



Slutrapport sociala investeringar

Förbättrad livskvalité och ökad självständighet för personer med psykisk ohälsa

Projektperiod 2016-04-01– 2018-06-30

Dokumentansvarig på politisk nivå: Vård och omsorgsnämnden
Ansvarig för utvärdering och slutrapport: Lina Åkerlind Nielsen
Projektägare: Lars Liljedal



SAMMANFATTNING

Den sociala investeringen *Förbättrad livskvalité och ökad självständighet för personer med psykisk ohälsa* genomfördes från april 2016 och två år framåt och beviljades 800 000 kronor för genomförandet.

Syftet med investeringen var att utveckla arbetsterapi och fysioterapi inom boendestöd med fokus på att skapa förutsättningar att leva ett aktivt liv med ökad självständighet och delaktighet i samhället för personer med neuropsykiatriska och psykiatriska funktionsnedsättningar. Projektet riktade sig mot personer som ansökte om boendestöd eller redan var beviljade boendestödsinsatser enligt SoL inom Östersunds kommun.

Interventionerna hos personerna har varit individuellt anpassade och varierat i tid och mängd.

Förutsättningarna har förändrats under projekttiden med byte av projektmedarbetare samt en utökning av ärenden och personal att arbeta tillsammans med. Projektet har ändå kunnat uppvisa positiva resultat. Utvärdering har gjorts genom en analys av den datainsamling som samlats in under projektets gång. Detta jämfördes med data från tiden innan projektet. I de 75 ärenden där arbetsterapeut aktualiserades var antalet utförda boendestödstimmar 35 % lägre än i de 129 ärenden där arbetsterapeut ej blivit inkopplad. En mätning gjordes också mellan januari och december 2017. Det visade på en minskning av boendestödstimmar med 29 % i de ärenden där arbetsterapeut gjort bedömning och insatser utifrån det evidensbaserade självskattningsinstrumentet COPM. Den generella minskningen i övriga ärenden var 10,3 %.

Resultatet visar på att personcentrerade insatser genom samarbete mellan personal i boendestöd, arbetsterapeut, fysioterapeut och biståndshandläggare bidrar till att personen upplever en högre tillfredsställelse och är i behov av mindre boendestöd. I intervjuer med personer som fått hjälp framkom att tydliga mål med regelbundna utvärderingar bidrog till en känsla av att lyckas. Det beskrevs viktigt att uppmärksamma framsteg för att vilja sträva framåt och skapa motivation. Att komma fram till ett mål med arbetsterapeut och jobba mot det gav en känsla av tillfredsställelse och förbättrat självförtroende.

Utifrån utvärderingens resultat lämnas förslag till implementering på utökning av arbetsterapeut med 2.25 tjänst samt fysioterapeut med 0.75 tjänst utöver den grundbemanning som finns på Hälsofrämjande enheten.

I framtagandet av slutrapporten har följande personer medverkat:

Lina Åkerlind Nielsen, projektledare

Christine Engerup, projektmedarbetare

Magnus Zingmark, FoU-ansvarig på Uppdragsenheten i Östersunds kommun

Ansvarig för utvärdering och slutrapport: Lina Åkerlind Nielsen, projektledare

Projektägare: Lars Liljedahl, förvaltningschef, vård och omsorgsförvaltningen

Datum för godkännande av projektägare: 2018-10-19

1 BAKGRUND

1.1 Problemformulering

1.2 Syfte, målgrupp

1.3 Utgångspunkt och metod för satsningen

1.4 Organisation

2 RESULTAT OCH EFFEKTREDOVISNING

2.1 Förutsättningar

2.2 Mål – Ökad upplevd tillfredsställelse

2.2.1 Genomförda aktiviteter

2.2.2 Resultat Data

2.2.3 Resultat Intervju

2.3 Mål – Minskat antal utförda boendestödstimmar

2.3.1 Genomförda aktiviteter

2.3.2 Resultat Data

2.3.3 Resultat Enkätundersökning

2.4 Ekonomiska effekter

2.5 Satsningens kostnader

2.6 Kostnadsnyttoanalys

3 ANALYS OCH SLUTSATSER

3.1 Slutsatser

3.2 Komponentanalys

4 FÖRSLAG TILL BESLUT

4.1 Förslag till implementering

4.2 Plan för återföring

5 FORTSATT ARBETE

5.1 Utvecklingsområden

REFERENSER

BILAGOR

Bilaga 1 Tabell över metoden

Bilaga 2 Flödesschema

1. Bakgrund

1.1 Problemformulering

Psykisk ohälsa är på väg att bli det främsta globala hälsoproblemet. I en sammanställning av studier från utvecklade länder påvisas att psykisk ohälsa är relaterad till tidigare dödlighet, arbetslöshet och bidragsberoende, hemlöshet, missbruk, brottslighet, dålig fysisk hälsa och självmord. Effekterna av psykisk ohälsa påverkar inte bara individen själv utan även familj, vänner, samhället och samhällsekonomin. Föräldrar med psykiska störningar är dessutom en viktig riskfaktor för att barnen i sin tur kan få psykiska störningar (1). WHO beskriver i sin rapport (2) att ca 450 miljoner människor i hela världen lider av psykiska funktionsnedsättningar och beteendestörningar. En av fyra personer kommer utveckla en eller flera av dessa störningar under sin livstid.

Personer med ADHD upplever känsla av maktlöshet, bristande acceptans i den sociala miljön och låg självbild (3). Planera, organisera och avsluta dagliga aktiviteter är några av de svårigheter som uppmärksammas hos personer med ADHD. Forskning inom arbetsterapi för vuxna med ADHD påvisar att målgruppen kan ha svårigheter att hitta motivation och engagemang till att utföra aktiviteter eller känna glädje vid utförandet (4). Personer med psykiska funktionsnedsättningar spenderar mycket av sin tid i ensamhet. De har ofta en stillasittande livsstil; t.ex. att sova mycket, vila eller röka (5). En norsk studie (8) påvisar att personer med psykiska funktionsnedsättningar är mindre fysiskt aktiva jämfört med den generella befolkningen. Det understryker därmed vikten av att bedöma den fysiska aktivitetsnivån hos psykiskt funktionsnedsatta personer för att kunna stötta dem till en aktiv och hälsosam livsstil.

Subjektiva aspekter av personligt välbefinnande, självbestämmande och självständighet är grundläggande byggstenar i livskvalité (6). Studie (7) påvisar att individer som får möjlighet att kommunicera, upprätta mål och ta egna beslut bistår sig de färdigheter som behövs för att uppleva en god livskvalité.

Enligt Kielhofner (8) och Dandridge et al (9) har det påvisats att arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska insatser riktade mot personer med psykisk ohälsa skapar ökad psykisk och fysisk hälsa för individen. Arbetsterapeuter har en unik inriktning på aktivitet och anser att det är viktigt för människor att engagera sig i meningsfulla aktiviteter för att uppleva hälsa och välbefinnande (8). Fysioterapeuter arbetar med att påverka livskvalité genom insatser som syftar till att förbättra den fysiska och mentala hälsan för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Sveriges satsning på reduktion av psykisk ohälsa

En svensk studie (10) har kommit fram till att 17.2 % av Sveriges befolkning upplever någon gång en kliniskt signifikant depression eller ångest som troligtvis påverkar deras dagliga liv. Studien visade också på förekomst av djup depression hos 5.2 % av Sveriges befolkning vid

mättillfället. Regeringen har gjort en omfattande satsning på att åstadkomma förbättringar för personer med psykisk ohälsa. I den satsningen utarbetades ”*PRIO psykisk ohälsa - plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016*” (11). Lagändringar har införts som bland annat innefattar att kommuner och landsting är skyldiga att samarbeta och ingå överenskommelser när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Dessutom ska det upprättas en individuell plan när den enskilde behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

I slutbetänkandet av Nationell Psykiatrisamordning (12) definieras ett psykiskt funktionshinder som väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och om dessa begränsningar funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning. Förståelsen hos allmänheten och i den offentliga sektorn för psykiska funktionshinder är oftast sämre än för fysiska funktionshinder (13). Det är lättare att förstå att en blind person inte kan se än att en person som kan se inte kan tolka vad hen ser. Detta kan vara bidragande till att utvecklingen inte gått tillräckligt snabbt framåt. Nationell Psykiatrisamordning (12) uppmanar till en utveckling av metoder och teknologi för att kunna inkludera ett större antal personer och ge en individanpassad service.

