som ger större delen av stödet och diagrammet ovan visar att personerna har tät kontakt med familjen. Även vännerna anges ge stöd relativt ofta. Ungefär samma täthet som för vänner anges för grannar och brukarorganisationer, men dessa siffror får ses som mer osäkra pga den lägre svarsfrekvensen.

Nedanstående figur visar hur lätt personerna kan få kontakt med personerna i de informella verksamheterna.



Figur 18. Tillgänglighet till informellt stöd angivet i procent.

Resultatet visar att familjen i hög grad finns tillgänglig för den psykiskt funktionshindrade personen vid behov av stöd. Även vännerna uppfattas finnas till hands då det behövs. Övriga informella stödgivare anges också finnas där då det behövs, men pga av den lägre svarsfrekvensen är dessa siffror mer osäkra.

KAPITEL 5 SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Det är troligt att de personer som besvarat vår enkät är personer som mår relativt bra i förhållande till målgruppen som helhet. Resultaten skall därför ses i förhållandet till detta. De som besvarat enkäten är både män och kvinnor med en viss övervikt av kvinnor. Även åldersmässigt är svaren jämt fördelade med en lägsta ålder på 19 år och äldsta på 87 år. Flertalet är dock mellan 34 och 55 år. Åtta procent av de personer som har svarat på enkäten har annan nationalitet än svensk.

Resultaten visar att personer med psykiskt funktionshinder behöver stöd från flera håll för att klara sitt vardagliga liv och att detta stöd är relativt omfattande. Trots detta ter sig livssituationen för många som relativt bra. Personerna i vår studie lever i många avseenden under liknande förutsättningar som många andra personer i samhället. Flertalet har ett eller ett par barn. De har också ett relativt stort socialt nätverk även om många bor ensamma. De flesta bor i eget boende och flertalet är nöjda med sin bostad. Utbildningsnivån är relativt låg. Hälften av personerna har grundskola som högsta utbildningsnivå, bara åtta procent uppger skola/utbildning på frågan vilken sysselsättning de har idag.

Sysselsättning och arbete är det område som framstår som mest bristfälligt. Flertalet personer med psykiskt funktionshinder har bara sysselsättning ett mindre antal timmar i veckan. Nästan inga personer har ett reguljärt lönearbete och bara ett fåtal har arbete med pension som försörjning. Flertalet personer har också låga inkomster för sin försörjning och en del behöver flera försörjningskällor för att klara sig. Detta gör att möjligheterna att själv försörja sig är små.

Trots att personerna rapporterar omfattande psykiska och somatiska sjukdomar uppger flertalet att de mår relativt bra, även om det finns en del personer som upplever att de mår sämre i dag än för ett år sedan. Något mer än hälften uppger att de varken dricker alkohol eller röker. Det är bara ett fåtal som anger att de både dricker alkohol och använder droger.

Så gott som alla har, som tidigare framkommit, stöd från flera håll och av flera olika typer så som, praktiskt, socialt och medicinskt. Det breda utbudet av insatser gör att det troligen alltid finns någon insats som passar var och en. Omfattning av det stöd personerna har varierar stort och tre femtedelar har flera olika typer av stöd. De uppger också att de relativt lätt kan få kontakt med både verksamheterna och de personer som arbetar i dessa.

Nationell psykiatrisamordning framhåller följande område som centrala för kommunernas ansvar för personer med psykiskt funktionshinder (SOU 2006:100 s 195).

- Varierat och tillräckligt utbud med god kvalitet.
- Inventerande, uppsökande och informerande verksamhet.
- Behovsstyrt och samordnat stöd och rättssäker handläggning.

I vår studie har vi varit intresserade av vilka stödinsatser personer med psykiskt funktionshinder använder sig av, hur ofta man får stöd och om detta är tillgängligt när man behöver det. I stort

kan man säga att kommunerna och regionen ger ett tillfredställande stöd inom flera områden. Boendefrågan verkar inte vara något problem inte heller utbudet av olika stödinsatser liksom stödets utformning och tillgänglighet. Däremot finns det stora brister i stöd i form av sysselsättning och möjligheter till arbete både vad gäller variation, omfattning och tillgänglighet.

Vi ställde inte någon direkt fråga om den informerande verksamheten. Men enligt kommunernas hemsidor hade vid undersökningens start tre av de sju kommunerna information som vände sig direkt till personer med psykiskt funktionshinder. Idag har fyra av de sju kommunerna information på sin hemsida.

I denna studie har vi inte undersökt hur stödet samordnas och inte heller om handläggningen är rättssäker. Rättsäkerheten kan bara studeras om också beslut och verkställande undersöks, vilket vi inte gjort. Kartläggningen har däremot bidragit till att vi fått en relativt god bild över hur stödet samordnades på verksamhetsnivå – eller rättare sagt *inte* samordnades. Svårigheterna med att nå personerna visar på att nya och bättre former för samordning mellan de olika verksamheterna behöver utvecklas. Hur stödet samordnas på individnivå kan vi inte uttala oss om genom enkätstudien. Däremot kan intervjustudien bidra till att tydliggöra detta. Vi hoppas kunna återkomma med mer resultat kring detta vid ett senare tillfälle.

