

Studier om boende och boendestödsverksamheter  
för personer med psykiska funktionshinder



## BOENDEPROJEKTET

Projektledare: David Brunt

### Delrapport 23:

# Boendeformer för personer med psykiska funktionshinder dömda till rättspsykiatrisk vård

En kartläggning av boendebehov samt ett  
organisationsförslag

*Carina Lindkvist*



Växjö  
universitet

[www.vxu.se/ivosa](http://www.vxu.se/ivosa)



# **Delprojekt 23 i Boendeprojektet**

## **Boendeformer för personer med psykiska funktionshinder dömda till rättspsykiatrisk vård**

**En kartläggning och förslag till samverkan**

Carina Lindkvist

Carina Lindkvist är utvecklare i BoLSS, en kommunövergripande boplaneringsverksamhet i Malmö stad

## **Boendeprojektet**

Boendeprojektet är ett riktat projekt inom ramen för kansliet för Nationell psykiatrisamordning. Projektmedel beviljades av Socialstyrelsen år 2005 för ett uppdrag inom satsningen på psykiatri och socialt stöd och omsorg för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder. Projektet har letts av David Brunt, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö universitet.

## **Redovisning**

Boendeprojektet redovisas i form av en sammanfattande slutrapport inklusive en diskussion om viktiga gemensamma teman och rekommendationer samt 24st delrapporter.

Dessa delrapporter organiseras under följande rubriker:

- 1) Vad vi vet om boendeformer och boendestöd för personer med psykiska funktionshinder (delrapport 1)
- 2) De boende (delrapporter 2 – 5)
- 3) Boendestöd i ordinärt boende/bostad med särskild service/HVB-hem mm (delrapporter 6 – 9)
- 4) Bostäder för personer med psykiska funktionshinder (delrapporter 10 – 16)
- 5) Anhörigas syn (delrapport 17)
- 6) Utbildning för boendestödspersonal (delrapport 18)
- 7) Biståndsbedömning – gällande ansökan om boendestöd (delrapport 19)
- 8) Organiseringen av boende och boendestödsverksamheter för personer med psykiska funktionshinder (delrapporter 20 – 24)

Samtliga delrapporter och slutrapporten överlämnas till Socialstyrelsens NU! projekt, (Nationellt utvecklingsstöd till verksamheter för människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder).

# Innehåll

<b>Förord</b>	<b>5</b>
<b>1. Bakgrund</b>	<b>7</b>
Varierat behov av boende/boendestöd	7
Kommunernas ansvar för boendeplanering	8
Psykiatrins ansvar är vård och behandling	8
<b>2. Syfte</b>	<b>8</b>
<b>3. Metod och begränsningar</b>	<b>9</b>
Förändrad organisation av sjukvårdsdistrikten i Skåne	9
<b>4. Resultat</b>	<b>9</b>
Inledning	9
A) Kartläggning i Skåne	10
Beskrivning av rättspsykiatriska klinikerna i Skåne	10
Översikt av de rättspsykiatriska klinikerna och kommunerna i Skåne	10
Sammanfattning	11
Boende, boendestöd och planering av insatser i åtta kommuner i Skåne	12
Sammanfattning	13
Personer dömda till rättspsykiatrisk vård i Skåne (antal och vistelse)	14
Inneliggande på rättspsykiatrisk klinik	14
Personer på permission	14
Permission till vårdhem	15
Uppskattning av boendebehovet (ej tillgodosett) i Skåne	15
Uppskattning av boendebehovet i hela landet	16
Varierat behov av stöd förutsätter olika boendeformer	16
B) Vård- och boendekostnader för personer som har dömts till rättspsykiatrisk vård	17
Årskostnad rättspsykiatrisk slutenvårdsplats	17
Årskostnader för en bostad med särskild service för personer som har dömts till rättspsykiatrisk vård	17
C) Sammanfattning och diskussion	18
Synpunkterna från kommunerna	18
Synpunkter från de rättspsykiatriska klinikerna	20
Slutsats	21
Olika behov kräver olika boendeformer	23

D) Länsstyrelsen - Ärendegranskning	25
<b>5. Organisationsförslag boendeplanering</b>	<b>25</b>
Förståelse nödvändigt för förbättring	26
Exempel på organisationsmodell (GARP)	26
Innehållet i GARP-organisationen	26
<b>Bilaga</b>	
GARP – organisation	

## Förord

På en konferens anordnad av Socialstyrelsen hösten 2005 presenterade jag ett boende där kommun och psykiatri har haft en framgångsrik samverkan. Boendet finns i Malmö stad och riktar sig till personer som varit dömda till rättspsykiatrisk vård. Jag har haft förmånen att vara med som kommunrepresentant att planera boendet från början tills dess att verksamheten startade.

Vid samma tillfälle föreläste David Brunt om sitt arbete kring boendefrågor och också om det nationella projektet som han fått i uppdrag av Nationell psykiatrisamordning att leda. Boendeprojektet omfattar 24 delprojekt och ett av dessa fokuserar specifikt på boendeformer för personer med psykiska funktionshinder dömda till rättspsykiatrisk vård.

Det var med anledning av den erfarenhet som jag har när det gäller detta specifika område, som jag blev tillfrågad att ta mig an detta utredningsuppdrag.

Det har varit ett intressant arbete. Jag har fått ta del av många goda exempel där samverkan kring boendepaneringen fungerar. Jag har också hört många kloka tankar och idéer kring hur boendesituationen och samarbetsrutinerna skulle kunna förbättras. Det finns sammantaget en stor vilja att finna lösningar, men det finns också svårigheter t ex när det gäller samverkan och ansvarsfördelning mellan olika huvudmän. Det kan ibland vara organisationerna som försvårar en bra boendepanering snarare än personerna.

Tack till alla som medverkat i intervjuerna.

December 2007

Carina Lindkvist





# 1. BAKGRUND

Den allmänna uppfattningen och det som också går att utläsa av det som hittills publicerats kring boendesituationen för personer dömda enligt lag om rättspsykiatrisk vård, LRV (SFS 1991:1129), är att det ofta saknas ett bra och differentierat utbud av boendeformer när de via permission eller utskrivning är på väg att kunna lämna slutenvården. Det finns också brister i samordning och samverkan mellan psykiatrin och kommunerna. Samverkan som också varit det viktigaste huvudtemat för Nationell psykiatrisamordning, bedöms vara ett område som avsevärt måste förbättras.

I delbetänkandet från Psykiatrisamordningen gällande Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91), framförs tydligt vikten av ett kvalificerat omhändertagande utifrån ett gemensamt ansvar. I utredningen kan man läsa att:

*”Kraftfulla och samordnande åtgärder krävs i samband med den psykiskt störde lämnar kriminalvårdsanstalten eller den rättspsykiatriska vården och återgår till ett liv i frihet” (s. 17) samt att:*

*”Det är ett för hela samhället gemensamt intresse att landsting och kommuner har goda förutsättningar att i förening ta sig an uppgiften att ge adekvat stöd i form av kvalificerad psykiatrisk vård, missbruksvård, gruppboendestäder och annat stöd åt dessa människor – såväl ur ett individinriktat, humanitärt perspektiv som ur ett samhällsinriktat brottsförebyggande perspektiv” (s. 22).*

Det framgår tydligt att samlade stödinsatser från såväl psykiatri som socialtjänst är en viktig förutsättning för att personerna ska kunna anpassa sig i ett liv i frihet. Detta är i sin tur starkt förknippat med en ordnad boendesituation.

## **Variert behov av boende/boendestöd**

Personer dömda till rättspsykiatrisk vård har ett mycket varierat behov av stödinsatser. Alla saknar inte heller en egen bostad men dessa är fler jämfört med på 1980-talet. Som exempel kan nämnas att det i Malmö då var ca 80-90 % av de som vistades på rättspsykiatrisk klinik som hade en egen lägenhet. Idag 2007 är siffran nere på ca 60 % (källa RPK Malmö).