Boendestöd inom Östersunds Kommun

Hösten år 2013 gjordes en inventering i Östersunds kommun som berörde personer med psykiska funktionshinder som syftade till att få en tydligare bild av boende och sysselsättning för målgruppen. Målet var att kommunen sedan skulle analysera vad som kunde förbättras utifrån resultatet i inventeringen. År 2013 togs beslut att verksamheten Boendestöd skulle finnas i hela Östersunds kommun enligt uppdragsbeskrivningen ”*en praktisk, social och pedagogisk insats som syftar till att underlätta för den enskilde att hantera sin vardag. Insatsen är inte begränsad till hemmet utan kan även innefatta aktiviteter utanför bostaden... Målgruppen är vissa personer med psykisk funktionsnedsättning*”.

Boendestöd startade i början av år 2014 med cirka 20 personer som var beviljade boendestöd enligt socialtjänstlagen [SoL]. Vid projektets start 2,5 år senare, var 77 personer beviljad boendestöd enligt SoL. Utförare av de beviljade boendestödinsatserna är utbildade undersköterskor som indelats geografiskt i fyra olika grupper á 4-5 utförare i varje grupp. Utförande av Hälso- och sjukvårdsinsatser och rehabiliteringsinsatser för de personer som är beviljade boendestöd ansvaras av Hälsofrämjande enhetens legitimerade fysioterapeuter, arbetsterapeuter och distriktsköterskor. Resurserna från legitimerad personal omfattade 75% arbetsterapeut, 50% distriktsköterska och 25% fysioterapeut. Enligt uppdragsbeskrivningen för boendestöd/hemsjukvård ska legitimerad personal bedöma behov av omvårdnad, hälso- och sjukvårdsinsatser och rehabilitering samt upprätta omvårdnadsplaner, arbetsterapiplaner och fysioterapiplaner. Enligt rutin ska uppföljning och utvärdering av insatserna utföras kontinuerligt.

Studier (14) (15) visar på att arbetsterapiinsatser kan öka självständighet och delaktighet hos individer med neuropsykiatriska och psykiska funktionsnedsättningar. Personer med psykiatriska diagnoser är mindre fysiskt aktiva jämfört med den generella befolkningen (16). Samtidigt visar studier (17) (18) att fysisk aktivitet ökar välmående och är ett bra komplement för behandling vid ångest och depression. Sammanfattningsvis kan vi utifrån nämnda studier se att arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska insatser kan öka livskvalitén hos denna målgrupp.

Vid tiden för projektansökan kunde Östersund kommuns verksamhet mot boendestöd inte tillgodose det behov som fanns av arbetsterapi och fysioterapi för dessa personer. Andra kommuner samt regeringen har inom olika projekt visat goda resultat vid satsning på att utveckla arbetssätt kring nämnd målgrupp.

Satsningen Förbättrad livskvalité och ökad självständighet för personer med psykisk ohälsa genomfördes från april 2016 och två år framåt och har beviljats 800 000 kronor för genomförandet.

Frågeställningar

Bidrog arbetsterapeutiska- och fysioterapeutiska insatser till ökad upplevd tillfredsställelse i utförande av betydelsefulla aktiviteter och delaktighet i vardagen hos individer med neuropsykiatriska och psykiatriska funktionsnedsättningar?

Kunde arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska insatser minska antalet utförda boendestödstimmar för individer med neuropsykiatriska och psykiatriska funktionsnedsättningar?

1.2 Syfte/målgrupp

Syfte

Syftet med projektet var att utveckla arbetsterapi och fysioterapi inom boendestöd med fokus på att skapa förutsättningar att leva ett aktivt liv med ökad självständighet och delaktighet i samhället för personer med neuropsykiatriska och psykiatriska funktionsnedsättningar.

Urval/begränsningar

Projektet riktade sig mot personer som ansökte om boendestöd eller redan var beviljade boendestödsinsatser enligt SoL inom Östersunds kommun.

1.3 Utgångspunkt och metod för satsningen

Projektet beviljades medel från Östersunds kommuns sociala investeringsfond. Syftet med den sociala investeringsfonden är att ”*skapa ekonomiskt utrymme för förebyggande insatser*

som ska bidra till att reducera framtida kostnader för utanförskap” (Riktlinjer för hantering av Ösd. Kommuns sociala inv.fond).

Inför ansökan om medel fördes en dialog med boendestödspersonal kring vilket samarbete de önskade med arbetsterapeut och fysioterapeut samt vilket behov av insatser som de upplevde. Samtal fördes också med enhetschef över boendestöd samt ekonom. Utifrån de problem som upplevdes samt synpunkter som kommit fram från boendestödspersonal har metoden utarbetats (bilaga 1 och 2). Budgeten som beviljades var på 800 000kr fördelat på tre kalenderår och innebar i praktiken 50% arbetsterapeut och 25% fysioterapeut.

Ambitionen var att förbättra rehabiliteringskedjan för personer med neuropsykiatriska och psykiatriska funktionsnedsättningar. Metoden innefattade arbetsterapeutiskt och fysioterapeutiskt deltagande på boendestödspersonalens ärendeträffar 2 gånger/ månad. Personärenden diskuteras på ärendeträffarna kring hur stödinsatserna utformas för att stötta personen i sin rehabilitering/habilitering.Handledning kan då ges av arbetsterapeut och fysioterapeut i olika personärenden till boendestödspersonal. För att kartlägga varje individs behov och prioritera vilken/vilka aktiviteter som personen önskar förändring inom erbjuds hembesök av arbetsterapeut eller fysioterapeut där instrumentet Canadian Occupational Performance Measure [COPM] används. Instrumentet innefattar att personen skattar betydelse av hur viktigt det är att utföra aktiviteter inom områdena personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. Därefter skattar personen sitt utförande av aktiviteten och hur tillfredsställd personen är med utförandet. Fysioterapeut och arbetsterapeut använder också instrumentet EQ-5D för att få en skattning av personens livskvalitet samt test om levnadsvanor från Nätverket Hälsofrämjande sjukvård. Utifrån personens behov upprättas en plan med målsättningar och modell för åtgärd.

Instrumentet COPM användes även för mätning/utvärdering av mål och förändringar genom personens självskattning. Utvärdering av teamets interventioner/åtgärder utvärderades med ovanstående instrument.

Interventionerna hos personerna som beviljats boendestöd var individuellt anpassade och kategoriserades i för arbetsterapeut aktivitetsträning, strukturstödjande insatser, coaching eller hjälpmedelsförskrivning. Fysioterapeutiska insatser kategoriserades i kroppsfunctionsträning, samtal kring kost och fysisk aktivitet, smärtbehandling och/eller kroppsmedvetenhet. Genom ett aktivt deltagande av arbetsterapeut och fysioterapeut kunde rehabiliteringsinsatserna utvärderas och uppdateras löpande och ständigt bidra till måluppfyllelse och utveckling mot självständighet för personerna.

