

Vad är psykiskt funktionshinder?

Nationell psykiatrisamordning
ger sin definition av begreppet
psykiskt funktionshinder

Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

Vad är psykiskt funktionshinder?

**Nationell psykiatrisamordning
ger sin definition av begreppet
psykiskt funktionshinder**

Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

Publikationen kan laddas ner från:
www.sou.gov.se/psykiatri/

Omslag & grafisk form: Heidesign

Tryckt av Edita Sverige AB

Förord

Den nationelle psykiatrisamordnaren, som tillkallades hösten 2003 för att se över bland annat arbetsformer, resurser och samverkansfrågor på psykiatriområdet, har uppfattat att begreppet psykiskt funktionshinder behöver klargöras. Begreppet, som förekommer i socialtjänstlagen och LSS, används i ett flertal olika sammanhang och av flera myndigheter och vårdgivare.

Denna broschyr innehåller den definition som samordningen tagit fram och använt i sitt arbete. Det är Urban Markström och Mikael Sandlund vid Kansliet för Nationell psykiatrisamordning som varit ansvariga för frågan. Olika förslag har kommunicerats med berörda organisationer, forskare och enskilda intressenter, och en rad värdefulla synpunkter har inkommit, som bekräftat behovet av en tydligare beskrivning av psykiskt funktionshinder.

Syftet med denna definition var ursprungligen att stödja psykiatrisamordningens arbete. Förhoppningen är att den även ska utgöra en användbar utgångspunkt för arbetet med målgruppen inom och mellan kommunerna, landstingen och myndigheterna.

Efter definitionstexten exemplifieras och förtydligas innehållet med hjälp av ett tiotal fallbeskrivningar.

Stockholm i september 2006

Anders Milton
Nationell psykiatrisamordnare

Psyiskt funktionshinder – definition

Att ingå i målgruppen

Målgruppen personer med psykiska funktionshinder avgränsas i den följande texten. Det handlar bland annat om de personer som avses i socialtjänstlagens skrivning om personer med psykiska funktionshinder (5 kap. 8 §), men psykiskt funktionshinder används även som statistikbegrepp för uppföljning av socialförsäkringens tillämpning och inom arbetsförmedlingens verksamhetsområden.

Varje avgränsning av en målgrupp innebär att vissa personer i vissa situationer kommer att innefattas, medan andra personer inte ingår. Naturligtvis kan personer som inte innefattas i en viss målgrupp ha stora behov av samhällets insatser och bör därmed få lämpligt stöd. Socialtjänstlagens konstruktion medger insatser till varje kommunmedborgare med behov.

ICF

I tillämpliga delar har kriterierna om delaktighetsinskränkningar och aktivitetsbegränsningar tagit sin utgångspunkt i WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF¹.

Konsekvens av psykisk störning

Begreppet psykiskt funktionshinder hänvisar till konsekvenser för individen av psykisk störning. Konsekvenserna kan uppstå till följd av funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar hos

¹ ICF (2003) klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Socialstyrelsen och WHO.

individens och bestå av omgivningens utformning eller reaktioner.

Definitionen

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

Frågor utifrån definitionen

1. Vilka åldersgränser ska gälla?
2. Vilka livsområden är "viktiga"?
3. När är en svårighet väsentlig?
4. Vilken varaktighet ska krävas?
5. Kan man bli kvitt sitt psykiska funktionshinder?
6. Vad avses med psykisk störning? Vilka psykiska sjukdomar/störningar ska ingå?
7. Hur kopplas bedömningen av att ha ett psykiskt funktionshinder till rätten till stöd och service?

1. *Vilka åldersgränser?*

Definitionen begränsas inte till vissa åldersgrupper. I praktiken kommer dock barn upp till och med grundskoleåldern (ca 16 år) inte att innefattas, eftersom de livsområden som är aktuella vanligen associeras till vuxenlivet. Det kan även vara svårt att bedöma prognosen för framtida social funktion hos unga. Servicen till äldre personer organiseras vanligen inom särskilda äldreenheter i kommunerna. Detta är dock inte skäl till att

definitionsmissigt utesluta äldre från begreppet psykiskt funktionshinder.