Länsstyrelsen i Västra Götaland genomförde år 2002 och 2004 en översyn av kommunernas verksamhet för personer med psykiskt funktionshinder. Kommunerna i Sjuhärad fick svara på följande frågor:

- Har ni skaffat er kännedom om antal personer med psykiskt funktionshinder?
- Har ni mål och riktlinjer för verksamheten?
- Har ni informerande insatser riktat till målgruppen?
- Har ni informerande insatser riktat till brukarorganisationerna?
- Har ni samverkansformer?

Enligt länsstyrelsen skedde ingen nämnvärd förändring beträffande de fem områdena mellan åren 2002 och 2004. Borås svarar att tre av de fem områdena är tillgodosedda. Mark att fyra områden är tillgodosedda 2002 men bara två 2004. Herrljunga anger tre områden 2002 och två år 2004. Tranemo ökar från ett till två områden under de två åren. Svenljunga anger ett område vid bägge tillfällena och från Bollebygd och Ulricehamn finns inga svar.

Om man jämför med de uppgifter som vi kunnat få fram 2006 har en klar förbättring skett sedan 2004. Främst när det gäller verksamhetsplaner och samverkansgrupper samt kännedom om personer med psykiskt funktionshinder.

Sammanfattningsvis vill vi lyfta två viktiga områden genom vilka stödet till personer med psykiskt funktionshinder kan utvecklas. Det informella stödsystemet – framförallt familjen – har stor betydelse för att stödet till personer med psykiskt funktionshinder skall fungera på bästa sätt. Att utveckla olika former för bättre tillgång till kunskap kring psykiskt funk-

tionshinder skulle kunna vara ett sätt, liksom att utveckla samarbetet mellan informella och formella stödsystem. Men lika viktigt är utveckla nya former för arbete, sysselsättning och rehabilitering så att personer med psykiskt funktionshinder ges möjligheter att på sina egna villkor finna former för reguljärt arbete och en meningsfull vardagstillvaro.

REFERENSER

- IMS (2006) *Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom*. En sammanställning av systematiska översikter. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Brunt, D och Hansson L. (2005) *Att leva med psykiskt funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Danermark (2005) (red) *Sociologiska perspektiv på funktionshinder och handikapp*. Lund: Studentlitteratur.
- Marklund Urban (2003) *Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. (avh) Umeå: Boréa
- Michalailakis och Reich (2005) "Funktionsnedsättning mot funktionshinder. En konstruktivistisk observation av en ledande distinktion" i Danermark (red) *Sociologiska perspektiv på funktionshinder och handikapp*. Lund: Studentlitteratur.
- Regeringens proposition. 1993/94:188 *Psykiatrireformen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Regeringens proposition. 1993/94:218 *Psykiskt stördas villkor*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sandlund, M (2006) "Vad är psykiskt funktionshinder"? Nationell psykiatrisamordning hemsida. Sou.gov.se/psykiatri/index.htm.
- Socialstyrelsen (1998) *Reformens första tusen dagar*. Årsrapport för psykiatrireformen 1998. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003a) *Psykosociala insatsers effekter för personer med psykiskt funktionshinder*. Socialstyrelsens kunskapsöversikter. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2003b) *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa* Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen och Länsstyrelserna (2003) *Kommunernas insatser för personer med psykiskt funktionshinder. Tillsyn av verksamhetsplanering och utbud av tjänster*. Socialstyrelsens Tillsynsåterföring. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och Länsstyrelserna (2005) *Kommunernas insatser för personer med psykiskt funktionshinder*. Slutrapport från nationell tillsyn 2002-2004. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2006:100 *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Socialdepartementet: Statens offentliga utredningar.

BILAGA 1

Svarsfrekvens

Kommun	Totalt målgrupp	Undersöknings- grupp/ definierade	Tackat nej	Svarat
Bollebygd	20	20	19	1
Borås	414	402	203	73
Herrljunga	50	50	26	7
Mark	136	136	55	19
Svenljunga	45	42	16	10
Tranemo	18	12	0	6
Ulricehamn	66	64	0	29
Totalt	749	726	319	145

Öppenvård	Totalt målgrupp	Undersöknings- grupp/ definierade	Tackat nej*	Svarat
Borås/ Bollebygd	72	72	iu	13
Herrljunga	26	26	iu	9
Mark	25	4	iu	0
Svenljunga	31	31	iu	9
Tranemo	21	21	iu	3
Ulricehamn	8	8	iu	1
Totalt	183	162	iu	35