Antalet utförda stödtimmar hos varje person som boendestödspersonal utför följdes upp vid aktualisering och uppföljning. En jämförelse på antal planerade boendestödstimmar gjordes mellan januari 2017 och december 2017 på samma personer i boendestöd. Den delades in i två grupper; de som fått bedömning och insatser utifrån det personcentrerade instrumentet COPM samt de som inte fått det. Genom att använda evidensbaserade bedömningsinstrument

vid aktualisering och uppföljning av insatser kunde nivån av tillfredsställelse hos individen mätas.

Utvärdering av projektet utfördes genom en analys av den datainsamling som gjorts under projektets gång. Detta jämfördes med data från tiden innan projektet som då blev jämförelsegrupp.

En enkätundersökning genomfördes för personalen som arbetar i boendestöd. 6 frågor har ställts vid projektets start 2016, efter ett år samt inför projektets avslut 2018.

1.4 Organisation

All personal i projektet har varit anställd på Hälsofrämjande enheten. Lina Åkerlind Nielsen, arbetsterapeut, har varit projektledare i satsningen och slutfört projektet tillsammans med Christine Engerup arbetsterapeut.

Ansökan gjordes från början av projektledaren tillsammans med Moa Boström arbetsterapeut och Emma Persson fysioterapeut. Under de åren som satsningen har pågått har personer bytt anställning och deltagare i projektet har ändrats. De som också deltagit är Maria Olofsson arbetsterapeut, Sara-Maria Olsson arbetsterapeut, Camilla Lindmark fysioterapeut samt Maria Clifford Lind fysioterapeut.

Intervjuerna har genomförts av Malin Emmesjö, fysioterapeut och transkriberingen av intervjuerna har genomförts av Ulrika Lantz fysioterapeut.

Magnus Zingmark, FoU-ansvarig på Uppdragsenheten i Östersunds kommun, har analyserat och sammanställt dataanalysen.

2. Resultat- och effektredovisning

2.1 Förutsättningar

Projektet startade i april 2016. Den fysioterapeut och arbetsterapeut som var med och ansökte om projektmedel avslutade sina anställningar och ny fysioterapeut började först i september. Under 2016 ägnades 6 månader till projektet då sommarmånaderna juni-augusti räknades bort. Fysioterapeut deltog under 4 månader. På grund av resursbrist på enheten prioriterades 25 % fysioterapeutresurs bort från projektet. Den resurs för fysioterapi på 25 % som fanns kvar medgav inte att fysioterapeut hade möjlighet att utföra regelbunden behandling. Fysioterapeuten fick också prioritera bort ärendemöten för tre av personalgrupperna i boendestöd för att ha möjlighet att delta regelbundet i några av grupperna.

Under 2017 byttes arbetsterapeut i projektet igen på grund av byte av anställning. Även fysioterapeut som deltagit i projektet avslutade sin anställning. På grund av svårigheter med rekrytering av fysioterapeut till enheten så plockades den resursen bort helt från projektet. Detta har inneburit att det har saknats en yrkeskompetens under hälften av tiden som projektet pågått. Syftet med att utarbeta ett arbetssätt för fysioterapeut inom boendestöd har därför inte kunnat fullföljas. Det teamsamarbetet mellan arbetsterapeut och fysioterapeut som var tänkt att utvecklas under projekttiden har inte heller haft förutsättningar att genomföras fullt ut.

Vid ansökan om projektmedel hade boendestöd tre personalgrupper och ca 77 ärenden som var beviljad boendestöd. Vid projektets start hade personalgrupperna utökats till fyra stycken. Vid projektets slut i juni 2018 har boendestöd 8 personalgrupper och ca 160 ärenden som är beviljad boendestöd. Detta har inneburit att de projektmedel som beviljats inte har räckt till i den omfattning som beräknades.

Under 2016 och 2017 har deltagande vid ärendeträffar varit var 14:e dag. Under 2018 ändrades planeringen för boendestöd och ärendeträffarna genomfördes endast 1 ggr/månaden. I några av grupperna har det varit svårt att delta vid ärendeträffar under 2018 då planeringen och genomförandet av dessa varit oregelbundet. Boendestödspersonalen har också gått regelbundet på handledning hos en psykoterapeut och tiderna för detta har sammanfallit med ärendemötestider som då har ställts in.

2.2 Mål - Ökad upplevd tillfredsställelse

2.2.1 Genomförda aktiviteter

De två arbetsterapeuter och fysioterapeuter som jobbade i projektet när det startade igång gick en utbildning i Basal kroppskännedom [BK] kurs A. BK är en fysioterapeutisk behandlingsmetod där syftet är att stärka de egna resurserna samt förmågan till medveten närvaro. Kurs A riktar sig mot alla och därför gick även arbetsterapeuterna denna kurs för att få en förståelse för vad det handlar om och veta när fysioterapeut kan behövas. För att få behandla enligt BK behövs B och C kursen vilket aldrig blev aktuellt då de 2 fysioterapeuter som gått kurs A slutade i projektet.

75 personer har fått insatser av arbetsterapeut. Av dessa har instrumentet COPM använts för 48 personer. Uppföljning med hjälp av instrumentet COPM har enbart gjorts för 22 personer. Bortfallet på övriga uppföljningar har flera olika orsaker. En anledning är byte av arbetsterapeut i projektet vid två tillfällen som gjort att det inte blivit aktuellt med uppföljning när det inte funnits pågående insatser hos personen. Bortfallet beror även på att personer flyttat eller avslutat boendestöd innan uppföljning har kunnat göras. Insatserna som personerna har fått har varit individuellt anpassade och har varierat i tid och antal hembesök. I genomsnitt har ett hembesök tagit ca 1,5 timme men det har varierat från 30 min-3 timmar. Personerna kan ha fått allt i från ett enstaka besök till regelbundna besök över lång tid.

Insatserna har delats in i områdena aktivitetsträning, strukturstödjande insatser, coaching eller hjälpmedelsförskrivning. Aktivitetsträning innebär att träna på den aktivitet man önskar kunna utföra, som t.ex. att handla, att tvätta, att laga mat. Det görs i den miljö personen vistas och aktiviteten kan anpassas utifrån vilka svårigheter personen har. Strukturstödjande insatser kan vara exempelvis planeringsstöd eller checklistor. Coaching innefattar samtalsstöd och handlar om vad personen vill uppnå för mål och hur hen ska kunna ta sig dit. Hjälpmedelsförskrivning är ett komplement till övriga delar för att kunna underlätta att uppnå sitt mål med en kompensatorisk åtgärd. Det kan vara tyngdtäcke för att förbättra sömnen, en planeringstavla eller till exempel en timstock för att veta hur lång tid en aktivitet får ta.

7 personer har fått insatser av fysioterapeut i projektet. Fysioterapeutens uppgift har varit att bedöma behov av hälso-sjukvårdsinsatser och rehabilitering samt att vid behov upprätta sjukgymnastikplaner och ordinera eller delegera behandling. Fysioterapeuten har bedömt de fysiska besvär som hindrar eller försvårar för personen att uppnå självständighet men också hur personens psykiska besvär påverkar den kroppsliga funktionen. Instrumentet EQ-5D har använts men då underlaget är för litet finns inte data att analysera. Basen för den behandling som kunnat ges har varit att på olika sätt främja fysisk aktivitet och träning.

Insatserna från fysioterapeut har kategoriserats i följande områden: fysisk träning, fysisk aktivitet, samtal kring levnadsvanor som bland annat fysisk aktivitet och kost, smärtbehandling, kroppsmedvetenhet och specifik träning.