2. *Vilka livsområden?*

Individens kapacitet är begränsad på viktiga områden. I första hand avses med "viktiga" aktiviteter som kopplar till områden där individen själv anger delaktighetsinskränkning (inskränkt engagemang på livsområden). Exempel på viktiga livsområden är de som handlar om en persons basala liv i samhället: boende, studier, arbete, sysselsättning, social gemenskap/relationer, fritid. Avsevärd respekt för individuella livsval är påkallad: för några är t.ex. delaktighet i religiöst liv eller sexuella relationer prioriterat. Det finns även situationer där omgivningen kan identifiera aktivitetsbegränsningar hos en individ utan att individen själv skulle ange att detta innebär något problem eller påverkar hans eller hennes delaktighet negativt (t.ex. nedsatt förmåga att sköta personlig hygien, sköta sin bostad, reglera sitt beteende så att andra inte blir störda). Även sådana aktivitetsbegränsningar kan kvalificera sig som "viktiga", om individens basala livssituation påverkas starkt negativt av dem.

3. *Väsentlig svårighet?*

En svårighet kan vara väsentlig därför att den drabbar individens delaktighet på ett livsområde som är betydelsefullt för honom eller henne, även om denna svårighet utifrån sett kan te sig som relativt lindrig. I övrigt är svårigheter väsentliga i kraft av att de omöjliggör ett självständigt liv ute i samhället.

4. *Vilken varaktighet?*

Denna definition utgår inte från någon stipulerad "intjänandetid". Varaktighetskriteriet formuleras i stället som antingen en minst årslång historia av påtaglig aktivitetsbegränsning eller som

en prognostisk bedömning om förutsedd sådan begränsning under en avsevärd, minst årslång period. Vissa psykiska sjukdomar har ett återkommande, periodvist förlopp. Även om en individ har ett sådant sjukdomstillstånd, kan han eller hon vara en person med psykiskt funktionshinder om konsekvenserna av sjukdomen är av långvarigare natur.

5. Återhämtning?

Definitionen av att vara en person som har ett psykiskt funktionshinder utgår från nuvarande situation – eller en situation som varat någon tid eller förväntas bestå någon tid (se p.4). Detta innebär inte att den person som vid ett tillfälle blir bedömd som ”psykiskt funktionshindrad” nödvändigtvis ska anses vara det för gott. Tvärtom bör insatser som ges alltid inriktas mot att minska konsekvenserna av sjukdomen. En person kan ha insatser (och en livssituation i övrigt) som gör att han eller hon klarar betydelsefulla aktiviteter och inte upplever några inskränkningar i delaktighet. För några av definitionens syften – att vara ett stöd vid inventering och för epidemiologisk bevakning – är det angeläget att de personer som kan antas få väsentliga svårigheter i dagligt liv om stödet drogs tillbaka eller livssituationen förändrades fortfarande ”räknas med” i gruppen av personer med psykiska funktionshinder. Det finns också personer som vid ett tillfälle kan ha psykiskt funktionshinder, men som – med tiden t.ex. efter tillkomst av adekvat stöd och förändrad livssituation – kan komma att fungera utan allvarigare konsekvenser även utan särskilt stöd. En sådan individ är inte längre en person med psykiskt funktionshinder.

För de personer som skulle få avsevärda svårigheter om insatserna togs bort eller den anpassade livssituationen förändrades kan man tala om en person med kompenserat psykiskt funktionshinder. Vederbörande ska dock ses som fortsatt tillhörig målgruppen personer med psykiskt funktionshinder.

6. Vad är psykisk störning? Vilka störningar ingår?

Grundprincipen är att alla tillstånd som diagnostiserats (eller som kunde ha diagnostiserats) som psykiska sjukdomar eller störningar ingår som möjliga att ge konsekvensen psykiskt funktionshinder. Här används begreppet psykisk störning som samlingsbegrepp för alla tillstånd som diagnostiseras som psykiatriska.

Många psykiska störningar kan ge konsekvensen psykiskt funktionshinder. Individens tillstånd ska kunna fylla eller ska vid någon tidpunkt ha kunnat fylla diagnostiska kriterier för psykisk störning. Erfarenhetsmässigt kommer gruppen att domineras av personer med någon psykosjukdom, personlighetsstörning eller något allvarigare affektivt syndrom. Även högfungerande personer (utan utvecklingsstörning) med ett neuropsykiatriskt tillstånd ingår. Samsjuklighet mellan missbruk/beroende och annan psykisk störning ingår, s.k. ”dubbeldiagnos”.