* Skickat ut per post

Kommunvis statistik

Ålder	Borås					
	/Bollebygd (n=84)	Herrljunga (n=13)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=30)
18-34	10 (12%)	2	4	2	1	2
35-54	51 (61%)	6	6	8	2	18
55-	23 (27%)	5	9	8	6	10

Kön	Borås					
	/Bollebygd (n=84)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=19)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=30)
Kvinna	41 (49%)	7	9	15	5	21
Man	43 (51%)	8	9	4	4	9

Nationalitet	Borås					
	/Bollebygd (n=78)	Herrljunga (n=14)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=28)
Svensk	68 (87%)	13	19	18	9	26
Annan	10 (13%)	1	0	0	0	2

Civilstånd	Borås					
	/Bollebygd (n=84)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=19)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=29)
Ensamstående	73 (87%)	8	14	11	6	25
Gift/sambo	9 (11%)	8	4	8	1	3
Änka/ankeman	2 (2%)	0	1	0	2	1

Barn	Borås					
	/Bollebygd (n=84)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=19)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=30)
Ja	55 (66%)	10	16	10	6	18
Nej	29 (34%)	5	3	9	2	12

Utbildning	Borås					
	/Bollebygd (n=85)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=29)
Grundskola/folkskola	36 (42%)	8	9	12	4	16
Gymnasium	37 (44%)	5	6	4	3	11
Högskola/universitet	12 (14%)	2	4	2	1	2

Bostad	Borås					
	/Bollebygd (n=86)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=19)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=30)
Egen	69 (80%)	16	13	15	8	23
Föräldrar/syskon	4 (5%)	0	1	2	2	0
Gruppboende	13 (15%)	0	4	2	0	7
Kollektivboende	2 (2%)	0	0	0	0	0
Korttidsboende	0	0	1	1	0	1

Sysselsättning	Borås					
	/Bollebygd (n=52)	Herrljunga (n=11)	Mark (n=12)	Svenljunga (n=6)	Tranemo (n=3)	Ulricehamn (n=22)
Arbete	10 (19%)	6	1	3	1	4
Arbetsträning/rehab	8 (15%)	2	4	1	0	4
Daglig verksamhet/ hobby	34 (65%)	4	8	1	2	18
Skola	4 (8%)	0	2	1	0	1

Sysselsättning - tid	Borås					
	/Bollebygd (n=49)	Herrljunga (n=8)	Mark (n=10)	Svenljunga (n=6)	Tranemo (n=3)	Ulricehamn (n=22)
0-5 h	10 (20%)	0	4	2	0	2
6-10 h	20 (41%)	1	3	3	2	2
11-15 h	10 (20%)	0	2	0	1	3
16-20 h	7 (14%)	2	1	0	0	11
21-40 h	2 (4%)	4	0	1	0	4
> 40 h	0	1	0	0	0	0

Försörjning	Borås					
	/Bollebygd (n=82)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=29)
Pension	50 (61%)	6	11	11	6	16
Sjukersättning	29 (35%)	6	5	4	3	13
Lön	3 (4%)	5	2	3	2	3
Aktivitet ersättning	6 (7%)	1	2	1	1	1
Socialbidrag	6 (7%)	0	0	0	0	2
Studiemedel/bidrag	2 (2%)	0	0	0	0	1
Familj	3 (4%)	1	3	2	0	1
Annat	3 (4%)	2	0	0	0	3

Hälsa

Mår idag	Borås / Bollebygd (n=82)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=29)
Utmärkt	8 (10%)	2	0	0	0	3
Bra	24 (29%)	7	2	5	4	10
Någorlunda	36 (44%)	6	13	12	4	13
Dåligt	14 (17%)	1	4	1	1	3

Kroppslig hälsa	Borås / Bollebygd (n=81)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=19)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=28)
Utmärkt	8 (10%)	1	0	0	0	3
Bra	27 (33%)	9	5	7	7	8
Någorlunda	30 (37%)	4	12	11	2	13
Dåligt	16 (20%)	1	2	1	0	4

Psykisk hälsa	Borås / Bollebygd (n=81)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=19)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=29)
Utmärkt	7(9%)	2	0	0	0	3
Bra	26 (32%)	5	7	7	4	7
Någorlunda	32 (39%)	7	9	9	3	16
Dåligt	16 (20%)	2	3	3	1	3

Tandhälsa	Borås / Bollebygd (n=82)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=30)
Utmärkt	13 (16%)	2	2	0	1	6
Bra	32 (39%)	8	3	9	5	9
Någorlunda	24 (29%)	4	8	5	2	7
Dåligt	13 (16%)	1	5	4	0	8