2.2.2 Resultat - Data

COPM

För de 48 personer där en skattning med COPM gjordes vid aktualisering var medelvärdet 2,96 (spridning 1,00-7,70). Vid en andra skattning som gjordes för 22 personer var medelvärdet 5,75 (spridning 2,50-10,00). I genomsnitt var förändringen 3,39 (spridning -0,80-8,50). En person hade en lägre skattning än vid aktualisering. För 16 personer var förbättringen över tid 2 poäng eller mer vilket är gränsvärdet för en kliniskt relevant skillnad.

2.2.3 Resultat – Intervju

För att fånga individens upplevelse av de insatser som gjorts beslutades det att som tillägg till dataanalysen genomföra en kvalitativ intervjuundersökning. Kriterierna för att bli intervjuad var att personerna skulle klara av att en okänd person genomförde intervjun samt att det inte skulle upplevas ångestfyllt. Det skulle även finnas en spridning av ålder och kön. Inom ramen för vad som var rimligt att genomföra i projektet valdes sex personer ut att delta i detta utifrån kriterierna. En av de sex personerna tackade nej till att delta på grund av att intervjun skulle spelas in. Av de kvarstående fem personerna var en man och fyra kvinnor med olika diagnoser i åldersspannet 25-59 år. Intervjuerna genomfördes av en fysioterapeut med erfarenhet av intervjustudie som personerna inte träffat tidigare. Deltagandet var frivilligt och informanterna fick muntlig samt skriftlig information om intervjuundersökningen. Samtycke till att delta i intervjun lämnades skriftligt. Intervjuerna genomfördes med hjälp av en

intervjuguide och semistrukturerad intervju. Samtalen spelades in och transkriberades ordagrant. Därefter kodades nyckelord som kategoriserades i olika teman som beskrivs nedan.

Personcentrering

Självskattning

Informanterna berättar att de har fått skatta problem för att kunna jämföra resultat. Överlag har det upplevts positivt och att det är viktigt att kunna se och känna att det har blivit en förbättring. Det har också funnits en rädsla för att man ska svara fel på skattningen då det är svårt att veta sitt normalläge. Den rädslan har kunnat övervinnas genom information om att det inte finns något rätt eller fel.

”...man såg när man gick igenom de här delmålen, att oj! Titta här! När man skulle skatta typ hur man upplevde vissa saker, och så skatta man och så gick man tillbaka och titta hur man skattat första gången och så började man tänka så här att; ja, just det! Då kunde jag inte ens det här[...] och det här fixar jag nu.”

Mål

Tydliga mål med regelbundna utvärderingar bidrar till en känsla av att lyckas. Det beskrivs viktigt att uppmärksamma framsteg för att vilja sträva framåt och skapa motivation. Att komma fram till ett mål med arbetsterapeut och jobba mot det har gett en känsla av tillfredsställelse och förbättrat självförtroende.

”... målet var ju att det skulle bli bättre, att jag skulle hitta nått sätt så att det blev bättre. Och det har vi lyckats...det är ju bättre. Helt klart.”

Insatser av Arbetsterapeut kontra boendestöd

Arbetsterapeut har stöttat med att hitta strategier genom att bland annat gradera och anpassa aktiviteter. Det har varit en hjälp för att strukturera och organisera det kaos som många uttrycker att de lever i. Arbetsterapeut har öppnat upp för att hjälpa och det beskrivs underlätta med förtroendet när det endast är en person som man träffar och avtalar något med. Planeringsstöd och hjälpmedel för tidsuppfattning lyfts fram som väldigt positivt trots att man varit skeptisk till det från början. Insatserna har anpassats beroende på hur behovet sett ut vilket har varit en hjälp att ta tag i svåra uppgifter och komma vidare.

”Första gången jag fick boendestöd var det ingen arbetsterapeut kopplad. Inte som jag fick träffa i alla fall. Men jag tycker att det var en bra grej att liksom, det första som händer när jag ansöker om boendestöd är att, efter att jag har träffat biståndshandläggaren, så kommer en arbetsterapeut å så kollar vi på vad kan vi förbättra.”

Boendestöd upplevs vara en bra stöttning för att praktiskt komma igång med sysslor som behövs göras. Det underlättar för att få klart sådant som påbörjats men ej slutförts. Boendestöd lyssnar och stöttar upp när det uppstår problem. Det är flera personal som besöker personerna vid de olika tillfällena vilket upplevs försvåra planeringen. Det man har kommit överens om med en personal kanske inte nästa person vet om. Det har också lyfts fram vid intervjun att man inte vet vilken personal som kommer och att det kan vara ett stressmoment.

”Det med boendestödet, det vi har gjort, det har vart mer liksom att gå promenader å laga mat[...] och (namn på AT) det har mer varit att hitta strategier å varit stöd när jag handlar. Hon har hjälpt mig, gett mig verktyg och hjälpmedel och sen så har hon en dialog hur det fungerar allting.”

Svårigheter

Socialt

Att isolera sig hemma beskrivs av informanterna som ett resultat av ångest och stress. Det är svårt att våga ta kontakt med andra. En orsak beskrivs vara att man behöver läsa av sociala regler. Det blir svårt att ta sig exempelvis till matbutik eller inbokade möten. Mycket ansvar läggs på anhöriga att hjälpa till med skjutsning/hämtning för att det ska fungera. Möten på sjukhuset med t.ex. sjukgymnast har blivit inställda på grund av försämrat mående och svårigheter att ta sig iväg från hemmet. Boendestöd och arbetsterapeut beskrivs vara ett stöd i att våga ta sig ut och hantera den stress och ångest som det medför att utsätta sig för nya sociala situationer. Det framkommer också behov av mer stöd kring sociala sammanhang än vad som har getts.

”Ett av mina problem just som är om man inte riktigt kan läsa av dom sociala förväntningarna å koderna å allt det här å det blir liksom en social ängslan.”

Individuellt

Informanterna uttryckte svårigheter med att hitta en balans i vardagen och att veta hur man ska prioritera. Energi och tid läggs på saker som upplevs som måsten och det finns en känsla av att man ställer för höga krav på sig själv. Nedsatt korttidsminne och koncentrationsförmåga påverkar möjligheten till att själv kunna planera och hålla sig till ett schema. Måendet kan också variera över dagen vilket gör det svårt att få stöd vid rätt tidpunkt. Det har också varit svårt att lära sig ta emot hjälp. Samtidigt beskrivs också en önskan om att ha fått hjälp tidigare. Det har varit svårt att veta vilken hjälp som finns att få och en person beskriver processen som onödigt plågsam.

”...men generellt är det så här att det är orken som tryter. Det är egentligen inte förmågan. Alltså jag kan, jag kan laga mat! Jag kan städa! Jag vet hur man sorterar och slänger grejer,

sopsorterar och sätter upp en hylla och alla såna här grejer...”

Effekter

Informanterna uttryckte på olika sätt att de har fått verktyg och hittat strategier att använda i det dagliga livet. Insikter om att det får ta tid och att dela upp aktiviteter i steg har underlättat vardagen. En känsla av ökad självständighet och en framtidstro beskrivs av några.

”...nu som det känns så har jag ändå en förhoppning att jag kanske kan komma tillbaka helt och hållet, men det har jag inte vågat tro.”

Möjliggörande faktorer

De faktorer som beskrivs vara en bra grund för rehabiliteringen är att insatserna utgått från hemmet som är en trygg miljö. Personalen är en trygghet, det har funnits någon att fråga. Arbetsterapeut har varit tillgänglig på både telefon och mail vid funderingar. Även om arbetsterapeut inte har haft svar på alla frågor beskrivs det vara till hjälp för att veta vart man ska vända sig. Att det har varit kostnadsfritt lyfts också som en framgång.