Följande tillstånd ingår inte i de psykiska störningar som enligt denna definition kan ge konsekvensen psykiskt funktionshinder:

- missbruk/beroende av alkohol eller andra droger (utan psykiatrisk samsjuklighet)
- psykisk utvecklingsstörning (tidigare benämning ”begåvningshandikapp”, sänkt kognitiv förmåga) utan samtidig annan psykisk störning
- psykiatriska tillstånd som per sin diagnostiska definition är av kortvarig och övergående natur, exempelvis diagnosen Akut stressyndrom/Anpassningsstörning
- demenssjukdomarna, exempelvis Alzheimers sjukdom utan annan samtidig psykisk störning

Att psykisk störning enligt ovan ska ha förekommit/förekommer är ett nödvändigt men inte tillräckligt villkor för att någon ska ingå i gruppen personer med psykiskt funktionshinder. Tillsammans med den psykiska störningens konsekvenser kan olika andra sjukdomar, personliga faktorer, liksom

faktorer i omgivningen bidra till den situation som kan leda till psykiskt funktionshinder för individen.

Detta innebär att de tillstånd som ofta ges samlingsnamnet "neuropsykiatriska störningar/funktionshinder" (t.ex. Aspergers syndrom, autismspektrumstörningar) ingår, i de fall personen är "högfungerande", dvs. inte lider av påtaglig utvecklingsstörning. Vissa förvärvade eller medfödda psykiatriska tillstånd med klarlagd organisk bakgrund ingår, t.ex. post-traumatiska hjärnskador, resttillstånd efter cirkulationsstörningar i hjärnan och varaktiga psykiatriska tillstånd som en följd av svår epilepsi. Långvariga och genomgripande psykiska stresstillstånd, som vid diagnosen PTSD (post-traumatiskt stress-syndrom) och "utmattningsdepression" ingår även i den grupp störningar som kan ge konsekvensen psykiskt funktionshinder.

7. Psykiskt funktionshinder – rätten till insatser?

Denna definition avser att hålla isär ett psykiskt funktionshinder från ett biståndsbedömt behov av en viss insats. Behovsbedömningar tenderar att utgå från befintliga insatser och befintliga teknologier för att möta vissa behov. Denna definition har inte denna utgångspunkt, utan tar fasta på begreppet skälig levnadsnivå. Detta innebär i praktiken att definitionen kommer att omfatta fler personer än dem som vid en viss tidpunkt är bedömda som berättigade till samhällets insatser. Definitionen innebär vidare en uppmaning till metod- och teknologiutveckling – en utvecklad och alltmer individualiserad service kan förhoppningsvis täcka av en större del av området. På motsvarande sätt finns det medborgare som är berättigade till samhällets bistånd till följd av olika sociala behov, utan att ingå i gruppen personer med psykiska funktionshinder.

Psykiskt funktionshinder – fallexempel

Följande korta fallbeskrivningar syftar till att exemplifiera tillämpningen av begreppet psykiskt funktionshinder utifrån denna definition. Personerna i exemplen har inga direkta motsvarigheter i verkligheten – fallen är fingerade.

Kalle, 42 år

Kalle lever ensam i en hyresrätt, och han har inga problem med att klara av sitt boende. Han har vårdats inneliggande i psykiatri under diagnosen schizofreni vid ett tiotal tillfällen, och är ordinerad att ta psykosmedicin kontinuerligt. Kalle är förtidspensionär sedan snart 20 år tillbaka. Han skulle vilja ha bättre ekonomi – mer pengar att röra sig med, och inser att ett arbete skulle kunna medföra detta. De försök han gjort att jobba på öppna marknaden har inte fungerat, bland annat eftersom Kalle vissa mornar har väldigt svårt att komma upp ur sängen. Han har också svårt att förstå muntliga instruktioner, och man har sagt att det inte finns tillgång till så konstant handledning som skulle behövas för att han skulle funka på jobben.

Kalle är en person med psykiskt funktionshinder. Hans delaktighetsinskränkning – på ett viktigt livsområde – är kopplad till väsentliga aktivitetsbegränsningar vilka är en konsekvens av hans psykiska sjukdom. Förmodligen bidrar även det faktum att han redan som drygt 20-åring blivit beviljad en passiv ekonomisk förmån till att arbetsmarknaden blivit otillgänglig för honom.

Kalle får hjälp av en jobbcoach som arbetar enligt en *supported employment*-modell. Kalle får efter ett par försök på olika arbetsplatser en halvtidstjänst med avtalsenlig lön (med lönebidrag till arbetsgivaren), och behåller sin pensionsförmån på den andra halvtiden. Kalles ekonomi förbättras något, och han upplever att

han kan leva ett aktivare och mer socialt liv. Förutsatt att Kalle inte har väsentliga svårigheter med aktiviteter på andra viktiga livsområden, är **Kalle nu en person med kompenserat psykiskt funktionshinder**. Med hjälp av ett pågående adekvat stöd har han inte längre några påtagliga delaktighetsinskränkningar. Skulle detta stöd dras tillbaka är det dock sannolikt att Kalle inte skulle kunna upprätthålla sitt arbete.