Stöd från formell verksamhet

	Borås /Bollebygd (n=85)	Herrljunga (n=14)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=27)
Öppenvård- mottagning	65 (76%)	11	9	13	8	20
	Borås /Bollebygd (n=80)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=28)
Vårdcentral	41 (51%)	6	11	9	6	10
	Borås /Bollebygd (n=84)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=30)
Psykiatriskt sjukhus	43 (51%)	6	9	6	4	17
	Borås /Bollebygd (n=78)	Herrljunga (n=14)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=16)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=27)
Kroppsligt sjukhus	21 (27%)	1	7	6	4	13
	Borås /Bollebygd (n=82)	Herrljunga (n=14)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=9)	Ulricehamn (n=25)
Socialtjänsten	18 (22%)	1	5	4	3	3
	Borås /Bollebygd (n=80)	Herrljunga (n=14)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=27)
Rehabteam	14 (16%)	2	4	3	1	6
	Borås /Bollebygd (n=74)	Herrljunga (n=14)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=26)
Mobilt team	10 (14%)	0	5	1	0	14
	Borås /Bollebygd (n=83)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=27)
Aktivitetshus	16 (19%)	2	3	1	2	4

Stöd från personer inom formell verksamhet

	Borås /Bollebygd (n=81)	Herrljunga (n=14)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=28)
Personligt ombud	23 (28%)	0	7	1	0	7
	Borås /Bollebygd (n=84)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=29)
Kontaktperson	45 (54%)	2	7	9	1	12
	Borås /Bollebygd (n=82)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=27)
God man	9 (11%)	4	6	4	0	5
	Borås /Bollebygd (n=80)	Herrljunga (n=14)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=27)
Personlig assistent	5 (6%)	1	0	2	0	0
	Borås /Bollebygd (n=82)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=19)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=28)
Boendestödjare	23 (28%)	3	5	7	0	11
	Borås /Bollebygd (n=83)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=17)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=27)
Vårdbiträde hemtjänst	11 (13%)	1	5	2	2	3
	Borås /Bollebygd (n=77)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=28)
Gruppboende- personal	12 (16%)	0	4	3	0	7

Stöd från personer inom formell verksamhet (forts.)

	Borås /Bollebygd (n=84)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=27)
Läkare inom psykiatri	62 (74%)	9	9	7	5	18
	Borås /Bollebygd (n=81)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=27)
Handläggare (Lss, bistånd)	15 (18%)	3	3	4	1	7
	Borås /Bollebygd (n=77)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=17)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=27)
Socialsekreterare	14 (18%)	1	4	2	0	2
	Borås /Bollebygd (n=80)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=27)
Psykolog/ psykoterapeut	14 (18%)	4	3	5	1	4
	Borås /Bollebygd (n=81)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=25)
Sjuksköterska	17 (21 %)	6	9	6	3	10

Informellt stöd (verksamhet och personer)

	Borås /Bollebygd (n=84)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=28)
Familj	58 (69%)	9	16	16	6	22
	Borås /Bollebygd (n=82)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=25)
Vänner	49 (60%)	9	13	9	5	17
	Borås /Bollebygd (n=76)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=26)
Grannar	10 (13%)	4	6	3	4	5
	Borås /Bollebygd (n=82)	Herrljunga (n=15)	Mark (n=17)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=26)
Kyrka/Frikyrka	19 (23%)	2	4	2	2	6
	Borås /Bollebygd (n=79)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=27)
Brukarorganisation	11 (14%)	0	5	0	0	3
	Borås /Bollebygd (n=76)	Herrljunga (n=14)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=27)
Präst	5 (7%)	1	3	2	0	2
	Borås /Bollebygd (n=78)	Herrljunga (n=16)	Mark (n=19)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=28)
Diakon	7 (9%)	0	2	1	1	4

Nyttjande/användning av formellt stöd (verksamhet)

SÅS psykiatri	Borås /Bollebygd (n=40)	Herrljunga (n=5)	Mark (n=7)	Svenljunga (n=6)	Tranemo (n=2)	Ulricehamn (n=14)
Mindre än en gång per månad	20 (50%)	3	5	3	2	9
En gång i månaden till flera gånger per vecka	19 (48%)	2	2	3	0	5
Dagligen	1 (2%)	0	0	0	0	0

Vårdcentralen	Borås /Bollebygd (n=35)	Herrljunga (n=4)	Mark (n=11)	Svenljunga (n=8)	Tranemo (n=5)	Ulricehamn (n=9)
Mindre än en gång per månad	26 (74%)	3	6	8	4	8
En gång i månaden till flera gånger per vecka	9 (26%)	1	5	0	1	1
Dagligen	0	0	0	0	0	0

Öppenvårds- mottagning	Borås /Bollebygd (n=57)	Herrljunga (n=9)	Mark (n=9)	Svenljunga (n=12)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=18)
Mindre än en gång per månad	26 (46%)	6	4	5	5	7
En gång i månaden till flera gånger per vecka	29 (51%)	3	4	7	3	11
Dagligen	2 (3%)	0	1	0	0	0

SÅS övrigt	Borås /Bollebygd (n=18)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=5)	Svenljunga (n=6)	Tranemo (n=3)	Ulricehamn (n=11)
Mindre än en gång per månad	15	1	3	6	3	9
En gång i månaden till flera gånger per vecka	3	0	2	0	0	2
Dagligen	0	0	0	0	0	0

Nyttjande/användning av formellt stöd (verksamhet) forts.