Den allmänna bostadssituationen idag med stor brist på bostäder gör att de inte lika enkelt kan få en lägenhet med eget kontrakt. Är behovet så omfattande att de behöver bostad med särskild service i form av grupp- eller servicebostad med personal tillgänglig, har kommunerna också ofta stora problem att kunna ordna detta. Det finns således generellt en brist på boende för personer med psykiska funktionshinder och om stödbehoven dessutom är mycket stora, försvårar det ytterligare. Allra största problemen har de mindre kommunerna som har få invånare med omfattande behov. Då kan enda lösningen vara att de tvingas köpa platser på externa vårdhem, ibland långt bort från hemorten och mer med inriktning på vård- och behandling än på boendestöd i hemlik miljö.

## **Kommunernas ansvar för boendeplanering**

Kommunerna har ansvaret att ordna boende för personer med funktionshinder. Av Socialtjänstlagen (SoL) 5 kap. 7 § tredje stycket följer att kommunerna skall inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av funktionshinder möter betydande svårigheter i sin livsföring och därför behöver ett sådant boende. Enligt 5 kap. 8 § andra stycket samma lag ska kommunerna planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. Stödinsatserna ska också kunna ges i ordinärt boende om denna insats bedöms vara tillräcklig. När personen bedöms ha så omfattande behov att insatser enligt socialtjänstlagen inte kan tillgodoses, ska kommunerna enligt 15 § LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade 1993:387) bl.a. fortlöpande följa upp vilka som omfattas av denna lag och vilka deras behov av stöd och service är (punkt 1) samt att verka för att personer som omfattas av lagen får sina behov tillgodosedda (punkt 2).

## **Psykiatrins ansvar är vård och behandling**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska psykiatrin tillhandahålla de psykiatriska hälso- och sjukvårdsinsatser som personen behöver, oavsett var denne har sin vistelse. Hälso- och sjukvården ska ansvara för utredning, diagnostisering, behandling och medicinsk rehabilitering samt förebygga ohälsa och återfall i sjukdom. Insatserna ska kunna ges såväl under permissioner som vid definitiv utskrivning från slutenvården, genom fortsatt kontakt med kliniken eller via öppenvårdskontakter.

Det är också Psykiatrisamordningens uppfattning att rättspsykiatrins ansvar för personer som varit dömda till rättspsykiatrisk vård, av kontinuitetsskäl bör kvarstå även efter utskrivning, till dess att den utskrivne kan klara sig utan psykiatriska insatser (SOU 2006:91). Om detta förslag kommer att tillämpas blir det en ytterligare förstärkning av psykiatrins ansvar utanför slutenvården.

## **2. SYFTE**

Syftet med kartläggningen av boendesituationen för personer med psykiska funktionshinder som dömts till rättspsykiatrisk vård är att få en lägesbeskrivning, en bild av boendebehovet och en uppskattning av vård- och boendekostnader för målgruppen samt få ta del av upplevelser av hur tjänstemän i kommuner och inom rättspsykiatrin upplever boendeplaneringen. Kartläggningen förväntas också ge svar på vilka typer av boendeformer och stödinsatser i boende som behövs och efterfrågas.

### **3. METOD OCH BEGRÄNSNINGAR**

En förberedande hearing hölls i augusti 2006 med representanter från några av landets rättspsykiatriska regionkliniker och från ett antal kommuner med erfarenhet av stödinsatser till personer som tidigare dömts till rättspsykiatrisk vård. Representanter från Nationell psykiatrisamordning medverkade också på mötet. Syftet var att få en slags ”temperaturmätning” på hur boendeplaneringen upplevdes, oavsett vilken boendeform/stöd i boendet det gällde eller var i landet man befinner sig.

Kartläggningen har sedan i detta delprojekt begränsats till Skåne. Intervjuer har genomförts med representanter från de fyra rättspsykiatriska klinikerna i Malmö, Lund, Helsingborg och Hässleholm samt med åtta slumpvis utvalda kommuner/kommundelar. Skåne utgör därmed ett regionalt exempel på hur boendeplaneringen upplevs. Uppgifter om antal personer dömda enligt LRV i Skåne och deras vistelse samt kostnadsjämförelser, ingår också i resultatredovisningen.

Intervjuerna har inte fokuserat på att ta reda på exakta detaljer kring verksamheterna, utan syftet har mer varit att exemplifiera hur samverkan och rutiner kring boendeplaneringen och tillgången till boende upplevs inom några kommuner och rättspsykiatriska kliniker.

Förändrad organisation av sjukvårdsdistrikten i Skåne

När kartläggningen inleddes hösten 2006 var Region Skåne organiserat så som det kommer att beskrivas i resultatredovisningen. Från och med den 1 mars 2007 har en ny organisation genomförts, vilket förändrat gränsdragningarna av sjukvårdsdistrikten. Dessa gränsdragningar har inte haft någon avgörande betydelse för projektet, varför den ”gamla” organisationen beskrivs i resultatredovisningen. Kommungränserna är oförändrade.

### **4. RESULTAT**

#### **Inledning**

På den förberedande hearingen vars syfte var att inhämta synpunkter på nationell nivå, presenterades en rad goda exempel kring förbättringar gällande boendeplaneringen. Någon rättspsykiatrisk klinik hade öppnat så kallade utslussningsboenden, flera kommuner arbetade aktivt med att öka samverkan och få en framförhållning kring boendeplaneringen och en del bra boendialternativ, även något i samverkan mellan kommun och psykiatri presenterades.

Dock fanns en klar samstämmighet kring svårigheterna när det gällde just framförhållning och planering. Detta leder ofta till att personernas möjligheter till permission och/eller utskrivning försvåras avsevärt. Kommunerna ansåg sig bli inkopplade för sent i vårdplaneringen kring permission och/eller utskrivning och

att stödet från psykiatrin är vagt när personen slutligen skrivs ut. Samtliga var överens om att det fanns ett stort behov av samordning och tydliggörande kring planering och ansvarsfördelning när det gällde boende och boendestöd för personer som tvångsvårdats på rättspsykiatrisk klinik.

## A) Kartläggning i Skåne

Skåne omfattar 33 kommuner. Det totala invånarantalet är ca 1 170 000 personer. Region Skåne är en gemensam politisk nämnd som bland annat ansvarar för hälso- och sjukvården. Regionen har delats in i fem mindre sjukvårdsdistrikt. Inom dessa finns fyra rättspsykiatriska kliniker (i Malmö, Helsingborg, Lund och Hässleholm). Varje rättspsykiatrisk klinik har kommuner inom sitt upptagningsområde, men även kommuninvånare från andra kommuner kan finnas på klinikerna.

### Beskrivning av rättspsykiatriska klinikerna i Skåne

De fyra rättspsykiatriska klinikerna har sammanlagt ca 116 slutenvårdsplatser. Till klinikerna hör också öppenvårdsverksamheter som under permissionstid eller vid definitiv utskrivning fortsätter att hålla kontakt med patienterna. Uppskattningsvis finns ca 80-90 personer som får stöd av klinikernas öppenvårdsverksamheter, några är på permission och några är utskrivna och får sina insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Ska tilläggas att alla slutenvårdsplatser inte är belagda med personer dömda enligt LRV. De kan antingen vistas där enligt lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller HSL.