Anna, 17 år

Bor tillsammans med sin pappa i ett radhus. Hon träffar sin mamma (som bor i en annan stad) sporadiskt. Anna går i gymnasieskolan, i en specialklass för elever med företrädesvis Aspergers syndrom. Hon är framgångsrik i skolarbetet, och tros komma att lämna gymnasiet med flera VG i betyg. Anna har en kompis, som går i samma klass. De träffas efter skolan nästan varje dag hemma hos Anna. Deras samvaro består ofta i att de sitter i varsin stol och läser sina läxor. Ibland lyssnar de på musik, men oftast inte till samma låt (de har var sin mp3-spelare med hörlurar). I övrigt saknar Anna kompisar och längtar efter ett större umgänge, inte minst efter att bli ihop med en kille. Hennes försök att träffa jämnåriga i "vanliga" miljöer har hittills inte varit framgångsrika. Anna ses i dessa situationer nog som väldigt udda och självupptagen, blir gärna lite långrandig och tjatig och har svårt anpassa sig till det som andra sysslar med eller är intresserade av. Anna skulle också gärna vilja flytta hemifrån, för det är ofta konflikter mellan far och dotter. Annas pappa tror inte att Anna skulle klara av att bo på egen hand. Han påpekar att Anna inte förmår att sovra bland information – för henne är reklambladet lika viktigt som elräkningen, och när någonting utanför rutinen inträffar (t. ex. att sotaren kommer) blir hon väldigt störd. Det är ännu oklart vad Anna ska göra och var hon ska bo när hon går ur gymnasiet om två år. Hon oroar sig ganska mycket för framtiden, en oro som delas av föräldrarna.

Anna är en person med psykiskt funktionshinder. Hon har väsentliga svårigheter på livsområdet sociala relationer, och dessa svårigheter är en konsekvens av hennes psykiska störning. Det kan förväntas att hennes problem blir bestående under flera år framåt, och hon skulle behöva professionell hjälp med att planera sin framtid.

Måns, 26 år

Måns saknar egen bostad. Han får just nu bo hos en kompis, men det är tillfälligt. Måns saknar också arbete och har aldrig haft någon egentlig anställning utan mest tillfälliga påhuggsjobb på krogen, ofta svartjobb. Han får försörjningsstöd via socialtjänsten, där han även har en behandlingskontakt med vilken han just nu diskuterar möjligheten att arbetsträna på en returmarknad som drivs inom den kommunala organisationen. Hjälp med drogproblemen har under åren prövats via olika öppenvårdsprogram inom socialtjänsten. Måns kom i kontakt med droger i 17-årsåldern, under en period när hans föräldrar låg i skilsmässa och det var stökigt i hemmet. Fram till dess hade Måns fungerat bra i skolan och på fritiden (fotboll). Ett villkor för försörjningsstödet är att han kan visa upp läkarintyg på att han inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande på grund av sjukdom. Det är en distriktsläkare som brukar skriva dessa intyg. Någon specifik diagnos framgår inte av intygen, som dock innehåller uppgifter om missbruksperioder och kroppsliga sviter av alkohol- och narkotikamissbruk. Måns är inte sjukpenningplacerad och saknar a-kassa. På grund av hyresskulder är han svartlistad hos de större hyresvärdarna. Måns önskar själv att få komma iväg till ett behandlingshem för att kunna lämna sitt missbruk. För framtiden drömmer han om en svensson tillvaro med bostad, familj, och fast arbete – han vill gärna fortsätta jobba inom restaurangbranschen, då helst efter utbildning till kock.

Måns är inte en person med psykiskt funktionshinder, även om han möter väsentliga svårigheter i sitt liv och behöver

samhällets stöd. Om en utredning, t.ex. inför eventuell behandlingshemsvistelse, skulle påvisa förekomst av någon psykisk störning som kan sättas i samband med Måns svårigheter att genomföra aktiviteterna i det dagliga livet, så kan det vara relevant att överväga om han är en person med psykiskt funktionshinder.