Socialtjänst	Borås /Bollebygd (n=14)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=5)	Svenljunga (n=4)	Tranemo (n=3)	Ulricehamn (n=3)
Mindre än en gång per månad	3	0	1	1	0	0
En gång i månaden till flera gånger per vecka	7	1	3	2	3	2
Dagligen	4	0	1	1	0	1

Mobilt team	Borås / Bollebygd (n=7)	Herrljunga (n=0)	Mark (n=5)	Svenljunga (n=0)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=13)
Mindre än en gång per månad	3		4			2
En gång i månaden till flera gånger per vecka	4		1			11
Dagligen	0		0			0

Rehabteam	Borås /Bollebygd (n=11)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=2)	Svenljunga (n=3)	Tranemo (n=1)	Ulricehamn (n=12)
Mindre än en gång per månad	1	0	0	0	0	1
En gång i månaden till flera gånger per vecka	10	1	2	3	1	2
Dagligen	0	0	0	0	0	9

Aktivitetshus	Borås /Bollebygd (n=15)	Herrljunga (n=2)	Mark (n=3)	Svenljunga (n=1)	Tranemo (n=1)	Ulricehamn (n=4)
Mindre än en gång per månad	2	0	0	1	0	0
En gång i månaden till flera gånger per vecka	11	1	3	0	1	3
Dagligen	2	1	0	0	0	1

Tillgänglighet till formellt stöd (verksamhet)

SÅS psykiatri	Borås / Bollebygd (n=42)	Herrljunga (n=6)	Mark (n=9)	Svenljunga (n=4)	Tranemo (n=3)	Ulricehamn (n=14)
Ja , alltid	22 (52%)	4	3	3	0	7
Ja, oftast	13 (31%)	1	5	1	3	4
Nej	7 (17%)	1	1	0	0	3

Vårdcentralen	Borås / Bollebygd (n=38)	Herrljunga (n=5)	Mark (n=11)	Svenljunga (n=8)	Tranemo (n=6)	Ulricehamn (n=10)
Ja , alltid	20 (53%)	3	4	4	2	6
Ja, oftast	17 (45%)	1	6	3	4	4
Nej	1 (2%)	1	1	1	0	0

Öppenvårds- mottagning	Borås / Bollebygd (n=63)	Herrljunga (n=9)	Mark (n=9)	Svenljunga (n=12)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=19)
Ja, alltid	27 (43%)	2	3	9	4	9
Ja, oftast	26 (41%)	6	6	3	4	6
Nej	10 (16%)	1	0	0	0	4

SÅS övrigt	Borås / Bollebygd (n=20)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=7)	Svenljunga (n=5)	Tranemo (n=4)	Ulricehamn (n=13)
Ja, alltid	10	1	2	1	1	6
Ja, oftast	7	0	4	3	3	7
Nej	3	0	1	1	0	0

Socialtjänst	Borås / Bollebygd (n=17)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=5)	Svenljunga (n=4)	Tranemo (n=2)	Ulricehamn (n=3)
Ja , alltid	9	0	1	2	1	3
Ja, oftast	7	1	3	2	1	0
Nej	1	0	1	0	0	0

Mobilt team	Borås / Bollebygd (n=8)	Herrljunga (n=0)	Mark (n=5)	Svenljunga (n=0)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=13)
Ja , alltid	6		2			5
Ja, oftast	2		2			8
Nej	0		1			0

Tillgänglighet till formellt stöd (verksamhet) forts.

Rehabteam	Borås / Bollebygd (n=11)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=4)	Svenljunga (n=3)	Tranemo (n=1)	Ulricehamn (n=4)
Ja , alltid	4	0	0	0	1	2
Ja, oftast	6	1	3	3	0	0
Nej	1	0	1	0	0	2

Aktivitetshus	Borås / Bollebygd (n=15)	Herrljunga (n=2)	Mark (n=3)	Svenljunga (n=1)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=4)
Ja , alltid	5	2	1	0		2
Ja, oftast	9	0	1	0		2
Nej	1	0	1	1		0

Nyttjande/användning av formellt stöd (personer)

Läkare psykiatri	Borås / Bollebygd (n=50)	Herrljunga (n=8)	Mark (n=9)	Svenljunga (n=6)	Tranemo (n=5)	Ulricehamn (n=18)
Mindre än en gång per månad	45 (90%)	8	9	6	4	18
En gång i månaden till flera gånger per vecka	5 (10%)	0	0	0	1	0
Dagligen	0	0	0	0	0	0

Kontaktperson	Borås / Bollebygd (n=44)	Herrljunga (n=2)	Mark (n=7)	Svenljunga (n=9)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=11)
Mindre än en gång per månad	10 (23%)	0	0	0		1
En gång i månaden till flera gånger per vecka	25 (57%)	2	7	9		9
Dagligen	9 (20%)	0	0	0		1

Nyttjande/användning av formellt stöd (personer) forts.