### Översikt av de rättspsykiatriska klinikerna och kommunerna i Skåne

Tabell 1 De rättspsykiatriska klinikerna och kommunerna i Skåne

<b>Rättspsykiatriska kliniken i Malmö</b> (Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt)	<b>Rättspsykiatriska kliniken i Helsingborg</b> (Nordvästra Skånes sjukvårdsdistrikt)	<b>Rättspsykiatriska kliniken i Lund</b> (Mellersta Skånes sjukvårdsdistrikt)	<b>Rättspsykiatriska kliniken i Hässleholm</b> (Nordöstra och Ystad/Österlens sjukvårdsdistrikt)
<b>Kommuner:</b>	<b>Kommuner:</b>	<b>Kommuner:</b>	<b>Kommuner:</b>
Malmö (10 stadsdelar) Svedala Trelleborg Vellinge	Bjuv Båstad Helsingborg Höganäs Klippan Åstorp Ängelholm Örkelljunga	Burlöv Eslöv Hörby Höör Landskrona Kävlinge Lomma Lund Staffanstorp Svalöv	Bromölla Hässleholm Kristianstad Osby Perstorp Simrishamn Sjöbo Skurup Tomelilla Ystad Östra Göinge
Invånarantal ca 360 000	Invånarantal ca 200 000	Invånarantal ca 295 000	Invånarantal ca 315 000

Den rättspsykiatriska kliniken i Malmö har fem slutenvårdsavdelningar med totalt 57 platser och en öppenvårdsavdelning med åtta platser. Till klinikkens öppenvårdsverksamhet finns också knutet en kontakt med ca sex personer som har långpermissioner. Ett fåtal personer (ca fem) är definitivt utskrivna och får också fortsatt stöd enligt HSL av klinikkens öppenvårdsverksamhet. Kliniken i Malmö är den enda klinik inom Region Skåne som utför rättspsykiatriska undersökningar. Den så kallade utredningsavdelningen har ett tre-årsavtal med rättspsykiatriska klinikkens utredningsavdelning i Göteborg och fungerar därmed som en filial till Göteborgskliniken. Varje år genomförs ca 75 rättspsykiatriska undersökningar och det utfärdas ca 300 § 7 – intyg på Malmökliniken. Antalet dömda till rättspsykiatrisk vård den 1 dec 2006 var 56 personer.

Helsingborgs rättspsykiatriska klinik har i nuläget en vårdavdelning med 14 platser samt utanför kliniken nio platser i något som betecknas som en utslussningsform. Till kliniken hör också en öppenvårdsmottagning. Antalet dömda till rättspsykiatrisk vård den 1 dec 2006 var 42 personer.

Den rättspsykiatriska kliniken i Lund har en vårdavdelning med 16 platser. Ca 15 personer får stöd av klinikkens öppenvårdsverksamhet. Kliniken har i nuläget ytterligare ca fem personer placerade på Växjö's rättspsykiatriska klinik. Antalet dömda till rättspsykiatrisk vård den 1 dec 2006 var 27 personer.

Hässleholms rättspsykiatriska klinik har i nuläget en vårdavdelning med 12 platser + två så kallade häktningsplatser som används av kriminalvården. Kliniken planerar inom kort öppna ytterligare en avdelning och kliniken planeras då ha totalt 25 platser. Kliniken har också en öppenvårdsverksamhet. Antalet dömda till rättspsykiatrisk vård den 1 dec 2006 var 19 personer.

På samtliga kliniker är den genomsnittliga vårdtiden ca tre-fem år, men stora variationer förekommer, både mellan och inom klinikerna.

## Sammanfattning

Samtliga kliniker uttryckte svårigheter när det gäller boendeplaneringen. Det upplevdes vara en stor brist på bostäder med särskild service, framförallt i små kommuner. Däremot upplevdes de små kommunerna ha lättare att ordna vanliga lägenheter, medan detta var mycket svårare i de större. Bostäder med särskild service saknades även i större kommuner, framförallt för personer med omfattande stödbehov. En del kliniker ansåg att det fanns en okunskap i vissa kommuner kring målgruppen, men också en rädsla. En situation som alla kliniker tog upp som ett stort problem, var att personer med särskild utskrivningsprövning (SUP) hamnade i en "moment 22-situation", därför att beslut om permission för dessa personer måste fattas av länsrätten. En viktig förutsättning för att få permission är att boendesituationen är ordnad och utan adekvat boende blir de därför kvar inom slutenvården. Någon klinik upplevde bra samarbete med kommunerna och hade byggt upp nätverk kring kontakter och hade bra rutiner

kring permissionsplaneringen. Men det fanns också kliniker som ansåg att det fanns stora svårigheter att "hitta fram" till rätt personer, inte minst för att kommunerna oftast organiserar sig på olika sätt.

### **Boende, boendestöd och planering av insatser i åtta kommuner i Skåne**

I nedanstående redovisas på ett övergripande sätt de boende och boendestödsverksamheter som finns för hela målgruppen personer med psykiska funktionshinder i var och en av de åtta kommunerna. I förekommande fall redovisas erfarenheter från stödet till dem som har dömts till rättspsykiatrisk vård. Kommunerna benämns kommun A – H.

I kommun A finns ett gruppboende med sju lägenheter samt boendestöd för ca 60 personer med psykiska funktionshinder. Alla arbetar ensamma i boendestödet, vilket de anser ger bäst förutsättningar att knyta kontakt. Nattetid kan klienterna vända sig till boendet. Detta inträffar dock inte särskilt ofta. De fåtal lägenheter som finns i bostad med särskild service gör att kommunen inte kan tillmötesgå behov av boende med särskilda insatser inom det snaraste. Då måste externplacering ske.

I kommun B finns boende enligt LSS för 28 personer samt boendestöd i ordinärt boende för 65-70 personer. Boendestöd ges dygnet runt och utgår från någon av boendeenheterna. Det finns inga bostäder med särskild service enligt SoL för denna målgrupp, utan den insatsen ges enligt LSS. Kommunen har en person som samordnar de egna verksamheterna/insatserna med psykiatrin. Kommunen upplever sig ha bra kontakt med rättspsykiatrin. Socialtjänsten kontaktas av rättspsykiatrin ca 1 år innan det börjar bli aktuellt med permissioner eller utskrivning. Det är bra och tillräckligt för att hinna planera. Kommunen och rättspsykiatrin gör en gemensam behovsbedömning (med hjälp av CAN-skattning, Camberwell Assessment of Need). Ett exempel på framförhållning vore om det redan vid permission fanns en utsedd kontaktperson inom kommunen. På det sättet skulle det alltid vara känt av kommunen att det finns en person på permission från rättspsykiatrin. Två-tre personer kommer från rättspsykiatrin och har boendestöd. Kommunen anser att SoL-insats skall ges som boendestöd. Om behov finns av stöd dygnet runt ges detta i form av bostad med särskild service enligt LSS.

Kommun C har bara en person som tillhör rättspsykiatrin. Denna person har inte kunnat erbjudas bostad i kommunen, utan placerats externt på ett privat vårdhem. Det är svårt för mindre kommuner att tillhandahålla de boendeenheter som efterfrågas på grund av den relativt låga efterfrågan. Att gå samman med angränsande kommuner skulle kunna vara en bättre lösning.

I kommun D finns tre boendeenheter samt boendestöd och dagverksamhet. Man upplever att det finns bra kontakt och samarbete med rättspsykiatrin. Rättspsykiatrin kallar ca sex månader före planerad permission eller utskrivning. Kommunen bedömer att det är tillräckligt god tid. Idag har kommunen kontakt

med rättspsykiatri gällande en person. Vårdplanering ska snart göras. Förmodligen ska personen kunna erbjudas ordinärt boende med boendestöd.

Kommun E har endast ett gruppboende med 7 lägenheter som alla är uthyrda. Därför tvingas kommunen köpa externa platser när någon är i behov av bostad med särskild service. Det skulle behövas fler boenden i kommunen. Boendestöd i ordinärt boende finns.