Berit, 47 år

Berit är förskollärare sedan 25 år tillbaka, hon är gift och har två barn som håller på att flytta hemifrån (23 och 19 år gamla). Hon var hemma med barnen när de var små, men har i övrigt arbetat heltid utan längre sjukskrivningsperioder. Familjen bor i en villa, och man har även en sommarstuga. Berit är sjukskriven sedan 7 månader tillbaka. Sjukskrivningsdiagnoserna har varit yrsel, minnesstörningar, trötthetssyndrom, utmattningsdepression. Hon är ordinerad antidepressiv medicin, sömnmedel och sjukgymnastik i grupp på vårdcentralen. Berit orkar inte göra så mycket på dagarna – hon försöker ta en längre promenad med hunden, men många dagar blir hon så trött att hon vänder redan efter 10 minuter. Familjens tidigare ganska omfattande umgänge, med middagsbjudningar mest varje helg, är numera inskränkt till ett minimum. Berit sover dåligt och vaknar ofta under nätterna. Hon har försökt hålla kontakt med sin arbetsplats men börjar må dåligt redan när hon ser huset där hennes dagis är beläget, så hon har bara varit dit två gånger sedan hon blev sjukskriven.

Berit är inte en person med psykiskt funktionshinder. Hennes aktiviteter på viktiga livsområden är visserligen för närvarande starkt begränsade, men prognosen är troligen god för att Berit skulle kunna komma tillbaka i en för henne tillfredsställande sysselsättning och i fungerande social gemenskap. Till denna bedömning bidrar hennes stabila sociala och ekonomiska situation. Om ett antal arbetsrehabiliterings- och behandlingsförsök framöver skulle misslyckas, kan dock Berit komma att bli en person med psykiskt funktionshinder.

Tore, 63 år

Tore är gift sedan 35 år och makarna har tillsammans två vuxna barn. Dessutom har Tore en son från ett tidigare äktenskap. Tore har arbetat som bankkamrer. Han bor sedan 2 år på ett kommunalt demensboende ”för personer med komplikationer till sin demens”. Tore började i 55-årsåldern visa tecken på personlighetsförändring och avvikande beteenden. På arbetsplatsen ändrades hans uppgifter till arkivarbete, sedan Tores kundkontakter slutat fungera. Så småningom diagnostiserades en demenssjukdom. Hemsituationen blev gradvis alltmer ohållbar, även sedan hustrun slutat sitt arbete och blivit anhängigvårdare på heltid. Stöd i hemmet beviljades i form av hemtjänst och dagverksamhet. Slutligen bedömdes Tores behov motsvaras av vård på demensboendet. Där har Tore inte funnit sig så väl till rätta. Han längtar hem och hustruns dagliga besök avslutas ofta med tragedi – när hon får slita sig loss från maken som desperat vill följa med henne hem.

Tore är inte en person med psykiskt funktionshinder. Hans liv är påtagligt inskränkt jämfört med det han kan uttrycka som sina önskemål (och även i jämförelse med hur de flesta män i hans ålder vill leva sina liv), vilket uppfattas vara en konsekvens av hans demenssjukdom. Demenssjukdomarna ingår emellertid inte bland de sjukdomar/störningar som ger psykiskt funktionshinder enligt denna definition.

Sofie, 77 år

Sofie är mor till sex barn, f.d. kokerska och änka sedan 1,5 år tillbaka. I samband med makens långa sjukdomstid i cancer insjuknade Sofie i depression, vilket diagnostiserades på vårdcentralen. Hon blev ordinerad medicin mot depression och insomningssvårigheter. Uppföljningen av behandlingen kom att utebli, och effekten av behandlingen var måttlig. På något sätt höll hon sig ändå nödortfigt uppe så länge som maken levde, men efter hans död rasade det mesta runt henne. Hon blev alltmer upptagen av tankar på döden och på att ta sitt liv. Sofie

började försumma skötseln av hemmet och blev till slut helt passiv – hon slutade äta. En son och sonhustru försökte stödja henne. Bland annat fick hon flytta hem till sonens familj, men det hjälpte inte. Sofie skjutsades till slut av sonen till sjukhuset i ett starkt avmagrat, uttorkat och förvirrat tillstånd. Sofie hade då i princip matvägrat i flera veckor och även vägrat att ta sina mediciner. Efter några dygns initial vård på medicinkliniken överfördes Sofie till vård på psykiatrisk klinik. Hon medgav inte själv inläggning på psykiatrin, varför medicinläkaren skrev ett vårdintyg enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Intagningsbeslut fattades dagen därpå enligt denna lag. Sofie behandlades med en serie ECT (elektrokonvulsiv behandling), samtal och antidepressiv medicin. Inför utskrivning tre veckor senare finns hemtjänst beslutad som ska stödja Sofie i hennes hem tre gånger per vecka. Sofie har inte längre dagliga självmordstankar, och hennes aptit har återkommit. Hon har fortfarande en depressiv grundstämning och sörjer sin make. Regelbunden uppföljning inom psykiatrisk öppenvård är planerad. Man tänker även utföra en mindre neuropsykologisk utredning med frågeställning: demenstecken?