”...det har varit skönt att man har haft sitt hem som sin bas liksom, i allt det här arbetet.”

Framtidsvision

En önskan som lyfts fram är att kunna göra studiebesök tillsammans med boendestöd för att underlätta att våga ta sig ut på olika verksamheter. Att få ingå i en mindre träningsgrupp är också något som skulle underlätta motivationen och den sociala kontakten. Två av informanterna lyfter fram att man inte har vetat om boendestöd och en informant beskriver att det hade kunnat förhindra hans familjesituation om han hade fått vetskap om boendestöd tidigare.

”Att det liksom fanns nån slags någorlunda detaljerad lista av nåt slag eller så, på vad man skulle kunna tänkas få hjälp med[...] ibland så, så tänker man att det inte finns för man inte har hört talas om det. Och då, och så kanske man sliter med nånting som man faktiskt skulle kunna få hjälp med.”

2.3 Mål - Minskat antal utförda boendestödstimmar

2.3.1 Genomförda aktiviteter

Bedömningar av arbetsterapeut till biståndshandläggare inför beslut om boendestöd för 36 personer. Fortsatta insatser för dessa personer i samarbete med personal i boendestöd. 5 personer ytterligare aktualiserades av biståndshandläggare i samband med att de blivit beviljad boendestöd.

Insatser för 26 personer där personal i boendestöd har kontaktat arbetsterapeut eller fysioterapeut.

Fyra personer har aktualiserats via vårdplanering på sjukhuset och fyra ytterligare personer har kommit från en annan enhet i kommunen.

Deltagande vid ärendeträffar under 2016 och 2017 var 14:e dag samt under 2018 1 ggr/mån.

2.3.2 Resultat - Data

Analys

Data analyserades med SPSS. För att studera vilka effekter som uppstod under projektperioden definierades grupper utifrån de som aktualiserades från ... till och med mars 2016 (jämförelsegrupp) och de som aktualiserades under projektperioden från och med april 2016 (undersökningsgrupp).

Skillnader mellan grupper analyserades med parametrisk och icke parametrisk statistik. p -värden ≤ 0.05 betraktades som signifikanta. Chi² test användes för att avgöra om skillnader mellan grupper var signifikanta avseende om insatser avslutats.

Students' T-test användes för att avgöra om skillnader mellan grupper var signifikanta avseende antalet dagar boendestöd var beviljat, genomsnittlig tid per månad för boendestöd för åren 2016 och 2017.

Paired samples T-test användes för att studera om skillnader över tid, inom respektive grupp, var signifikanta.

I tillägg till jämförelse mellan grupper genomfördes analyser för att avgöra om det fanns signifikanta skillnader i relation till kön och ålder.

En jämförelse av boendestödstimmar gjordes för de personer som hade boendestöd i januari 2017 och december 2017 för att följa hur utvecklingen varit. Analysen har gjorts i Excel och utgått från den utvärdering som enheten för Boendestöd själva gjort i sin verksamhet. Två ärenden som har personlig assistansliknande insatser är bortplockade ur jämförelsen. Personer som fått bedömning och insatser av arbetsterapeut utifrån det personcentrerade instrumentet

COPM har jämförts med personer där COPM inte använts och/eller där arbetsterapeut inte varit inkopplad.

Resultat

Studien omfattar 205 personer som aktualiserats för boendestöd under perioden 2015-01-01 till 2018-02-28. Av dessa hade en person i undersökningsgruppen enbart kontakt med arbetsterapeut vartefter något ytterligare behov av boendestöd inte behövdes. Två personer som har personlig assistansliknande insatser (extrema värden) är bortplockade ur analysen. Jämförelse mellan undersökningsgrupp och jämförelsegrupp baseras på de återstående 202 personerna, 102 och 100 personer vardera. Bakgrundsdata vid aktualisering presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Bakgrundsdata vid aktualisering.

	Undersökningsgrupp (n=102)	Jämförelsegrupp (n=100)	P-värde
Kön Kvinna	53 (52,0%)	62 (60,8 %)	0,30
Ålder	34,8 ()	39,3	0,01
Beviljat boendestöd (h) månaden efter aktualisering	14.4	21.3*	<0,01

*för personer som aktualiserades under 2014 mättes antal timmar januari 2015.

Skillnad mellan grupper

Analysen visade att grupperna hade förändrats olika över tid. I jämförelsegruppen hade boendestöd avslutats för 47 personer (47.0 %) jämfört med 33 i undersökningsgruppen (32,4%) ($p=0.03$). I undersökningsgruppen är det genomsnittliga antalet timmar mindre än i jämförelsegruppen. Fler personer i jämförelsegruppen hade avslutat boendestöd men för de som avslutat var varaktigheten kortare i undersökningsgruppen. Sammantaget för båda grupperna var orsaker till avslut att behovet hade upphört (58 personer), att insatser övergick till ordinarie hemtjänst (8 personer), flytt till LSS eller SoL bostad (9 personer), och flytt från kommunen (6 personer). I undersökningsgruppen var det genomsnittliga antalet dagar med boendestöd samt antalet timmar mindre än jämförelsegruppen, tabell 2.

Tabell 2. Skillnader i boendestöd mellan undersökningsgrupp och jämförelsegrupp

	Undersökningsgrupp (n=102)	Jämförelsegrupp (n=100)	
Antal dagar med boendestöd*	203	508	<0,01
Genomsnittligt antal timmar/månad 2016	11,2	18,5	0,01
Genomsnittligt antal timmar/månad 2017	15,6	18,3	0,30

*avser personer där boendestöd avslutats

Totalt sett aktualiserades 75 personer till arbetsterapeut, 129 aktualiserades inte.

Tabell 3. Skillnader mellan de som aktualiserades till arbetsterapeut eller inte aktualiserades

	Aktualiserad till arbetsterapeut (n=75)	Ej aktualiserad (n=129)	P-värde
Beviljat boendestöd (h) månaden efter aktualisering	13,8	20,3	<0,01
Antal dagar med boendestöd*	271	428	0,04
Genomsnittligt antal timmar/månad 2016	13,1	17,8	0,10
Genomsnittligt antal timmar/månad 2017	15,8	17,4	0,52

Över tid minskar den beviljade tiden för boendestöd i jämförelsegruppen från månaden efter aktualisering till både 2016 och 2017, tabell 4. Minskningen är inte signifikant. I undersökningsgruppen sker en signifikant minskning av tid från månaden efter aktualisering till 2016. Till 2017 ökar den beviljade tiden, dock inte signifikant.

Tabell 4. Skillnad över tid i jämförelsegrupp respektive undersökningsgrupp

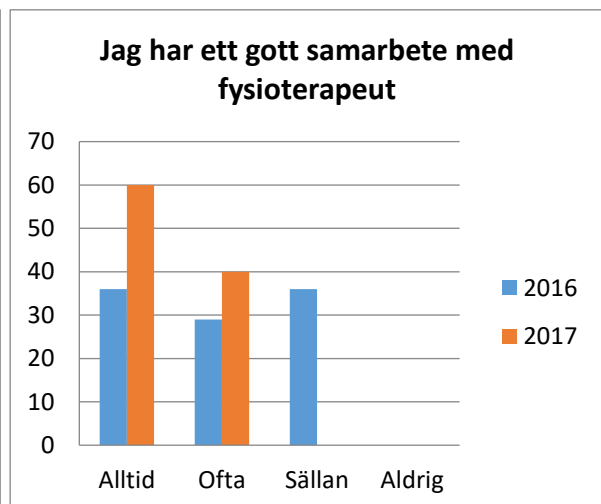
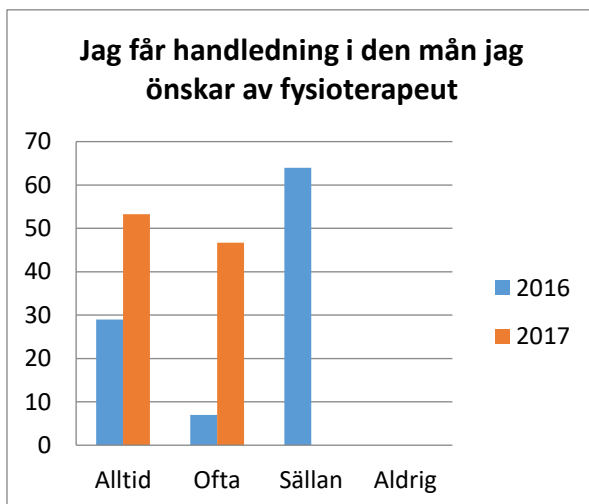
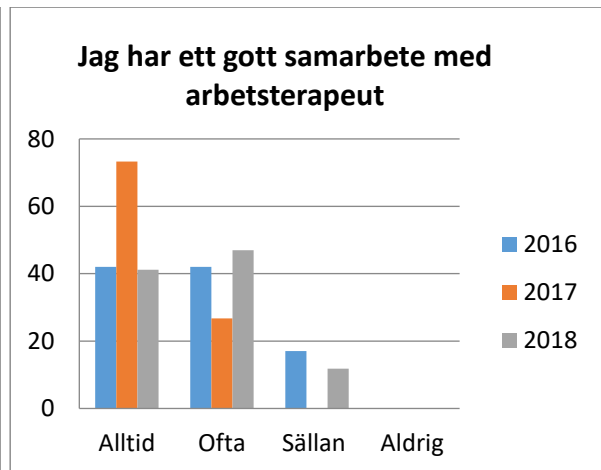
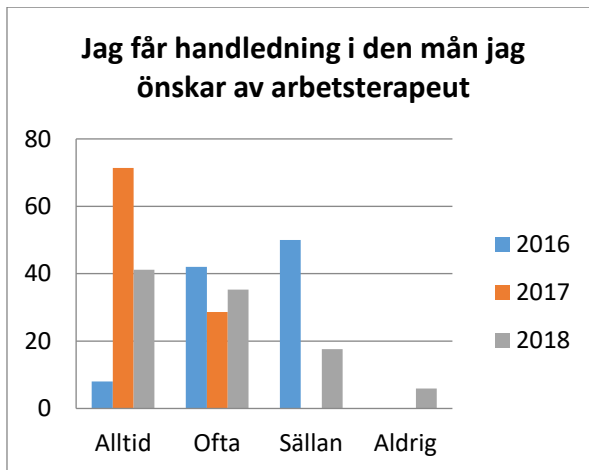
	Antal h månad efter start	Timmar 2016	P-värde
Undersökningsgrupp (n=35)*	13,6	11,2	0,05
Jämförelsegrupp (n=75)*	20,8	18,5	0,08
	Antal h månad efter start	Timmar 2017	
Undersökningsgrupp (n=95)*	14,6	16,4	0,19
Jämförelsegrupp (n=65)*	20,1	18,3	0,38

*Antalet är olika eftersom analysen bygger på de personer där uppgifter fanns både vid första och andra tillfället.

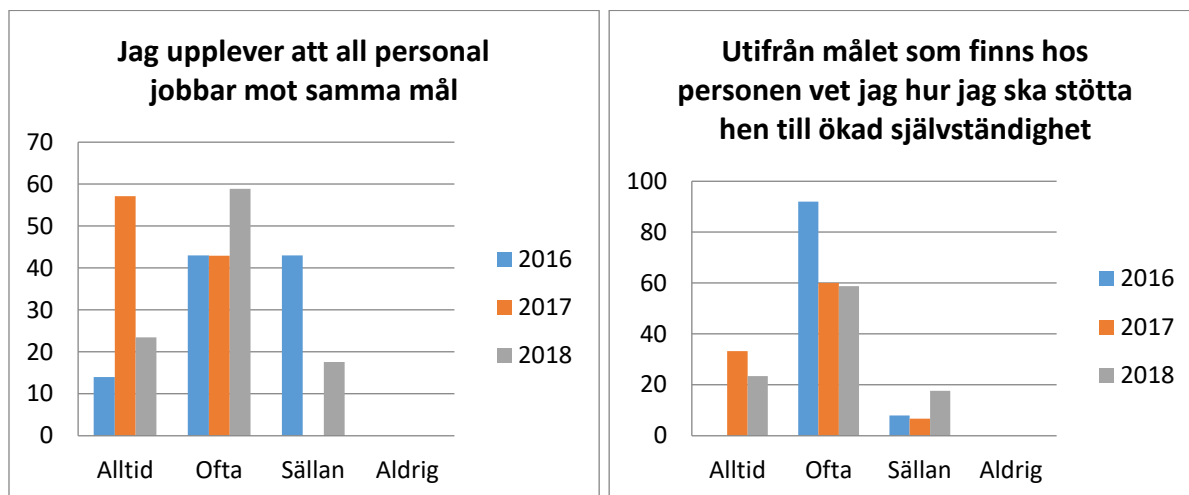
Jämförelsen mellan januari och december 2017 visar på en generell minskning av boendestödstimmar med 25 % för de som var beviljad boendestöd. I denna minskning av boendestödstimmar ingår personer som har avslutat boendestöd på grund av att behovet upphört (14 stycken), personer som har övergått till hemtjänst (1 stycken), personer som flyttat till LSS boende/SOL boende (4 stycken) samt personer som flyttat till annan kommun (1 stycken). För att enbart använda data som visar på en förändring av behovet så har personerna som flyttat till boende, annan kommun eller överförts till hemtjänst plockats bort ur jämförelsen (6 stycken). Då blir den generella minskningen av boendestödstimmar mellan januari och december 15,6 %. Minskningen av boendestödstimmar för den gruppen som fått bedömning och insatser av arbetsterapeut utifrån instrumentet COPM är 29 %. För den grupp där COPM inte använts och/eller där arbetsterapeut inte varit inkopplad är minskningen av boendestödstimmar 10,3 %.

2.3.3 Resultat - Enkätundersökning

Antal svarande var 2016 12-14 stycken, 2017 14-15 stycken och 2018 17 stycken. Det är inte säkert att det är samma personer som svarat vid de olika tillfällena eftersom antal anställda har ökat till att vara 33 stycken 2018 och enkäten skickades ut till all ordinarie personal. Enkäten besvarades anonymt.



Kommentar: Fysioterapeut har inte funnits med i projektet 2018 därför saknas de uppgifterna.



Personalen har överlag varit positiva till det nya arbetssättet och framfört synpunkter i enkäten som bland annat: *”Det är otroligt värdefullt att de är med på ärendeträffarna, dels för att vi lär känna varann men också att det är lättare att bolla eventuella problem vid en träff än att ta det t.ex. via mail eller telefon”* samt *”Viktigt att kunna ha diskussioner och flera yrkeskategorier på ärendeträffar, en naturlig del i ett teamarbete för att hjälpa medborgaren åt rätt håll mot sina mål”*.

Det har vid sista enkätundersökningen även framförts några synpunkter kring att man önskar mer kontakt och samarbete med arbetsterapeut och fysioterapeut samt en bättre kontinuitet. Man tycker att det ska vara mer träffar och en mer regelbunden kontakt.

Enhetschefen och även personal på boendestöd har i samtal uttryckt att arbetsterapeut gjort det möjligt för boendestöd att få kontakt med personen i ärenden där de inte lyckats påbörja insatsen.

2.4 Ekonomiska effekter

I bakgrunden beskrivs att den psykiska ohälsan ökar. Den påverkar inte bara individen själv utan även familj, vänner, samhället och samhällsekonomin. Kommunens kostnader ökar för denna målgrupp vilket har setts tydligt under åren 2014 (20 ärenden) – 2018 (170 ärenden). Om vi kan ge denna målgrupp bättre förutsättningar och verktyg att hantera sin situation så kommer vi minska på kostnaderna inte bara i kommunen utan även för samhället och regionen. Som exempel på en ej mätbar effekt har en person övergått från långvarig sjukskrivning till att ha ett betalt arbete. En person som haft sina barn placerad i familjehem har kunnat ta hand om dem igen. Detta är ekonomiska effekter som vi inte har kunnat mäta i projektet men som är viktiga att ha kännedom om.

Den jämförelsen som gjordes mellan januari och december 2017 visade på en minskning av boendestödstimmar med 29 % i de ärenden där arbetsterapeut gjort bedömning och insatser utifrån COPM. Den generella minskningen i övriga ärenden var 10,3 %. Skillnaden i

minskning av boendestödstimmar under den månaden motsvaras av 42 000 kronor. Man kan förutsätta att minskningen inte bara var under en månad utan under flera månader.

De ekonomiska effekterna där arbetsterapeut aktualiserats eller inte visas i tabellen.

	Aktualiserad till arbetsterapeut (n=75) *	Ej aktualiserad (n=129)*
Beviljat boendestöd (h) månaden efter aktualisering	13,8	20,3
Motsvarar i kronor (538kr/h)	7 424,40 kr	10 921,40 kr
Antal dagar med boendestöd	271	428
Motsvarar i kronor (538kr/h)	66 819 kr	155 083 kr

* Grupperna är inte helt jämförbara då det är olika antal samt att i gruppen "Ej aktualiserad" finns personer som har haft boendestöd sedan innan projektets start.

2.5 Satsningens kostnader

De kostnader som satsningen har haft är en utbildning i basal kroppskänedom för två arbetsterapeuter och två fysioterapeuter. Denna utbildning bekostades genom medel från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och summan var på 26 000 kronor plus moms. De ekonomiska medel som har använts från sociala investeringsfonden under 2016 är för 25 % fysioterapeut och 50 % arbetsterapeut under 6 månaders tid. Summan uppgår till 163 426 kronor. Budgeten för 2016 var 200 000 kronor och eftersom utbildningen gick att få via medel från SKL så utnyttjades inte 36 500 kronor. Under 2016 användes också medel från SKL till att under 3 dagar ha en person anställd som gjorde en kartläggning över de personer som var beviljad boendestöd. Detta dokumenterades i en Excel fil.

Under 2017 var budgeten på 400 000 kronor. På grund av svårigheter med rekrytering av fysioterapeut så har den kompetensen saknats i projektet sedan sommaren 2017. Ekonomiska medel för 50 % arbetsterapeut har använts under 12 månader. Av de budgeterade pengarna så har 304 000 kronor använts under 2017.

2018 var budgeten på 200 000 kronor. Ekonomiska medel har använts för intervjuer av 5 personer som ingått i projektet samt till transkribering av intervjuerna. 50 % arbetsterapeut har finansierats i 6 månader från sociala investeringsfonden. Totala summan för jan-jun 2018 är 118 000 kronor.

Av de 800 000 kronor som beviljades från sociala investeringsfonden har 585 000 kronor (avrundat uppåt till jämmt tusental) använts fram till projektdatumets slut 30/6-18.

Kostnadspost	Budget	Utfall
2016	200 000	163 426
2017	400 000	304 000
2018	200 000	118 000
Summa projekttid	800 000	585 426

Utöver pengar från sociala investeringsfonden har befintliga resurser för arbetsterapeut och fysioterapeut använts för att kunna skapa det arbetssätt som ingår i projektet. Från juli-december 2018 har fortsatta resurser beviljats från förvaltningsledningen tills ett beslut är fattat kring projektet. Den extra kostnaden för det uppgår till 132 000 kr.

2.6 Kostnadsnyttoanalys

I en kostnadsnyttoanalys ställs kostnaderna för satsningen i förhållande till de ekonomiska effekterna. Om man slår ut totalsumman av projektets kostnad på 585 426 kronor på de 75 personer där arbetsterapeut och fysioterapeut varit inkopplad blir kostnaden 7 805 kronor/person. Antal insatser och vad insatserna består i varierar utifrån behovet hos personen.

För de 75 personerna har det sparats 3 500 kr/person eftersom det inte har behövts lika många boendestödstimmar från början. Räknar man också på att genomsnittstiden med boendestöd är kortare i de ärenden där arbetsterapeut och fysioterapeut varit inkopplad (9 mån istället för 14,2 månader) så är det en generell skillnad på 88 264 kronor/avslutat ärende. Dessutom har den jämförelsen som gjordes januari och december 2017 visat på en besparing på 42 000 kronor vid den månaden. Det räcker med 3 avslutade ärenden som har behövt boendestöd under kortare tid för att de sammantagna kostnadsminskningarna ska täcka projektkostnaden.

3. ANALYS OCH SLUTSATSER

3.1 Slutsatser

- Individerna har upplevt en ökad tillfredsställelse av aktivitetsutförande efter genomförda insatser. För 73 % av de som fick en uppföljning med COPM var det en signifikant förbättring.
- Genom att rikta insatser mot det som personen själv anser är viktigt kommer fokus på områden som ger personen en chans att ta kontroll över sitt liv.
- Ett nära samarbete mellan arbetsterapeut, personal i boendestöd samt biståndshandläggare är av stor vikt för ett positivt resultat för individen.
- Undersökningsgruppen och jämförelsegruppen är inte helt jämförbara då jämförelsegruppen har haft boendestöd under en längre tid.
- I de 75 ärenden där arbetsterapeut aktualiserades var antalet utförda boendestödstimmar 35 % lägre än i de 129 ärenden där arbetsterapeut ej blivit inkopplad. De 129 ärenden är både från undersökningsgrupp och från jämförelsegrupp. Detta kan vara en effekt av att arbetsterapeut också har insatser hos individen. En annan anledning kan också vara att det har blivit tydligare vilka insatser som behövs hos individen och därmed en mer effektiv planering för boendestöd.
- I de 75 ärenden där arbetsterapeut aktualiserades var antalet dagar med beviljat boendestöd 38 % lägre än för de 129 ärenden där arbetsterapeut ej blivit inkopplad.

- Arbetsterapeut har underlättat för personal i boendestöd att få kontakt i vissa ärenden där det varit svårt.
- Personal i boendestöd upplever deras uppdrag tydligare efter att arbetsterapeut varit inkopplad från början av ärendet.

3.2 Komponentanalys

De komponenter som bedöms vara bidragande till ett positivt utfall av projektet är:

- Teamsamarbete mellan individen, arbetsterapeut, boendestödjare och biståndshandläggare. I de ärenden där fysioterapeut deltog var även de av vikt för teamsamarbetet.
- Personcentrerad rehabilitering genom användning av självskattningsinstrumentet COPM
- Insatserna utförs i individens hem eller med utgångspunkt därifrån.

4. FÖRSLAG TILL BESLUT

4.1 Förslag till implementering

En social investering handlar om att utveckla nya metoder och mer effektiva arbetssätt. Då projektet uppvisar positiva resultat vid de utvärderingar som gjorts är vårt förslag att det implementeras i ordinarie verksamhet.

Antal aktuella ärenden som är beviljad boendestöd uppgår i dagsläget till ca 170 stycken. Prognosen är att det fortsätter komma in nya ärenden i ungefär samma omfattning. Utifrån beräkning av resurser enligt projektets arbetssätt skulle det innebära ett behov av arbetsterapeut på 3.0 tjänster. Grunden är 0.75 tjänst vilket skulle innebära en uppskalning på 2.25 tjänst.

Fysioterapeut har endast medverkat under en del av projektiden och därför är det svårt att med säkerhet säga hur arbetssättet ska vara. Förslaget är att fysioterapeut tillsätts på 1.0 tjänst och utvärderas efter 1 år. Under det året rekommenderas att ett arbetssätt tas fram för fysioterapeut inom boendestöd. Grunden är 0.25 tjänst vilket skulle innebära en uppskalning på 0.75 tjänst.

4.2 Plan för återföring

Den ursprungliga återföringsplanen samt revidering presenteras i tabell.

År:	2018	2019	2020	2021
Belopp:	200 000	200 000	200 000	200 000
Reviderat belopp:	0	0	585 426	0
Nämnd/Styrelse:	VoN	VoN	VoN	VoN

Den beslutade återföringen blir att hela summan på 585 426 kronor återförs år 2020 eftersom satsningen har kunnat visa på ekonomiska resultat.

5. FORTSATT ARBETE

5.1 Utvecklingsområden

Samarbetet mellan arbetsterapeut och personal i boendestöd behöver förbättras ytterligare vilket framkom i sista enkätundersökningen. Gemensamma ärendemöten behöver förekomma oftare än 1 ggr/mån. Andra sätt att förbättra samarbetet på är att träffas oftare t.ex. genom fler gemensamma hembesök, deltagande vid planeringsdagar och handledningstid.

Funderingar finns också på om arbetsterapeut och fysioterapeut ska utarbeta en introduktionsutbildning för ny personal samt en utbildning i rehabiliterande arbetssätt riktat mot psykisk ohälsa.

Fysioterapeutens roll i teamet behöver utarbetas och utvärderas.

Referenser

1. **Furber, Gareth, o.a., o.a.** Preventing mental illness: closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Services Research*. 2015, Vol. 15:283.
2. **Hosman, Clemens, Jané-Llopis, Eva och Saxena, Shekar.** *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. u.o. : Oxford University Press, 2005.
3. **Schrevel, Samuel , o.a., o.a.** 'Do I need to be someone else?' A qualitative exploratory study into the experiences and needs of adults with ADHD. *Health Expectations*. 2014, Vol. 19.
4. **Ek, Anna och Isaksson, Gunilla.** How adults with ADHD get engaged in and perform everyday activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2013, Vol. 20(4).
5. **Eklund, M, Gunnarsson, B och Leufstadius, C.** *Aktivitet & relation: mål och medel inom psykosocial rehabilitering*. Lund : Studentlitteratur, 2010.
6. **Foley, K-R, o.a., o.a.** Young adults with intellectual disability transitioning from school to post-school: A literature review framed within the ICF. *Disability & Rehabilitation*. 2012, s. 34(20):1747.
7. **Schulz, R och Decker, S.** Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985.
8. **Kielhofner, Gary.** *A Model of Human Occupation* . Baltimore : Williams & Wilkins, 2008.
9. **Dandridge, Tamara, o.a., o.a.** A survey of physiotherapy students' experiences and attitudes towards treating individuals with mental illness. 2014, 21(7).
10. **Johansson, R, o.a., o.a.** Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health quality of life. 2013.
11. **Regeringskansliet.** *PRIO psykisk ohälsa-plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016*. Västerås : Socialdepartementet, 2012. S2012.006.
12. **SOU, 2006:100.** *Ambition och ansvar*. Stockholm : Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande.
13. **Mellgren, Zophia och Lundin, Lennart.** *Psykiska funktionshinder - stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar*. Lund : Studentlitteratur AB, 2012.
14. **Goldberg, Bluma, Brintnell, Sharon E. och Goldberg, Jack.** The relationship between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2016, Vol. 18:2.
15. **Lindstedt, Helena och Umb-Carlsson, Öie.** Cognitive assistive technology and professional support in everyday life for adults with ADHD. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2013, Vol. 8:5.
16. **Langfjord Mangerud, W, o.a., o.a.** Physical activity in Adolescents with psychiatric disorders and in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2014, Vol. 8, 2.
17. **Hovland, A, o.a., o.a.** Fysisk aktivitet vid ångessyndrom. *FYSS*. 2015.
18. —. Fysisk aktivitet vid depression. *FYSS*. 2015.

Bilaga 1

Åtgärd	Nuläge	I projektet	Förväntad effekt
Delta på ärendeträff	Enstaka gång under 2014-2015.	Delta på varje ärendeträff var 14:e dag.	Förbättrat teamarbete. Arbeta förebyggande tillsammans med boendestödspersonal.Handledning av boendestödspersonal.
Handledning av boendestödspersonal hemma hos personen.	Sker vid ett tillfälle för överrapportering av ärende efter slutförd bedömning.	Vid varje situation som personal önskar handledning i.	Minska antalet utförda stödtimmar som utförs av boendestödspersonal. Tydligare målformuleringar hos personerna. Ökad självständighet hos personerna.
Delta vid vård- och omsorgsplaneringar i hemmet.	Enstaka gång vid särskilt starkt behov under 2014-2015.	Vid varje vård- och omsorgsplanering.	Tydlighet i att alla jobbar mot samma mål, samt vem som ska göra vad. Erbjuder att arbetsterapeutisk/fysioterapeutisk bedömning utförs innan varje nytt beslut av utökade boendestödsinsatser.
Utföra/delta vid SIP:ar (Samordnad individuell plan)	Ingen	Vid behov	Tydliggöra att alla instanser jobbar mot samma mål vilket ska vara personens mål.
Uppföljning av arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska insatser.	Sporadiskt. Blir oftast nedprioriterat.	Uppföljning av insatser regelbundet efter behov.	Kunna förändra insatser vid behov samt fånga upp nya behov utifrån personens utveckling samt mål. Ökad möjlighet att följa upp effekter av våra insatser.
Utföra behandling/träning.	Vid nybedömningar för AT. Vid aktuella ärenden som har boendestöd för FT.	Vid alla aktuella ärenden inklusive nybedömningar för både AT och FT.	Förbättra personens aktivitetsutförande. Möjliggöra ökad självständighet hos personen. Öka personens delaktighet i vardagsaktiviteter. Öka personens delaktighet i samhället.
Delaktighet i upprättandet av genomförandeplaner.	Ingen.	Alla.	Förbättra möjligheterna att boendestödsinsatserna blir riktade mot de mål som är uppsatta efter personens behov.
Kompetensutveckling inom neuropsykiatri och psykiatri.	Pågående.	Pågående.	Evidensbaserat arbetssätt.
Delaktighet i samtliga ärenden där behovet finns.	Enbart vid nybedömning för AT samt vid akut behov. Enbart vid egna behandlingar för FT.	Alla.	Alla personer med neuropsykiatriska och psykiska funktionsnedsättningar ska erbjudas det stöd de har rätt till utifrån kommunens kvalitetskrav. Ökad självständighet hos personen.
Kunskap om vilka verksamheter som kommun, region och frivilligorganisation har att erbjuda.	Liten kunskap.	Ökad kunskap.	Kunna guida personen till rätt verksamhet då behov uppstår. Ökat socialt engagemang hos personen.

Flödesschema AT/FT insatser inom Boendestöd