Kommuner F och G anser att rättspsykiatri har sämre rutiner än övriga psykiatri kring samordnad vårdplanering. Ofta kommer en ansökan om boende direkt från avdelningen till handläggaren och med en ansökan om bostad med särskild service enligt LSS. Det gör att förväntningarna på att få denna boendeform beviljad redan finns hos personen och om handläggarens bedömning inte bekräftar detta behov, uppstår besvikelse. Kanske skulle andra stödinsatser också kunna erbjudas före boende. Det vore därför önskvärt med en tidigare kontakt, i form av en allmän information till den enskilde om vad för insatser som kan erbjudas etc. När rättspsykiatri har en samordnare kring öppenvårdskontakter fungerar det bra under förutsättning att denne blivit involverad genom kontakt från avdelningarna, vilket tyvärr inte alltid sker.

I kommun H beskriver man att personen ofta har vistats i kanske två år på rättspsykiatrisk avdelning innan socialtjänsten kallas till vårdplanering. Vid de samordnade vårdplaneringarna deltar både handläggare för SoL-insatser och för LSS-insatser. Det finns dock önskemål om tidigare vårdplanering så att det ska gå att planera bättre, men ibland upplevs sekretess som ett hinder. Om tidigare kontakt togs skulle möjligheterna att kunna planera för ett fungerande boende/boendestöd vara större. Den ”vanliga” öppenvårdpsykiatri upplevs inte riktigt klara av patientgruppen från rättspsykiatri. Bra med samordnare på rättspsykiatriska kliniken som kan behålla kontakten under en tid efter utskrivning. Totalt finns i kommunen 17 boendeenheter enligt LSS för personer med psykiska funktionshinder. En av dessa med sex lägenheter drivs i samarbete med rättspsykiatriska kliniken. Ytterligare två boendeenheter finns enligt SoL, det ena med inriktning dubbeldiagnos. Det finns ett ganska bra utbyggt boendestöd, men mer behövs.

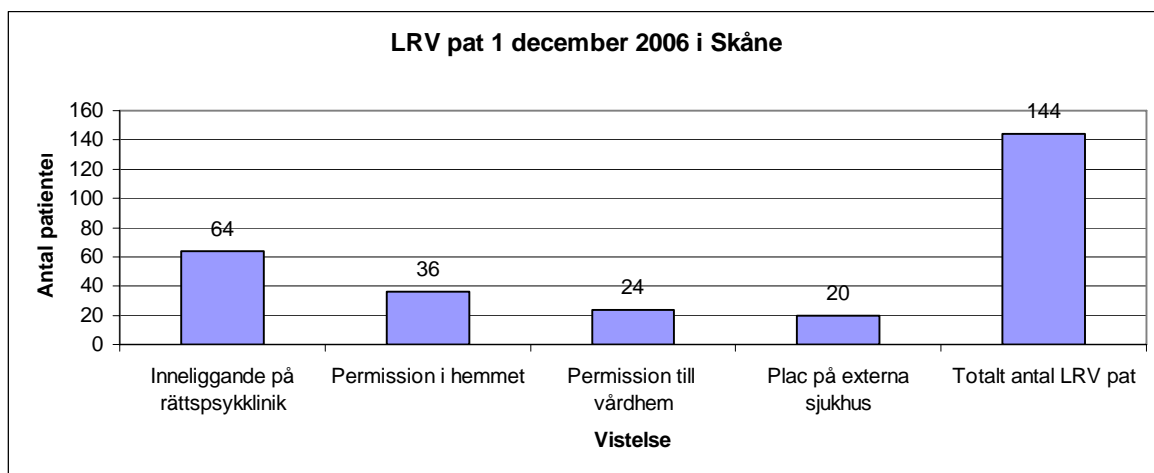
### **Sammanfattning**

Sammanfattningsvis kan sägas att alla tillfrågade kommuner har någon form av boende och boendestöd för personer med psykiskt funktionshinder, dock i varierande omfattning och alla uttrycker ett behov av utökning. Det finns endast en kommun som har ett riktat boende till personer som varit dömda till rättspsykiatrisk vård. Övriga kommuner ger stöd i ordinärt boende eller externplacerar på vårdhem. Det framgår också att det finns bra exempel på kontakter med psykiatri, men också exempel på att samarbetet behöver förbättras. Framför allt efterlyses en tidigare kontakt med rättspsykiatri för att kunna planera boendesituationen.

## Personer dömda till rättspsykiatrisk vård i Skåne (antal och vistelse)

Den 1 december 2006 fanns i Skåne totalt 144 personer dömda till rättspsykiatrisk vård. Förutom de som vistades på rättspsykiatriska kliniker i Skåne, hade några permission, alternativt vistades på externa sjukhus. Fördelningen mellan de olika sjukvårdsdistrikten varierade. Flest inneliggande patienter hade rättspsykiatriska kliniken i Malmö. Det är också den största kliniken i regionen. Flest öppenvårdspatienter hade rättspsykiatriska kliniken i Helsingborg.

Figur 1 Antal LRV patienter och placering 1 december 2006



Källa RPK Malmö

### Inneliggande på rättspsykiatrisk klinik

Totalt fanns 64 personer i Skåne inneliggande på rättspsykiatrisk klinik. Av dessa fanns 44 på rättspsykiatriska kliniken i Malmö. Kliniken i Malmö gjorde bedömningen att ca 12 personer (27 %) skulle kunna ges permission i förberedelse på utskrivning om det funnits anpassat boende och stöd kring detta. De flesta var dömda till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (SUP) och beslut om permissioner och utskrivningar fattas därför av länsrätten. Avsaknad av boendalternativ gör att personerna därför blir kvar inom den rättspsykiatriska slutenvården eller på vårdhem.

### Personer på permission i hemmet

Vid samma tillfälle hade 36 personer dömda enligt LRV permission till hemmet från rättspsykiatrisk klinik i Skåne (ca 25 % av samtliga dömda enligt LRV i Skåne). De flesta av dessa hade permission till ordinärt boende och ett mindre antal till någon form av boende med särskild service enligt SoL eller LSS.



### Permission till vårdhem

Totalt fanns 24 personer på permission till vårdhem. Flertalet av dessa var placerade på vårdhem för att inte adekvat boende i hemkommunen kunnat ordnas. De flesta av dessa personer bedömdes ha behov av bostad med särskild service med tillgång till personal dygnet runt.

## Uppskattning av boendebehovet (ej tillgodosett) i Skåne

Av de totalt 44 personerna som fanns inom Malmöklinikens slutenvård, bedömde kliniken att 12 personer skulle kunna påbörja permission till boende. Baserat på det antagande att samma förhållande råder på övriga kliniker i Skåne fanns det vid samma tillfälle ytterligare sex personer som skulle kunna påbörja permission i boende.

Tabell 2 Boendebehovet per rättspsykiatrisk klinik

Rättspsykiatrisk klinik	Antal inneliggande på klinik (1 dec 2006)	Uppskattat antal personer som skulle kunna få permission om boendesituationen var löst *
Malmö	44	12
Lund	9	3
Helsingborg	5	1
Hässleholm	6	2
<b>Totalt antal personer</b>	<b>64</b>	<b>18</b>

\*Antalet är baserat på en ungefärlig procentsats utifrån Malmöklinikens uppgifter.

Sammanlagt 18 personer av de 64 inneliggande skulle utifrån denna uppskattade bedömning kunna påbörja permission. Ytterligare 24 personer med **permission till vårdhem** bedömdes kunna flytta till ett boende.

Totalt fanns därmed ca 42 personer som bedömdes kunna permitteras eller skrivas ut till boende om lämpliga sådana hade funnits. (Under samma period var 20 personer placerade på externa sjukhus. Inga av dessa fanns med i bedömningen permissionsmässiga).