Sofie är i nuläget inte en person med psykiskt funktionshinder. Hon har tidigare upplevt avsevärd aktivitetsnedsättning på väsentliga områden under mer än ett års tid, vilket varit en konsekvens av hennes psykiska störning. Hon har emellertid nu fått fungerande behandling mot denna sjukdom, och man kan förvänta att hon kommer att tillfriskna och börja fungera bättre. Om Sofies depression skulle återkomma och fortsatt ge allvarliga konsekvenser, kan hon komma att bli en person med psykiskt funktionshinder. Skulle utredningen visa att hon lider av demenssjukdom, kan man förvänta att hennes funktionshinder blir mer omfattande.

Alf, 32 år

Alf lever i ett särboförhållande med en jämnårig man. Alf studerade efter gymnasiet under några år på universitetet, hade inriktning mot att bli språklärare men slutförde inte någon examen. Under studietiden, och därefter periodvis på heltid, har Alf arbetat som taxiförare. Han har nyligen beviljats hel sjukersättning. Taxijobbet är inte tillgängligt eftersom Alfs körkort drogs in i samband med att han fälldes för rattonykterhet. Alf har vid fyra tillfällen varit inlagd på psykiatrin, de tre första tillfällena enligt LPT. Vid det senaste vårdtillfället, som inträffade för ett halvår sedan, gick han med på frivillig vård. Alf medicinerar sedan fem år regelbundet med stabiliseringsmedicin mot sin bipolära affektiva sjukdom, vilket tycks ha medfört att hans skov av mani kommer något mer sällan och inte blossar upp lika snabbt och oförväntat. Alfs depressiva perioder har med åren blivit längre och inte lika tydligt avgränsbara från hans normal-tillstånd. Alf tycker sig inte ha något mer på arbetsmarknaden att hämta – han skäms förfärligt över att ha kört rattfull. Han tror att många människor i stan vet om vad han har gjort och att ”alla” vet att han har legat på psyket. Han tror att folk tittar snett på honom för att han är homosexuell. Han lever sedan något år ett mycket begränsat liv, med få vänner och få saker att göra.

Alf är en person med psykiskt funktionshinder. Hans psykiska sjukdom ger allvarliga konsekvenser bland annat genom hur han själv upplever sin situation. I konkret mening kan Alf sedan flera år inte leva ett aktivt liv ute i samhället (men har troligen goda möjligheter att kunna göra det, vilket bör kunna underlättas av adekvata stöd- och rehabiliteringsinsatser).

Jenny, 72 år

Jenny är ensamstående, vilket hon varit nästan hela livet. En kort tid i ungdomen var hon förlovad, men förhållandet bröts i och med att hon blev intagen på mentalsjukhus år 1955. Hon vårdades under diagnoserna schizofreni och lätt utvecklingsstörning.

I sjukhuslika miljöer (med undantag av en kortare tid i familjevård, och några perioder på sjukhem) kom hon med korta avbrott att vistas i nära 40 år. Skrevs ut som *medicinskt färdigbehandlad i psykiatrisk heldygnsvård* 1995, och fick ett särskilt boende i kommunal regi, alldeles i närheten av det f.d. mental-sjukhuset där hon hade bott de senaste 10 åren. Jennys person och uppträdande är präglade av den långa vårdtiden. Hon säger sig vara nöjd med sitt nuvarande boende, tycker om att ha en egen dörr att stänga om sig, men kan sakna tillgången till arbetsterapi som fanns på sjukhuset, eftersom hon fann glädje och kände sig nyttig när hon fick väva mattor och dukar. Hon saknar inte gemenskapen från vårdavdelningen – dessutom bor några av hennes gamla medpatienter i samma hus, så om hon skulle vilja vore det lätt att träffas. Jenny sätter värde på att några ur personalen följde med till det nya stället – det innebar en viss trygghet, även om hon kan tycka att personalen är lite väl sträng med henne när de håller på husets regler (bland annat ingen rökning i den gemensamma delen av gruppboenden, att kylskåpet låses efter klockan 17.00 och att man inte får ha besök på rummet nattetid). Jenny begränsas även av dålig ekonomi, hon tycker att hon blev fattigare när hon fick flytta ut från sjukhuset. Hon har en god man som hjälper till med räkningarna och fördelar fickpeng till henne varje vecka.

Jenny är en person med psykiskt funktionshinder. Hennes dagliga liv bär fortsatt en institutionsprägel med stark delaktighetsinskränkning. De insatser hon ges förmår inte kompensera för hennes funktionshinder.