Psykolog/ psykoterapeut	Borås / Bollebygd (n=13)	Herrljunga (n=3)	Mark (n=3)	Svenljunga (n=4)	Tranemo (n=1)	Ulricehamn (n=3)
Mindre än en gång per månad	4	2	1	1	0	1
En gång i månaden till flera gånger per vecka	9	1	2	3	1	2
Dagligen	0	0	0	0	0	0

Socialsekreterare	Borås / Bollebygd (n=13)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=3)	Svenljunga (n=2)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=2)
Mindre än en gång per månad	12	1	1	0		2
En gång i månaden till flera gånger per vecka	1	0	2	2		0
Dagligen	0	0	0	0		0

Handläggare (Bistånd/LSS)	Borås / Bollebygd (n=13)	Herrljunga (n=3)	Mark (n=3)	Svenljunga (n=4)	Tranemo (n=1)	Ulricehamn (n=7)
Mindre än en gång per månad	10	3	2	3	1	6
En gång i månaden till flera gånger per vecka	3	0	1	1	0	1
Dagligen	0	0	0	0	0	0

Nyttjande/användning av formellt stöd (personer) forts.

Personligt ombud	Borås /Bollebygd (n=22)	Herrljunga (n=7)	Mark (n=7)	Svenljunga (n=1)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=6)
Mindre än en gång per månad	8	3	3	0		0
En gång i månaden till flera gånger per vecka	12	4	4	1		4
Dagligen	2	0	0	0		2

Boendestödjare	Borås /Bollebygd (n=21)	Herrljunga (n=3)	Mark (n=4)	Svenljunga (n=5)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=10)
Mindre än en gång per månad	3	0	0	1		0
En gång i månaden till flera gånger per vecka	13	1	4	4		9
Dagligen	5	2	0	0		1

Vårdbiträde hemtjänst	Borås /Bollebygd (n=11)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=5)	Svenljunga (n=2)	Tranemo (n=1)	Ulricehamn (n=3)
Mindre än en gång per månad	2	0	1	1	0	0
En gång i månaden till flera gånger per vecka	5	0	2	0	1	2
Dagligen	4	1	2	1	0	1

Gruppboende personal	Borås /Bollebygd (n=12)	Herrljunga (n=0)	Mark (n=3)	Svenljunga (n=3)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=6)
Mindre än en gång per månad	0		0	0		0
En gång i månaden till flera gånger per vecka	2		1	1		2
Dagligen	10		2	2		4

Nyttjande/användning av formellt stöd (personer) forts.

God man	Borås / Bollebygd (n=8)	Herrljun- ga (n=3)	Mark (n=6)	Svenljun- ga (n=3)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=4)
Mindre än en gång per månad	3	2	1	1		0
En gång i månaden till flera gånger per vecka	5	1	5	2		4
Dagligen	0	0	0	0		0

Vårdbiträde hemtjänst	Borås / Bollebygd (n=11)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=5)	Svenljunga (n=2)	Tranemo (n=1)	Ulricehamn (n=2)
Ja, alltid	6	1	3	0	1	2
Ja, oftast	5	0	2	1	0	0
Nej	0	0	0	1	0	0

Gruppboende- personal	Borås / Bollebygd (n=11)	Herrljunga (n=0)	Mark (n=3)	Svenljunga (n=3)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=6)
Ja , alltid	9		2	0		5
Ja, oftast	2		1	3		1
Nej	0		0	0		0

God man	Borås / Bollebygd (n=8)	Herrljunga (n=4)	Mark (n=6)	Svenljunga (n=3)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=4)
Ja, alltid	4	2	4	1		3
Ja, oftast	4	2	1	2		1
Nej	0	0	1	0		0

Tillgänglighet till formellt stöd (personer)

Läkare psykiatri	Borås / Bollebygd (n=53)	Herrljunga (n=9)	Mark (n=8)	Svenljun- ga (n=6)	Tranemo (n=4)	Ulricehamn (n=17)
Ja, alltid	16 (30%)	1	3	1	1	3
Ja, oftast	23 (44%)	7	3	4	3	7
Nej	14 (26%)	1	2	1	0	7

Kontaktperson	Borås / Bollebygd (n=45)	Herrljunga (n=2)	Mark (n=7)	Svenljun- ga (n=9)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=11)
Ja, alltid	22 (49%)	0	4	3		6
Ja, oftast	18 (40%)	2	3	5		4
Nej	5 (11%)	0	0	1		1