### **Uppskattning av boendebehovet i hela landet**

Enligt socialstyrelsens inventering som utfördes i maj 2005, fanns 1 426 personer dömda till rättspsykiatrisk vård i Sverige. 88 % av dessa vårdades med särskild utskrivningsprövning (SUP). Cirka 30 % hade permission medan övriga ca 1000 personer vårdades inom slutenvården.

I Skåne bedömdes ca 27 % av dem som vårdades inom slutenvården kunna få permission om boendesituationen vore löst. Om samma förhållande skulle råda i hela landet som i Skåne, skulle det innebära att ytterligare ca 250 personer dömda till rättspsykiatrisk vård skulle kunna erbjudas permission, förutsatt att det fanns adekvata boendalternativ och stöd (eventuella personer på permission till vårdhem finns inte redovisade).

### **Variert behov av stöd förutsätter olika boendeformer**

Det finns en stor skillnad i vilket behov av boende/boendestöd som målgruppen behöver. Av de 44 personer som fanns inneliggande på rättspsykiatriska kliniken i Malmö den 1 december 2006 bedömde kliniken att dessa skulle behöva stöd enligt nedan när permission och/eller utskrivning blir aktuellt:

- Ca 22 % skulle klara ett ordinärt boende (egen lägenhet) med fortsatt samtalsstöd och hjälp med medicinering av psykiatrin.
- Ca 8 % skulle klara ett ordinärt boende (egen lägenhet), men med dagligt boendestöd från kommunen samt regelbunden psykiatrikontakt.
- Ca 22 % skulle behöva någon form av bostad med särskild service med personal tillgänglig mer eller mindre dygnet runt.
- Ca 40 % skulle vara i behov av ett förstärkt boende med personal dygnet runt och med stöd i boendet av både kommun och psykiatri.

(Ca 8 % av personerna ansåg man inte kunna bedöma, bl a på grund av för kort vårdtid eller deras tillstånd)

## B) Vård- och boendekostnader för personer som har dömts till rättspsykiatrisk vård

Årskostnad rättspsykiatrisk slutenvårdsplats

Genomsnittskostnaden för en plats inom rättspsykiatrin uppgår till ca 4660 kr/dygn, motsvarande en årskostnad på ca 1 700 tkr/person (2006 års prisnivå).

Årskostnader för en bostad med särskild service för personer som har dömts till rättspsykiatrisk vård

För att göra en kostnadsjämförelse med ovanstående belopp har siffror hämtats från en bostad med särskild service i Malmö vilken drivs i samverkan mellan kommun och rättspsykiatri. De boende har där ansökt och beviljats en bostad med särskild service enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). De har således bedömts ha *omfattande* behov av stödinsatser, varför också personaltätheten och den psykiatriska kompetensen är hög i jämförelse med andra boenden.

Samarbetet är reglerat i ett samarbetsavtal. Huvuddelen av finansieringen står kommunen för och har också verksamhetsansvaret för boendet. Rättspsykiatrin har anställd personal för att tillhandahålla psykiatrikompetens i boendet dygnet runt.

Tabell 3 Kostnadsjämförelse mellan boendet och rättspsykiatrin

<b>Kostnader för bostad med särskild service (6 platser) 2006</b>		<b>Kostnader för rättspsykiatrisk vård (6 platser) 2006</b>	
Kommun	5 220tkr	Kommun	
Rättspsykiatri	3 390tkr	Rättspsykiatri	10 200tkr
<b>Summa</b>	<b>8 610tkr</b>	<b>Summa</b>	<b>10 200tkr</b>
Kostnad per plats/år		Kostnad per plats/år	
Kommun	870tkr	Kommun	
Rättspsykiatri	320tkr + 245tkr*	Rättspsykiatri	1 700tkr
<b>Summa per plats</b>	<b>1 435tkr</b>	<b>Summa per plats</b>	<b>1 700tkr</b>

\*I genomsnitt är en person inlagd på rättspsykiatriska kliniken, oftast på frivillig basis, varför en genomsnittlig årskostnad för en slutenvårdsplats också redovisas i tabellen.

Den totala årskostnaden per plats i boendet blir alltså 1 435 tkr/person, 265 tkr lägre än kostnaden för en genomsnittlig plats inom den rättspsykiatriska slutenvården. Räkneexemplet ovan visar på att den totala samhällsekonomiska kostnaden för dessa sex platser sjunker genom den samfinansierade boendelösningen. Det kan tilläggas att ingen av personerna i boendet har begått nya brott under de fyra år som boendet funnits, varför inga ytterligare samhällsresurser behövt stå till förfogande. Boendet har genom sin utformning kunnat erbjuda en mycket ökad livskvalitet för den enskilde. I ovan nämnt delbetänkande från Nationell psykiatrisamordningen påpekar man att:

*”De kostnader i form av återfall i sjukdom, lidande och förnyad brottslighet som ett misslyckande innebär är betydande såväl för brottslingen som för dennes brottsoffer, rättsväsendet och för samhället i stort (SOU 2006:91, s. 23).*

Det finns ett antal exempel i landet på boenden och andra korttidslösningar (Se Delrapport 14 ”Verksamheter för korttidsvistelser för personer med psykiska funktionshinder” i Boendeprojektet) där kommun och landsting har samverkat. En sådan samverkan och samfinansiering av ett boende för målgruppen som har dömts till rättspsykiatrisk vård är hittills en ovanlig lösning. Övriga boenden enligt LSS för psykiskt funktionshindrade som bedrivs i kommunal regi i Malmö, har en genomsnittlig årskostnad per plats på ca 500 tkr. Således är ovanstående exempel i Malmö dyrare att driva än övriga bostäder med särskild service enligt LSS på grund av den speciella målgruppens behov, vilken medför högre personalbemanning och ökade säkerhetskostnader mm. Samtidigt är kostnaderna lägre än inom den rättspsykiatriska vården.

Det är viktigt att påpeka att denna redovisning ej är avsedd att utgöra bevis för att rättspsykiatrins kostnadsläge är för högt, utan ska ses som ett konkret exempel på att det för vissa av rättspsykiatrins patienter finns alternativa lämpliga boendelösningar som ur samhällsekonomisk synvinkel medför lägre kostnader. Dessutom tillkommer ”vinsten” för individen att få bo i samhället, om än med vissa restriktioner, i stället för inom en rättspsykiatrisk klinik.

## **C) Sammanfattning och diskussion**

### Synpunkter från kommunerna

Samtliga tillfrågade kommuner har både boendestöd och bostäder med särskild service för personer med psykiska funktionshinder, men inte i tillräcklig omfattning. I boendena finns några personer som varit dömda till rättspsykiatrisk vård, men de flesta kommuner externplacerar dessa personer på vårdhem på grund av att det saknas rätt anpassade stödinsatser i kommunen. De som har fått boende inom kommunerna vistas i boendet antingen under permissionstid eller är definitivt utskrivna. Vissa från denna målgrupp fungerar bra i dessa boenden, medan andra upplevs ha mycket omfattande behov som ibland medför stora

svårigheter. Kommunerna känner ibland att de saknar engagemang och stöd från rättspsykiatri i boendena.

I de flesta bostäder med särskild service ges insatserna enligt SoL. Några drivs också enligt LSS, framförallt i Malmö och Kristianstad. Någon kommun anser att just dygnet-runt-insatser till personer med omfattande funktionshinder endast ska ges i form av en LSS-insats. Andra kommuner bedömer alla insatser enligt SoL.