Mustafa, 54 år

Mustafa är en kurdisk flykting som beviljats politisk asyl i Sverige. Han kom till Sverige för fyra år sedan. I iranska Kurdistan arbetade Mustafa bland annat som byggnadsarbetare. Han har gått i skola endast tre år och förmodas ha begränsade läs- och skrivfärdigheter på sitt eget språk. Mustafa bor i en

hyreslägenhet anvisad av flyktingmottagningen i en mindre mellansvensk kommun. Det finns några fler kurder i kommunen, men Mustafa har endast sporadisk kontakt med dem. Han berättar inte gärna om sin bakgrund och om sina upplevelser, men asylskälen talar för att han kan ha varit utsatt för en längre fängelsevistelse eventuellt med inslag av tortyr. Mustafa har aldrig haft något arbete i Sverige, och han har inte lärt sig svenska så bra att han skulle kunna fungera på särskilt många arbetsplatser. Han har gått SFI (svenska för invandrare) under flera år med måttliga resultat. Mustafa försörjer sig på socialbidrag. Han mår inte bra, tycker socialsekreteraren, som remitterat Mustafa till psykiatrin för bedömning. Mustafa var mycket misstänksam mot den psykolog han fick träffa, och kontakten avslutades efter ett par besök. Den psykiatriska bedömningen blev osäker – man funderade på om patienten kunde lida av ”PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) med paranoida inslag”. Mustafa verkar ha något större förtroende för primärvården. Han går ofta till vårdcentralen och söker för sina besvär med värk i hela kroppen och för sin dåliga sömn. För husläkaren har Mustafa berättat att han är väldigt rädd för ”repressalier” av olika slag. Han sover alltid med lamporna tända i lägenheten och törs aldrig vistas utomhus när det är mörkt.

Mustafa är en person med psykiskt funktionshinder. Det är inte utrett vilken psykisk störning han lider av, men tillräckligt mycket talar för att psykisk sjukdom bidrar till hans starkt inskränkta dagliga liv. Möjligen bidrar någon form av kognitiv begränsning, vilket heller inte är utrett. Problemen har funnits under flera års tid, och inget talar för att han är på väg att komma över dem. Mustafa har även konsekvenser av bristen på språkkunskaper och mer generellt – invandrarskapets utsatthet. Han har påtagliga behov av hjälp från flera myndigheter och vårdgivare.

Sonja, 39 år

Sonja är gift med Pär, 43. Makarna har tre barn: 13, 10 och 6 år gamla. Sonja är anställd som präst i en stadsdelsförsamling inom Svenska kyrkan. Sedan tidiga tonår har Sonja haft tendens till perioder med uppvarvning – i början var dessa perioder mest angenäma för Sonja. Hon fick mycket gjort och utvecklade sin sociala förmåga. I övre tonåren blev hennes temperamentssvängningar till ett stort problem – Sonja var vid det tillfället ordförande i den kristna studentkåren vid universitetet och blev i samband med att hon skulle leda ett större möte akut psykotisk och måste till slut hämtas med polis. Mellan Sonjas uppåttperioder finns mindre tydliga faser av nedstämdhet och ökat behov av att vara för sig själv. Sonja kunde efter sitt första dramatiska insjuknande återkomma till studierna och genomförde dessa med goda resultat. Hon prästvigdes vid 26 års ålder och gifte sig samma år. Hon har behövt psykiatrisk slutenvård i samband med två av de tre förlossningarna. Sonja går sedan snart 15 år hos en privatpraktiserande psykiater, som hon och hennes anhöriga och arbetsgivare har möjlighet att kontakta när som helst, om det finns behov. Hennes arbetsledare är informerad om Sonjas sjukdom, och man har på förhand gjort upp om vad som ska göras från arbetsplatsen om Sonja börjar visa tecken på psykisk försämring. Trots att Sonja regelbundet tar stabiliseringsmedicin händer det i snitt någon gång per år att hon blir dålig och måste sjukskriva sig. Det kan röra sig om några veckor upp till en månad. Sonjas arbetsuppgifter är i viss mån anpassade efter hennes behov – hon deltar t.ex. inte på konfirmationslägren, eftersom miljön där är lite för ”stimmig” och nattsömmen kan bli störd. I hemmet har maken tagit ett stort ansvar för barnen under spädbarnstiden – eftersom Sonja behöver få sova ostört för att fungera.