Psykolog/ psykoterapeut	Borås / Bollebygd (n=13)	Herrljunga (n=3)	Mark (n=3)	Svenljun- ga (n=5)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=3)
Ja, alltid	2	0	0	3		1
Ja, oftast	9	3	3	1		2
Nej	2	0	0	1		0

Socialekreterare	Borås / Bollebygd (n=12)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=4)	Svenljun- ga (n=2)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=2)
Ja, alltid	1	1	0	1		0
Ja, oftast	10	0	4	1		2
Nej	1	0	0	0		0

Handläggare (Bistånd/Lss)	Borås / Bollebygd (n=14)	Herrljunga (n=3)	Mark (n=3)	Svenljun- ga (n=4)	Tranemo (n=1)	Ulricehamn (n=7)
Ja, alltid	3	1	1	1	0	1
Ja, oftast	11	2	2	2	0	6
Nej	0	0	0	1	1	0

Personligt ombud	Borås / Bollebygd (n=20)	Herrljunga (n=0)	Mark (n=7)	Svenljun- ga (n=1)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=6)
Ja, alltid	13		4	1		4
Ja, oftast	6		3	0		1
Nej	1		0	0		1

Tillgänglighet till formellt stöd (personer) forts.

Boendestödjare	Borås / Bollebygd (n=21)	Herrljunga (n=3)	Mark (n=4)	Svenljunga (n=5)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=10)
Ja, alltid	7	0	1	3		6
Ja, oftast	10	3	3	2		4
Nej	4	0	0	0		0

Nyttjande/användning av informellt stöd

Familj, närstående	Borås / Bollebygd (n=57)	Herrljunga (n=7)	Mark (n=16)	Svenljunga (n=15)	Tranemo (n=6)	Ulricehamn (n=22)
Mindre än en gång per månad	10 (18%)	1	2	1	1	7
En gång i månaden till flera gånger per vecka	31 (54%)	5	8	9	2	12
Dagligen	16 (28%)	1	6	5	3	3

Vänner	Borås / Bollebygd (n=46)	Herrljunga (n=8)	Mark (n=13)	Svenljunga (n=6)	Tranemo (n=4)	Ulricehamn (n=17)
Mindre än en gång per månad	8 (17%)	3	3	2	1	3
En gång i månaden till flera gånger per vecka	31 (68%)	5	10	4	3	9
Dagligen	7 (15%)	0	0	0	0	5

Grannar	Borås / Bollebygd (n=10)	Herrljunga (n=2)	Mark (n=5)	Svenljunga (n=2)	Tranemo (n=4)	Ulricehamn (n=5)
Mindre än en gång per månad	4	0	2	1	0	0
En gång i månaden till flera gånger per vecka	5	2	3	0	4	3
Dagligen	1	0	0	1	0	2

Nyttjande/användning av informellt stöd (forts.)

Brukarorganisation	Borås / Bollebygd (n=8)	Herrljunga (n=0)	Mark (n=5)	Svenljunga (n=0)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=2)
Mindre än en gång per månad	3		1			1
En gång i månaden till flera gånger per vecka	4		4			0
Dagligen	1		0			1

Kyrka/frikyrka	Borås / Bollebygd (n=13)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=4)	Svenljunga (n=1)	Tranemo (n=2)	Ulricehamn (n=2)
Mindre än en gång per månad	7	1	1	0	0	0
En gång i månaden till flera gånger per vecka	6	0	3	1	2	2
Dagligen	0	0	0	0	0	0

Präst/pastor	Borås / Bollebygd (n=4)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=3)	Svenljunga (n=1)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=2)
Mindre än en gång per månad	2	1	1	1		1
En gång i månaden till flera gånger per vecka	2	0	2	0		1
Dagligen	0	0	0	0		0

Diakon	Borås / Bollebygd (n=7)	Herrljunga (n=0)	Mark (n=2)	Svenljunga (n=0)	Tranemo (n=1)	Ulricehamn (n=3)
Mindre än en gång per månad	5		1		0	2
En gång i månaden till flera gånger per vecka	2		1		1	1
Dagligen	0		0		0	0

Tillgänglighet till informellt stöd

Familj/närstående	Borås /					
	Bollebygd (n=46)	Herrljunga (n=7)	Mark (n=16)	Svenljunga (n=16)	Tranemo (n=6)	Ulricehamn (n=22)
Ja , alltid	34 (61%)	3	10	10	5	12
Ja, oftast	19 (34%)	2	5	6	1	9
Nej	3 (5%)	2	1	0	0	1

Vänner	Borås /					
	Bollebygd (n=47)	Herrljunga (n=6)	Mark (n=13)	Svenljunga (n=7)	Tranemo (n=5)	Ulricehamn (n=16)
Ja , alltid	20 (43%)	2	3	2	2	5
Ja, oftast	26 (55%)	4	8	4	3	11
Nej	1 (2%)	0	2	1	0	0

Grannar	Borås /					
	Bollebygd (n=10)	Herrljunga (n=2)	Mark (n=6)	Svenljunga (n=3)	Tranemo (n=4)	Ulricehamn (n=5)
Ja , alltid	5	1	1	0	0	0
Ja, oftast	4	1	3	3	3	2
Nej	1	0	2	0	1	3

Brukarorganisation	Borås /					
	Bollebygd (n=7)	Herrljunga (n=0)	Mark (n=5)	Svenljunga (n=0)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=2)
Ja , alltid	5		3			2
Ja, oftast	1		0			0
Nej	1		2			0

Kyrka/frikyrka	Borås /					
	Bollebygd (n=12)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=4)	Svenljunga (n=2)	Tranemo (n=1)	Ulricehamn (n=5)
Ja , alltid	6	1	1	0	0	3
Ja, oftast	4	0	3	2	1	2
Nej	2	0	0	0	0	0

Präst/pastor	Borås /					
	Bollebygd (n=4)	Herrljunga (n=1)	Mark (n=3)	Svenljunga (n=1)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=2)
Ja , alltid	2	1	2	0		1
Ja, oftast	2	0	1	1		1
Nej	0	0	0	0		0

Tillgänglighet till informellt stöd (forts.)

Diakon	Borås / Bollebygd (n=6)	Herrljunga (n=0)	Mark (n=2)	Svenljunga (n=0)	Tranemo (n=0)	Ulricehamn (n=2)
Ja , alltid	2		1			0
Ja, oftast	4		1			2
Nej	0		0			0

Form av stöd från olika verksamheter/personer

Kommun verksamhet	Borås / Bollebygd (n=79)	Herrljunga (n=14)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=29)
Praktiskt	28 (35%)	2	10	5	3	10
Socialt	30 (38%)	8	17	10	6	22
Medicinskt	45 (57%)	5	15	7	6	23

Kommun personer	Borås / Bollebygd (n=76)	Herrljunga (n=12)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=6)	Ulricehamn (n=27)
Praktiskt	49 (64%)	4	14	8	2	22
Socialt	65 (86%)	5	15	13	3	24
Medicinskt	60 (79%)	4	15	9	2	21

Landsting verksamhet	Borås / Bollebygd (n=79)	Herrljunga (n=14)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=8)	Ulricehamn (n=29)
Praktiskt	40 (51%)	1	10	8	3	11
Socialt	64 (81%)	11	16	17	8	26
Medicinskt	73 (92%)	9	16	13	7	28

Landsting personer	Borås / Bollebygd (n=76)	Herrljunga (n=12)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=17)	Tranemo (n=6)	Ulricehamn (n=27)
Praktiskt	50 (66%)	4	14	10	2	19
Socialt	68 (89%)	11	16	16	6	21
Medicinskt	68 (89%)	8	16	12	4	22

Form av stöd från olika verksamheter/personer (forts.)

Familj/Nätverk	Borås					
	/Bollebygd (n=74)	Herrljunga (n=10)	Mark (n=18)	Svenljunga (n=18)	Tranemo (n=7)	Ulricehamn (n=26)
Praktiskt	52 (70%)	4	14	10	3	22
Socialt	72 (97%)	10	18	18	6	26
Medicinskt	64 (86%)	6	17	15	4	22

ÄldreVäst Sjuhärad

ÄldreVäst Sjuhärad är ett forsknings- och utvecklingscentra för utveckling, utvärdering, utbildning och forskning inom äldreområdet och området för funktionshinder. FoU-centrat har funnits sedan 1999.

Målet för ÄldreVäst Sjuhärad är att bidra till ökad livskvalitet, ökad vård- och omsorgskvalitet och social delaktighet för äldre personer och deras närstående genom att:

- Stärka och utveckla samverkansformer över organisationsgränser
- Genomföra utvecklings- och forskningsprojekt med äldre och deras familjer
- Förnya och utveckla metoder och verksamhetsformer i vård och omsorg för äldre
- Sprida ÄldreVäst Sjuhärads forsknings- och utvecklingsresultat
- Bidra till kunskaps- och kompetensutveckling inom äldreområdet

De som står bakom ÄldreVäst Sjuhärad är kommunerna Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn samt Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås. Dessutom stöds verksamheten av Socialstyrelsen.

Verksamheten bedrivs i nära samverkan med intresse- och frivilligorganisationer inom äldreområdet.

ÄldreVäst Sjuhärad administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler.

Läs mer om ÄldreVäst Sjuhärad på hemsidan www.aldrevast.hb.se. Där finns bland annat tidigare utgivna rapporter.

Mer om Högskolan i Borås finner ni på www.hb.se