Ett boende i Malmö är särskilt anpassat för personer från rättspsykiatri. Boendet har funnits sedan december 2002 och drivs i samarbete mellan kommun och rättspsykiatri. Boendet är unikt i sitt slag. Malmö stad har verksamhetsansvaret, men i boendet finns också personal anställd av rättspsykiatri. Därmed är de också med och finansierar fyra tjänster samt kompetensutveckling. Genom detta nära samarbete och handledning från rättspsykiatri, kan tidiga tecken på insjuknande observeras snabbt och stöd i form av läkarkontakt eller inläggning direkt på rättspsykiatriska kliniken vårdavdelning kan ske omgående. I nuläget finns 6 lägenheter i boendet, men det finns planer på att utöka med ytterligare två från och med 2008. (Mer om boendet finns att läsa i rapporten: *"Till exempel. Åtta sätt att möta psykisk ohälsa*, Nordén. Sveriges kommuner och landsting, 2007).

Boendestödet i ordinärt boende är förhållandevis bra utbyggt i de tillfrågade kommunerna. Även en del personer som varit dömda till rättspsykiatrisk vård får stöd i ordinärt boende. En av de tillfrågade stadsdelarna i Malmö har inte ett eget boendestöd, men köper tjänsten från angränsande stadsdel. Alla tillhandahåller inte boendestöd dygnet runt, men insatser kan vid behov ges av hemtjänstens nattpatrull eller från ett angränsande boende. Boendestödet ges som en SoL-insats.

Flera kommuner upplever att det dröjer för lång tid innan de blir kontaktade av rättspsykiatri när en person blivit inlagd. Det försvårar framförhållningen kring boendeplaneringen eller andra stödinsatser som kan komma ifråga. Önskemål finns om att kunna få reda på inläggningen inom tre-sex månader. Detta kan ske som en tidig kort information. Rättspsykiatri anger ibland sekretesshinder som skäl för att inte ta tidig kontakt.

Tiden från att kommunen kontaktas tills det planeras för permission eller utskrivning, upplevs också ofta av kommunerna som för kort. Ibland har rättspsykiatri också redan föreslagit, eller rent av "lovat" en bostad med särskild service innan handläggaren från kommunen fått göra sin bedömning av personens behov. Kliniken har också varit behjälplig med en ansökan, innan socialtjänsten kontaktats. Om det senare visar sig att personen inte bedöms vara i behov av bostad med särskild service i form av grupp- eller servicebostad, uppstår en besvikelse. Kommunernas handläggare vill få möjlighet att bedöma om ett anpassat boendestöd som kan ges i ordinärt boende skulle kunna vara ett alternativ.

Någon kommun anser att rättspsykiatrin fråntar sig ansvaret kring personen så snart denne bedöms utskrivningsklar. Det efterlyses ett mer långvarigt samarbete och stöd kring personen. Någon kommun anger att det skulle underlätta om det innan permission fanns en utsedd kontaktperson inom kommunen som kan vara till stöd i samband med permissioner. Det anses också att kommunen bör få reda på om en person fått permission från rättspsykiatrisk avdelning, även om han för närvarande inte har eller behöver insatser av kommunen.

Det är svårt för mindre kommuner att tillhandahålla rätt boendeform på grund av den relativt låga efterfrågan. Några kommuner anger själva att det är mycket otillfredsställande med den brist på bostäder som finns inom kommunen, vilket leder till att boendesituationen måste lösas med externa placeringar.

Det har framkommit att rättspsykiatrins öppenvård inte alltid gör hembesök hos de personer de har kontakt med på mottagningen och har därför inte kännedom huruvida stödbehov behövs i hemmet av socialtjänsten. Det saknas på vissa ställen rutiner för kontakt med socialtjänsten kring dessa patienter. En annan kommun ser en skillnad i hanteringen kring den samordnade vårdplaneringen, då rättspsykiatrin ibland brister i jämförelse med övrig slutenvårdspsykiatri.

Några kommuner anger stora svårigheter kring de personer som tidigare varit dömda och som nu har kontakt med socialtjänsten och upplevs som mycket instabila. Dessa personer "faller mellan stolarna". På grund av regelverket upplever man att det bara är att invänta att personen begår brott igen innan något omhändertagande kan ske, trots att man har kunnat observera tidiga tecken på insjuknande under en längre tid.

Det förekommer ibland att personer som redan bor i bostad med särskild service begår brott. Här upplever en del kommuner att de inte får tillräckligt med uppbackning, både innan och efter, för att kunna ge rätt stödinsatser. Det har inträffat att de inte fått information om vilket brott som begåtts. Psykiatrin har då hänvisat till sekretessen. Det upplevs av boendepersonalen som mycket osäkert och oroande, särskilt när personen kommer hem till boendet under permission.

Någon kommun gör gemensam behovsbedömning med hjälp av en CAN-skattning tillsammans med rättspsykiatrin. Detta ger en bra bild av personens funktionsnivå och tydliggör vilka insatser som måste tillföras av psykiatrin respektive kommunen. En kommun har en samordnare som samordnar kommunens egna verksamheter/insatser med psykiatrins. I de fall som rättspsykiatrin har en samordnare kring utskrivningsförfarandet upplevs det fungera bättre än om bara kontakten sker via avdelningarna. Det upplevs vara en större kunskap kring socialtjänstens arbete hos samordnaren, än vad som finns på avdelningarna. Därmed ökar chanserna att adekvat information utbyts.

## Synpunkter från de rättspsykiatriska klinikerna

De flesta rättspsykiatriska kliniker upplever att det är större eller mindre svårigheter för kommunerna att tillhandahålla boende eller stödinsatser i boende. Personer dömda till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (SUP), får avslag på länsrättens prövning för att inte boende kunnat ordnas. Därför fastnar de i ett slags ”moment 22” och får heller inte chansen till fortsatt rehabilitering utanför kliniken. Den ”onödigt” långa slutenvårdstiden gör att personernas funktionshinder riskerar att bli mer omfattande på grund av den hospitalisering som långa vårdtider ofta innebär. Detta försvårar ytterligare för personerna att kunna anpassa sig till ett liv i frihet.

Det finns behov av många olika boendeformer med mer eller mindre stödinsatser, baserat på individuella behov. Klinikerna upplever också en stor skillnad mellan små och stora kommuners möjligheter att ordna bostad med särskild service för de med större stödbehov och oavsett kommunstorlek också stora skillnader i kunskap. Det upplevs som att enda lösningen för de små kommunerna, är att externplacera till vårdhem. Större kommuner med fler personer i behov av boende har bättre möjligheter till utbyggnad, men även där finns det en brist. Däremot upplever klinikerna att de mindre kommunerna ofta har lättare att ordna en ”vanlig” lägenhet med boendestöd. Det har de större kommunerna svårare att ordna på grund av den allmänna bristen på lägenheter.

Trots att det finns rutiner kring samordnad vårdplanering, anser klinikerna att det ibland brister i engagemanget hos kommunerna när väl kontakt initieras. En del kommuner anser sig inte ha skyldighet att ge socialtjänstinsatser så länge personen har sin dom kvar. Detta omöjliggör permission, särskilt för de med särskild utskrivningsprövning. Kommunernas otydliga tolkning kring skyldigheter att ge stödinsatser, gör att tidpunkten när det kan bli aktuellt för permission inte går att förutse. Detta gör att klinikerna får svårigheter att systematiskt arbeta för en kommande utskrivning. En del har arbetat aktivt med att tidigarelägga kontakten med kommunerna – långt innan det överhuvudtaget är aktuellt med permissioner. De har bjudit in till mer informella möten för en allmän information. Detta har upplevts som mycket positivt, framförallt för mindre kommuner som i större utsträckning saknar erfarenhet.

Några kliniker har mycket bra kontakt med vissa kommuner och har god kännedom om vem som ansvarar för handläggningen inom kommunen. Men det finns också flera exempel på motsatsen. Olikheter men också otydlighet kring kommunernas organisationer anses försvåra för psykiatrin att få kontakt med rätt personer.

## **Slutsats**

Det finns en stor brist på bra differentierade boendeformer för personer med psykiska funktionshinder som varit dömda till rättspsykiatrisk vård. Det saknas också fungerande rutiner och samarbete både kring boendeplanering och kring rehabilitering i samband med att personen bedöms kunna lämna slutenvården.

Ofta skapar organisationsstrukturer hinder, med olika huvudmannaskap, regelverk och ekonomiska resurser. Samverkan behöver nå ut i praktiken. För att detta ska ske, krävs ett mod och en nyfikenhet att våga utmana och förändra.

Vikten av konkret samarbete kring boende/boendestöd mellan psykiatri och kommuner måste också tydligt beskrivas för beslutsfattare och politiker. Synen på det gemensamma ansvaret har en tendens att vara starkt beroende av det ekonomiska incitamentet. Det saknas ibland en helhetssyn hos båda huvudmännen när det gäller det sammantagna samhällsekonomiska ansvaret. I de sammanhang då boendeformerna samfinansieras av både kommun och psykiatri, tenderar ansvarskänslan och engagemanget att öka kring de svårigheter som finns i och omkring funktionshindret.

Kommunen ska kunna erbjuda boende/boendestöd till personer som till följd av funktionshinder möter betydande svårigheter i sin livsföring. Insatserna ska vara individuellt anpassade för att stärka personens förmåga till självständighet, trygghet och integritet. Med anledning av personernas komplexa behov förutsätts ett nära stöd från psykiatrin för att detta ska kunna ges på bästa sätt. Det faktum att personen varit överlämnad till vård av domstol ställer också särskilda krav på psykiatrins medicinska rehabiliteringsarbete. Detta är i synnerhet angeläget i den kritiska fas när personen ska påbörja permissioner, men behovet kvarstår ofta under lång tid, ibland upp till 4-5 år efter att denne lämnat slutenvården.

Rehabiliterande insatser påbörjas inom slutenvården, men en viktig synpunkt som framkommit är att personerna är mycket beroende av att träna sina funktioner i den miljö som de sedan ska bo i. Därför är det ofta bättre att flytta direkt till ett boende och fortsätta sin rehabilitering där med stöd av psykiatrins öppenvårdsverksamhet, i stället för att passera diverse utslussningsformer innan det är dags för ett boende.

Rättspsykiatriska kliniken i Malmö bedömer att ca 40 % av deras patienter är i behov av ett förstärkt boende, med mycket hög personaltäthet och kompetens från både kommun och psykiatri, när permission eller utskrivning blir aktuellt. De ca 52 % som inte är i behov av ett sådant förstärkt boende, behöver ändå mycket stöd, om än i varierande omfattning. Därför måste också den psykiatriska öppenvården både utvecklas och utökas. (Ca 8 % av personerna ansåg man inte kunna bedöma, bl a på grund av för kort vårdtid eller deras tillstånd). Den psykiatriska öppenvården anses företrädesvis vara organiserad från en rättspsykiatrisk klinik och ska redan under tiden i slutenvården ha etablerat kontakt med den enskilde. De måste också ha ett nära samarbete med boendeverksamheterna och/eller med ett kvalificerat boendestöd inom kommunen.

Som tidigare nämnts är behovet av såväl stöd och service som behandling ofta stort hos många före detta dömda till rättspsykiatrisk vård, även om det över tid är



mer eller mindre omfattande. Ett närmare samarbete har visat sig öka förståelsen för varandras organisationer och ansvarsområden och bidrar också till att öka respekten för varandras kompetenser. Det i sin tur skapar trygghet. En annan mycket avgörande trygghetsfaktor kring stödet i boendet anses vara att det finns möjlighet till snabb inläggning inom slutenvården om så krävs.

Vad som framkommit tydligt i intervjuerna är också att lösningen på boendefrågan inte går att finna i en enda boendeform. Utifrån beskrivningarna kring personernas funktionshinder och behov, behövs många olika särskilda boendeformer *eller* stödinsatser kopplat till boende. Ett individuellt anpassat stöd och en mångfald av alternativa lösningar måste kunna erbjudas. Kommun och psykiatri måste också ha en gemensam bild av vilka stödinsatser som behövs och utifrån det arbeta med kunskapsöverföring. Stöd och behandling ges redan idag. Kostnaderna finns också redan. En bättre identifiering av vem som ska göra vad, skulle kunna bidra till att öka effektiviteten och ge bättre återverkning på individnivå.

Den stora flexibilitet kring boendeplaneringen som behövs, kräver också kompetent personal som erbjuds kontinuerlig fortbildning och handledning. Detta därför att den viktigaste aspekten är att, trots olikheterna gällande behov av bostad och stödet kring de konkreta funktionshindren, alltid måste finnas kunskap och erfarenhet att kunna observera tidiga tecken på återinsjuknande. Denna kunskap behöver utvecklas inom socialtjänsten med stöd av och i samarbete med rättspsykiatrin.

*”Rättspsykiatrin bör även tillhandahålla strategier för intervention i syfte att förebygga våld och risksituationer inom vård och omsorg” (SOU 2006:91, s. 17).*

Socialtjänstinsatser i form av boendestöd är frivilliga insatser för den enskilde. Detta kan ibland komplicera för vårdpersonalen i kommunen. Respekt och fokus på den enskildes rätt till medbestämmande är en mycket viktig utgångspunkt. Det kan därför upplevas svårt att förhålla sig till situationer då det uppenbart finns behov av gränssättning, då personen själv inte riktigt kan bedöma vad som är det rätta och därför riskerar att ”fara illa”. Här behöver arbetssätt och rutiner utvecklas och mycket fokus bör läggas på att bygga goda relationer för att kunna nå fram med insatserna till den enskilde. Om lagändringsförslaget ”Tvång i öppen vård” går genom och används med respekt för den enskilde, kan detta komma att underlätta i många situationer. Personer med omfattande behov måste få de stödinsatser som de behöver för att så långt som möjligt undvika återinsjuknande och/eller återfall i brott, både som ett skydd för dem själva och för samhället i stort.

Olika behov kräver olika boendeformer

Behoven av boende och boendestöd har visat sig variera i stor omfattning. Vissa klarar en vanlig lägenhet med boendestöd, medan andra har så omfattande svårigheter att de behöver bostad med särskild service i form av grupp- eller

servicebostad. Oavsett boendeform ska stödinsatser kunna ges i varierande omfattning baserade på individuella behov.

Det finns dock ett mindre antal personer dömda till rättspsykiatrisk vård som inte bedöms kunna flytta till ett boende, trots massiva stödinsatser. Med en mellanvårdsform som inte har så institutionspräglad miljö som en rättspsykiatrisk slutenvårdsavdelning, skulle dessa personer få en ökad livskvalitet. Stödinsatser från socialtjänsten behöver tillföras för att bidra till normalisering. Mellanvårdsformen måste bedrivas av psykiatri, både med anledning av att det finns ett dominerande inslag av behandling och för att vårdformen också omfattar tvångsåtgärder.

Sammanlagt skulle fyra olika boendalternativ och en mellanvårdsform behöva utvecklas:

### **1) Behov av ordinärt boende (så kallad egen lägenhet)**

De personer som kan bo i ordinärt boende och fungerar ganska självständigt i vardagen, ibland med fortsatt stöd från psykiatrins öppenvård, framförallt i form av stödsamtal och hjälp med medicinering. Dessa personer behöver nödvändigtvis inte någon hjälp av kommunens boendestödsverksamhet.

### **2) Behov av ordinärt boende (så kallad egen lägenhet) med stödinsatser från kommun och psykiatri**

De personer som kan bo i ordinärt boende men på grund av sina funktionshinder är i behov av regelbundet stöd i boendet från både kommunens boendestödsverksamhet och psykiatrins öppenvård.

### **3) Behov av bostad med särskild service med dygnet-runt-personal från kommunen**

De med omfattande svårigheter, som inte klarar att bo i eget ordinärt boende utan behöver bostad med särskild service med i stort sett *ständig tillgång till personal med täta stödinsatser* från kommunen. Beroende på funktionshindrets omfattning kan detta vara ett boende enligt SoL eller enligt LSS.

### **4) Behov av bostad med särskild service med dygnet - runt- personal från både kommun och psykiatri**

De med omfattande svårigheter, som inte klarar en bostad med särskild service enligt punkt 3 ovan, utan behöver boende med i stort sett *ständig tillgång till personal med täta stödinsatser både från kommun och från psykiatri*. Beroende på funktionshindrets omfattning kan detta vara ett boende enligt SoL eller enligt LSS. Kommunen har verksamhetsansvaret, varför tyngdpunkten kring resurserna kommer från kommunen.

## 5) Mellanvårdsform

De som trots tillgång till en bostad med särskild service och ständig tillsyn av personal, har sådana sjukdomssymtom eller avsaknad av sjukdomsinsikt, med en uppenbar risk för återfall i brott och inte klarar av att få stödsatser på frivillig basis. En mellanvårdsform med möjlighet till behandling och med inslag av tvång om så behövs, men där rehabilitering och också habilitering från kommunen kan ges. Kommunens medverkan skulle bidra till en normalisering kring den allmänna livssituationen. Psykiatrin har verksamhetsansvaret för behandlingsenheten.

## D) Länsstyrelsen – Ärendegranskning

Under de senaste åren har Länsstyrelsen i Skåne granskat två ärenden gällande personer inom rättspsykiatrins slutenvård som inte har kunnat erhålla boende inom sin kommun. Vid båda tillfällena kunde boendesituationen endast lösas genom externa placeringar. I det ena fallet fanns skäl relaterade till individens behov, medan det i andra fallet berodde på att lämpligt anpassat boende inte kunnat erbjudas i hemkommunen. Det är länsstyrelsens uppfattning att en bättre planering i samverkan mellan kommun och psykiatri måste utvecklas. I yttrandet över Nationella psykiatrisamordnarens promemoria; Öppen vård med särskilda villkor, uttrycker länsstyrelsen bland annat följande;

*”För att personer som vårdas med tvång enligt LPT eller LRV inom den slutna vården ska kunna flytta ut förutsätts ett effektivt och samordnat samhällsstöd från såväl kommun som landsting”.*

## 5. ORGANISATIONSFÖRSLAG BOENDE-PLANERING

Det som framkommit tydligt är att det också finns stora svårigheter att organisera utbyggnadsplaneringen, speciellt för små kommuner med få personer inom den rättspsykiatriska slutenvården. Under arbetet med delprojektet diskuterade delrapportens författare med Boendeprojektets projektledare angående dessa svårigheter. Denna diskussion mynnade ut i följande organisationsförslag. Ett sätt att möta dessa svårigheter och ändå möta de behov som finns skulle kunna vara att centralt inom ett begränsat regionalt område, tillskapa en gemensam boplaneringsorganisation med uppgift att planera boendeverksamheter. Denna verksamhet skulle kunna avlasta kommunerna genom att ”ta över” ansvaret kring utbyggnadsplaneringen. Boplaneringsverksamheten ska också långsiktigt planera för behovet och bedriva utvecklingsarbete, i nära samverkan både med kommuner och med rättspsykiatri.

## Förståelse nödvändigt för förbättring

Organisationens viktigaste grund är att den representeras av både kommun och landsting. En gemensam bild av respektive huvudmans ansvar och kompetensområde måste finnas. Detta ökar kunskapen och förståelsen. När det gäller personer som varit dömda till rättspsykiatrisk vård finns ofta stort behov av samlade stödinsatser. Inget led i vårdkedjan får missas, vilket kräver en tydlig ansvarsfördelning och handlingsplan.

Som framkommit i kartläggningen är stora kostnader förenat med vård och stöd till personer med psykiska funktionshinder som dömts till rättspsykiatrisk vård. Frågan är om dessa medel används mest effektivt? I Skåne externplaceras rättspsykiatrin årligen ca 25-30 personer på vårdhem mot en kostnad på ca 25 mkr. Kommunerna har också stora kostnader för externplacerade personer och för andra lösningar kring socialtjänstinsatser som inte har kunnat planeras på det mest effektiva sättet. Resurserna mellan psykiatri och kommun måste kanske också omdisponeras. Det är också viktigt att framhålla att förutsättningen för att personerna ska kunna lämna den slutna rättspsykiatriska vården och få fortsatt rehabiliteringsstöd i boende, är att rättspsykiatrin kan erbjuda snabb intervention i form av stödåtgärder och/eller inläggning. En gemensam organisation som har helheten kring behoven inom ett begränsat område, skulle bättre kunna tillvarata resurserna, både beträffande kostnader och tillgänglighet.

## Exempel på organisationsmodell (GARP)

GARP står för Gemensamt Ansvar för personer dömda till RättsPsykiatrisk vård och är ett exempel på hur en boplaneringsverksamhet kan organiseras. Tanken är att GARP ska finnas centralt i ett avgränsat geografiskt område och serva kommuner och landsting med boendeplanering och kunskap mm. Till GARP ska kommuner och landsting också kunna vända sig för råd. Därför är det viktigt att organisationen representeras av personer med kompetens både från kommun och från landsting/psykiatri. Respektive kommun ansvarar för utredning och beslut om insats boende-/boendestöd.

Ett nära samarbete kring underlaget för utredningen bör finnas mellan kommunen och rättspsykiatrin, för att på bästa sätt få en gemensam bild av personens funktionshinder och behov av stödinsatser. Därför måste också sekretesshinder undanröjas, som ju är en vanlig invändning till att inte informationsutbyte sker.

## Innehållet i GARP-organisationen

Inom GARP ska utbyggnadsplanering, prognosarbete och behovsinventering göras inom det geografiska upptagningsområdet och avlasta kommunerna från byggprojektering. Här sker också uppföljning och utvärdering av verksamheterna för att få kunskap om förbättringsområden kring boendeformer i relation till behoven. Även vårdtyngden ska bedömas.

Verksamhetsansvaret för boende-/boendestödsverksamheterna har den kommun där boendet/stödet finns. Angränsande kommuner vars kommuninvånare har flyttat in i ett boende har kostnadsansvaret för placeringen och överenskommelse fattas kring detta mellan placerande kommun och mottagande.

Inom GARP finns också en utvecklingsenhet med uppdrag att bedriva kompetensutveckling ute i verksamheterna. Här finns representanter både från kommunen och från psykiatrin. Gemensam fortbildning utformas och ska kunna erbjudas verksamheterna. Bildandet av nätverksgrupper ska operativt ”knyta samman” synsätt och främja samarbete och förståelse mellan kommun och psykiatri.

GARP ska etablera tydligt kontaktnät med redan etablerade verksamheter såsom; rättspsykiatriska klinikerna, socialtjänsten inom kommunerna, öppenvårdsverksamheterna inom både rättspsykiatrin och allmänpsykiatrin, brukar- och anhörigorganisationer samt boende/boendestödsverksamheter.

Finansieringen av GARP-verksamheten kan exempelvis fördelas solidariskt mellan de kommuner och landsting som är berörda. Finansieringen av själva boendebyggnaden bör kunna finansieras inom ramen för dygnskostnadspriset. Detta kan naturligtvis lösas på olika sätt beroende på hur man väljer att finansiera hela GARP-verksamheten.

## Bilaga