Sonja är inte en person med psykiskt funktionshinder. Hon har en allvarlig psykisk sjukdom med långvarigt förlopp, men hon har måttliga konsekvenser i sitt dagliga liv till följd av fungerande anpassning till hennes behov. Sonja kan upprätthålla en

fungerande social roll och upplever stor delaktighet socialt och i arbetslivet. Om situationen runt Sonja skulle försämrats, skulle hon däremot kanske råka ut för stora svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden.

Alma, 67 år

Alma har fram till 55-årsåldern arbetat inom hemtjänsten. Hon fick sedan förtidspension på grund av värk i axlarna och högt blodtryck. Hon har varit gift två gånger, har inga biologiska barn, men väl tre vuxna bonusbarn från det andra äktenskapet. Alma skilde sig från första maken 1970 och gifte om sig 1978. Det äktenskapet varade endast i fyra år innan det slutade med skilsmässa. Hon bor nu ensam i en hyresrätt och har hemtjänst två timmar per dag varje vardag. Under hela sitt vuxna liv har Alma mer eller mindre dragits med ångest och nedstämdhet – vid något tillfälle fick hon diagnoserna dystymi och småkärslsjuka. Hon är nyligen utredd vid geriatrisk klinik utan att man fann tecken till demens. Alma medicinerar mot högt blodtryck, kärkramp, höga blodfetter, åldersdiabetes och mot ångest. Hennes liv är idag i hög grad präglad av hennes ångestbesvär och initiativsvårigheter. Alma ser få ljuspunkter i tillvaron, och träffar i princip endast hemtjänstpersonalen samt f.d. makens barn (några gånger per år). Det hon skulle önska är att få komma in på någon form av äldreboende, eftersom hon har svårt att orka med att sköta sin bostad och sig själv. Alma har dock hittills inte bedömts ha behov som motsvarar särskilt boende.

Alma är en person med psykiskt funktionshinder. Hennes aktiviteter på väsentliga livsområden är starkt begränsade. Detta har varat under flera år, och mycket talar för att tillståndet ska bli bestående under längre tid. Hennes delaktighetsinskränkning är en konsekvens av den psykiska störningen i kombination med ökad sårbarhet i form av metabolt syndrom/småkärslsjuka. Den givna behandlingen och det sociala stödet förmår inte avlägsna Almas psykiska funktionshinder.

Peder, 24 år

De senaste sju åren i Peders liv har periodvis varit stökiga – han har gått in och ut ur relationer till ett flertal tjejer, och när det varit dags att bryta upp har detta medfört mycket dramatik för Peder: han har betett sig självdestruktivt och även gjort självmordsförsök som hade kunnat sluta illa. Även utbildningen och yrkeslivet är stökigt – just nu går Peder en Lernia-utbildning till bilelektriker, men han har hög frånvaro och tycker själv att yrket inte verkar vara något för honom. Han hoppade på kursen eftersom han kände sig tvungen att nappa på något av de förslag som arbetsförmedlingen gav honom. Peder har haft kortare jobb som försäljare, jobbat på dagis och varit musiklärarvikarie. Musiken är hans stora intresse och drömmen har funnits där att en dag slå igenom som rocksångare. Oftast tvivlar dock Peder på sin egen förmåga, och han har svårt att hålla fast vid sina mål och planer under någon längre tid. Han bor kvar hemma, hans föräldrar har inrett villans garage till ett rum åt honom med egen ingång ett rum som också är en välutrustad musikstudio. Peder är en emotionell person som lätt blir starkt engagerad och då har förmågan att kunna engagera andra. Men han bringas lätt ur balans (även smärre motgångar och oklarheter stjälpur honom) och han kan då reagera mycket kraftigt och svårförståeligt för folk i hans omgivning. De i praktiken enda varaktiga relationer som Peder har tillgång till finns inom den närmaste familjen – kompisar och rockbandsmedlemmarna tenderar att dra sig tillbaka eftersom det blir så mycket ”strul” runt honom. Peder har (i början tillsammans med föräldrarna) sökt hjälp hos skolhälsovården, hos barn- och ungdomspsykiatrien, på ungdomsmottagning och även hos privata psykoterapeuter. I samband med självmordsförsöken har han varit inlagd på vuxenpsykiatrisk klinik under några dagar. Utskrivningsdiagnos vid det senaste vårdtillfället var emotionellt instabil personlighetsstörning. Hittills har inte Peder stannat kvar mer än under några månader i behandlingskontakt-erna.

Peder är en person med psykiskt funktionshinder. Hans aktiviteter på viktiga livsområden är sedda över tid inskränkta – även om han i perioder kan fungera bra. Hans problem är trots hans unga ålder redan långvariga, och det kan bedömas att problemen kommer att finnas kvar under avsevärd tid framåt.



Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning