

FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

FoU-rapport 5/2021

Personer med hemmasittarproblematik och autism

**Utvärdering av vuxenhabiliteringens samarbete med
andra aktörer**

Verksamhet:	Vuxenhabiliteringen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
Enhet:	Vuxenhabiliteringen mellersta Skåne
Projektansvarig chef:	Cecilia Nilsson, Enhetschef cecilia.MA.nilsson@skane.se
Projektets medarbetare:	Birgitta Englund, Leg. sjukgymnast birgitta.englund@skane.se
Handledare vid FoU-enheten:	Stine Thorsted, Forsknings- och utvecklingsledare kirstine.thorsted@skane.se
Utgivning:	Augusti 2021
ISBN:	978-91-986060-5-8
Layout:	Kommunikationsenheten

FoUU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom psykiatri och habiliteringen. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoUU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Englund, B. (2021). *Personer med hemmasittarproblematik och autism*. FoU-rapport 5/2021, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

Sammanfattning

Att ha hemmasittarproblematik och autism innebär ett isolerande beteende och ofta även ett dåligt psykisk mående. Det krävs insatser från många olika verksamheter för komma till rätta med problematiken och det är avgörande med en bra samverkan kring patienterna. Syftet är att undersöka hur olika verksamheter som ger stöd till personer med hemmasittarproblematik ser på samarbetet kring målgruppen och hur arbetet skulle kunna förbättras. Metoden är en enkätundersökning som riktar sig till professionella som arbetar med patientgruppen i Skåne och som har samarbetat med vuxenhabiliteringen. Resultaten visar att det ibland finns oklarheter verksamheterna emellan kring vilka insatser som erbjuds. Förebyggande insatser och stöd i övergångar är viktigt för målgruppen och som riskerar att hamna i en hemmasittarproblematik. Vuxenhabiliteringen erbjuder patienter inom målgruppen diagnoskunskap, stöd kring stresshantering och struktur i vardagen. Patienterna behöver ha behov av insatser från vuxenhabiliteringen och vara motiverade till förändringsarbete. Utifrån patientens önskemål och samtycke kan även stöd till närstående erbjudas. För att öka samverkan bör innehållet i insatserna tydligt förmedlas i mötet med patienten och i samverkan.

Förväntad nytta för patienten är mer effektiva insatser genom en större tydlighet och bättre samordning mellan aktörerna som arbetar med målgruppen.

Förord

Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma livskvalitet i livets alla skeden för barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. I samarbetet mellan FoUU-enheten (Forskning, Utveckling, Utbildning) och verksamheterna sker en ständig granskning av nya och rådande metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika insatserna.

FoU-rapporterna syftar till att stödja en evidensbaserad praktik, att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling samt att skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande. Rapporterna utgår från en frågeställning i praktiken som leder till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att redan i ett tidigt stadium påbörja implementeringen. Detta görs genom att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

I detta arbete har samverkan kring personer som varken arbetar eller studerar och som har autism studerats. Projektet har genomförts av leg. sjukgymnast Birgitta Englund vid Vuxenhabiliteringen mellersta Skåne. Forsknings- och utvecklingsledare fil dr Stine Thorsted har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från enhetschef Cecilia Nilsson och t.f. verksamhetschef Petra Bovide. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av FoU-medel.

Vi riktar ett tack till teamledare och kollegor på vuxenhabiliteringens mottagningar i Skåne som har bidragit till att identifiera samarbeten och som har svarat på enkäten samt till de professionella inom andra verksamheter som har svarat på enkätundersökningen. Vi riktar även ett tack till yrkesutvecklarna leg. sjukgymnast Angela Varga, leg. arbetsterapeut Caroline Johansson, leg. psykolog Henrik Persson, leg. hälso- och sjukvårdskurator Linda Werner, leg. logoped Tina Svensson och specialpedagog Lina Brag på vuxenhabiliteringen för kloka synpunkter.

Lund augusti 2021

Daniel Lindqvist
Specialistläkare, docent
Chef för FoUU-enheten
Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	6
1.1 Förekomst av personer med som varken arbetar eller studerar.....	6
1.2 Forskning om personer med hemmasittarproblematik.....	7
1.3 Samverkande insatser till personer med en hemmasittarproblematik.....	10
2. Syfte	10
3. Metod	11
3.1 Beskrivning av studien.....	11
3.2 Materialinsamling.....	11
3.3 Deltagare.....	12
3.4 Analys.....	13
3.5 Etiska överväganden.....	13
4. Resultat	13
4.1 Erfarenheter av att arbeta med målgruppen.....	13
4.2 Samarbetpartners beskrivning av samarbete.....	14
4.3 Vuxenhabiliteringens beskrivning av samarbete.....	16
4.4 Förebyggande arbete.....	17
5. Diskussion	18
5.1 Samverkan med övriga aktörer.....	19
5.2 Vuxenhabiliteringens insatser till målgruppen.....	20
6. Slutsatser	22
Referenser	23
Bilagor	25
Bilaga 1 Formulär om personer som varken arbetar eller studerar med autism.....	25
Bilaga 2 Formulär om samarbete kring vuxna personer som varken arbetar eller studerar med autism.....	26
Bilaga 3 Formulär om samarbete kring vuxna personer som varken arbetar eller studerar med autism.....	28
Bilaga 4 Habiliteringsplanering (Nydiagnostiserad autism).....	29

1. Bakgrund

1.1 Förekomst av personer med som varken arbetar eller studerar

Personer som varken arbetar eller studerar och som befinner sig i utanförskap och isolering över en längre tid har en så kallad hemsittarproblematik. I Sverige fanns 2018 71 000 personer mellan 16 och 29 års ålder som inte arbetade eller studerade. Det innebär att de utgjorde 6,2 % av samtliga unga¹. Gruppen har ökat under den senaste tioårsperioden (Statskontoret, 2019) och Skåne har högst andel ungdomar i landet som varken arbetar eller studerar med drygt 7 % av de 16-24 åriga (Nyberg, 2021). Inom Lunds kommun fanns det 2016 cirka 2200 personer i åldersgruppen 16-29 år som varken arbetade eller studerade (Sohlberg-Intisio och Eliasson, 2020). Generaldirektören för Myndigheten för ungdoms- och civilrättsfrågor Lena Nyberg befarar att andelen ungdomar med hemmasittarproblematik ökar i samband med en kris som den pågående pandemin (Nyberg, 2021).

Personer som varken arbetar eller studerar är en heterogen grupp. Undersökningar visar att gemensamma nämnare är låg utbildningsnivå, utrikesfödda och att de i större utsträckning har funktionsvariationer och/eller lider av psykisk ohälsa än ett genomsnitt av befolkningen (Statskontoret, 2019). Det kan finnas många anledningar till att ungdomar inte arbetar eller studerar. Det kan konstateras att andelen unga med funktionsnedsättning som står utanför studier eller arbete är nästan dubbelt så stor som för unga utan funktionsnedsättning (Statskontoret, 2019). Individer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF), bland dem autism, är generellt överrepresenterade (Statens offentliga Utredningar; SoU, 2016). I rapporten *Vägar framåt* (Utbildningsdepartementet, 2015) konstateras det att ett år utan att ha arbetat eller ha varit i studier ökar risken för att långvarigt hamna utanför arbetsmarknaden.

Sohlberg-Intisio och Eliasson (2020) har inventerat hur det ser ut kring ungdomar som varken arbetar eller studerar i Lund. De kom fram till att det

¹ Det svenska officiella måttet på unga som varken arbetar eller studerar tas fram av Statistiska centralbyrån (SCB) utifrån det av Eurostat definierade måttet NEET (Not in Employment, Education, or Training). Enligt modellen klassificeras en individ till gruppen unga som varken arbetar eller studerar när personen mellan 16 och 29 års ålder under ett helt kalenderår: 1) inte haft inkomster över ett basbelopp (46 500 kr 2019), 2) inte haft studiemedel, varit utbildningsregistrerad eller studerat vid SFI mer än 60 timmar.

fanns en hög andel som var diagnosticerade med NPF. Resultatet i undersökningen visar även att många av ungdomarna i målgruppen mår dåligt och lider av psykisk ohälsa, exempelvis svår ångest. Eftersom personer som diagnosticeras med autism är en växande grupp (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2017) är det viktigt att vara särskilt uppmärksam på denna grupp när man ska ge insatser för att minska social isolering.

1.2 Forskning om personer med hemmasittarproblematik

I föreliggande arbete fokuseras på personer med hemmasittarproblematik som isolerar sig. I den internationella litteraturen har fenomenet hemmasittarproblematik belysts ur olika perspektiv. Vissa forskare (Li och Wong, 2015; Kato m.fl., 2012) utgår från ett kulturellt perspektiv. De anser att det uppstår en hemmasittande livsstil i samband med att engagemang i till exempel digitala ungdomskulturer utvecklas. Andra forskare (Saitō, 2013; Suwa m.fl., 2003; Li & Wong, 2015; Teo m.fl., 2015) har ett socialt perspektiv på fenomenet och beskriver tillbakadragandet som kopplat till samhällsförändringar och svårigheter rörande vuxenblivande. Teo m.fl. (2015) förklarar fenomenet med att den nu unga generationen lever i en ökad ekonomisk trygghet jämfört med tidigare generationer men samtidigt med en hög press på prestation, individuella val och karriär. Detta i kombination med att unga vuxna ofta bor kvar i föräldrahemmet längre än tidigare, har gjort att incitamentet minskat för att ta klivet ut i ett självständigt vuxenliv. I detta avsnitt ligger fokus på personer med autism och på forskning om hur isoleringen kan brytas.

Detta arbete fokuserar på gruppen med hemmasittarproblematik som isolerar sig och som mår psykiskt dåligt och som har autism. Det kan konstateras att det finns brist på forskningsöversikter om effektiva interventioner inom området (SoU, 2016). De studier som finns har begränsad evidens (Mawn m.fl., 2017). En sökning som gjordes i de vetenskapliga databaserna inför föreliggande studie bekräftade detta². De behandlingar som har visat positiv effekt är psykosociala behandlingar och kognitiv beteendeterapi (KBT). I en forskningsöversikt av Maynard m.fl. (2015) framkommer vetenskapligt stöd för interventioner för att minska frånvaro som är relaterad till rädsla och ångestbesvär.

Forskningsöversikten visar att psykosocial behandling förbättrade skolnärvaron. De behandlingar som prövades var primärt KBT som

² Sökorden som användes var *social withdrawal (+autism)*, *not in employment, education or training (NEET)*, *Hikkikomori (and autism)*, *NEET (+autism)*, *NEET*.

riktades till barn, lärare och föräldrar, eller till någon av dessa grupper. I två studier fick barnen psykofarmaka för ångestbesvär. I den intervention som har starkast stöd, KBT, innebär insatsen bland annat att eleven stegvis närmar sig skolmiljön och situationerna som väcker rädsla (SoU, 2016). En svensk studie visar också att för skolungdomar är ett KBT-baserat program ett framgångsrikt behandlingsalternativ (Strömbeck m.fl., 2019).

Den befintliga svenska litteraturen om personer med hemmasittarproblematik handlar oftast om barn och ungdomar och deras skolgång (Skolinspektionen, 2016; Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, 2020; SoU, 2016; Statskontoret, 2019; Utbildningsdepartementet, 2015). I forskningen om frånvaro i skolan skiljer man mellan "skolvägran" och "ströfrånvaro". Det har framkommit att skolvägran sker över längre sammanhängande perioder och är något som föräldrarna oftast känner till. Ströfrånvaro däremot är ofta betingad av skolk dolt för föräldrarna och sker mer sporadiskt. Det har visat sig att en elev som skolkar oftare uppvisar beteendeproblem och en sämre förmåga att prestera i skolan, medan en elev med hemmasittarproblematik oftare presterar väl i skolan. Däremot är det vanligare med emotionella svårigheter i denna grupp (Strömbeck m.fl., 2019).

I rapporten *Saknad! Uppmärksamma elevernas frånvaro och agera* (SoU, 2016) framhävs att när det gäller personer med autism är det inte funktionsnedsättningen i sig som leder till skolfrånvaro. Det är däremot en kombination av funktionsnedsättningen och bristen på omgivningens förståelse, anpassning och stöd som är problemet. Det framkommer även i rapporten att många elever med NPF och omfattande frånvaro rapporterar bristande anpassning av undervisningen och skolsituationen till den specifika funktionsnedsättningen. Autism- och Aspergerförbundet (Riksförbundet Attention; 2016) genomförde en undersökning som visade att nästan hälften av medlemmarna angav att deras barn hade varit frånvarande på grund av annan orsak än sjukdom eller beviljad ledighet under det senaste läsåret. De vanligaste orsakerna som angavs var bristande autismkompetens hos personalen, bristande anpassning av skolmiljön samt bristande stöd i lärsituationer och i sociala situationer (SoU, 2016; 52). Även Ekstrand (2015) kopplar hemmasittarproblematiken för personer med NPF till brist på tydlig struktur och förutsägbarhet i skolmiljö. Suwa m.fl. (2003) kommer i sin studie fram till att individer med hemmasittarproblematik ofta inte kan redogöra för vad som utlöst det sociala tillbakadragandet. Ofta rör det sig om motgångar som kan betraktas som normala men som för individen blir avgörande för beteendet. Sohlberg- Intisio och Eliasson (2020) beskriver att gruppen ungdomar med en NPF diagnos ofta mår dåligt då de antingen har varit

ständigt understimulerade eller överskattade. Detta kan skapa svårigheter att följa med i undervisning och att slutföra arbetsuppgifter i skolan. Ofta ses en ojämn begåvningsprofil som ger utmaningar i att anpassa uppgifter till en lämplig nivå.

Forskningen (t.ex. Saitō, 2013; Wong, 2009) visar att det krävs omfattande insatser för att det sociala tillbakadragandet ska kunna brytas, detta på grund av hemmasittarproblematikens komplexitet och personens ofta minimala kommunikation med omvärlden. Det förekommer svårigheter kring att initiera behandling av de problem som orsakar eller bidrar till isolering. De drabbade saknar ofta tron på att något skulle kunna förändras, vilket leder till en låg motivation till att inleda ett förändringsarbete. Trots en önskan om att bryta de isolerande mönstren, förmår den drabbade inte att lämna hemmet (Andersson, 2016). Saitō (2013) beskriver att det ofta tar lång tid innan professionella involveras. Det är sällan att individen själv söker stöd. När det gäller ungdomar är det många gånger närstående som söker stöd för den unges räkning (Saitō, 2013; Kondo m.fl., 2013; Wong, 2009).

Det sociala tillbakadragande som förekommer i hemmasittarproblematiken beskrivs av Saitō (2013) som en ond cirkel där familjedynamiken och relationerna familjemedlemmarna emellan kan bidra till att bibehålla invanda beteenden. Saitō (2013) anser att det är kommunikationen i de tre systemen *individ*, *familj* och *samhälle* som tillsammans håller kvar eller förvärrar individens tillstånd. Detta beror enligt författaren på att det ofta saknas en kommunikation mellan respektive system. Familjen och samhället riktar sig till individen med råd, krav och uppmaningar och ibland även försök till samtal. Individen förmår då inte att ta emot det som sägs och omgivningen upplevs som stressande och påträngande.

Utifrån forskning och beprövad erfarenhet kan det konstateras att det behövs ett långsiktigt arbete för att bryta ett isolerande beteende för personer med hemmasittarproblematik. Litteraturen om personer med hemmasittarproblematik handlar oftast om barn och ungdomar. Det finns belägg för att barn och ungdomar med autism har större risk att få en hemmasittarproblematik. Det kan finnas en viss överförbarhet av resultaten till unga vuxna och vuxna, inte minst när det gäller personer med autism. Funktionsnedsättningen och dess konsekvenser behöver uppmärksammas. Det krävs stöd och psykosociala insatser både till personen med hemmasittarproblematik och till närstående.

1.3 Samverkande insatser till personer med en hemmasittarproblematik

SoU (2016:94) och Statskontoret (2019) efterfrågar fungerande samverkansmodeller mellan relevanta aktörer när det gäller unga individer med problematik kring hemmasittande. Skolinspektionen betonar att ett väl fungerande samarbete mellan skola och föräldrar kan vara avgörande, liksom samarbete med BUP och socialtjänsten (Skolinspektionen; SoU, 2016).

2015 tog regeringen ett beslut om att det skall finnas en strategi för att stärka ungas förutsättningar på arbetsmarknaden. Strategin fokuserar bland annat på en ökad samverkan, en ökad förståelse av de ungas utmaningar och behov samt individuellt riktade insatser utifrån de ungas förutsättningar. I strategin betonas vikten av ett individuellt och samordnat stöd (Utbildningsdepartementet, 2015). Det finns initiativ på lokal nivå i Skåne, exempelvis Com Ung i Lund.

Förekomsten av autismdiagnoser har ökat hos vuxna och barn i Sverige (Landén, 2021) och patientgruppen har även ökat på vuxenhabiliteringen. Även om personer med hemmasittarproblematik och autism utgör en mindre del av gruppen patienter med autism visar erfarenheten att problematiken förekommer regelbundet inom verksamheten, och att det är en målgrupp som har ofta komplexa och omfattande behov av stöd.

Denna FoU-rapport handlar om patienter med diagnosen autism och hemmasittarproblematik. I rapporten fokuseras på vuxna personer som drar sig tillbaka då de upplever svåra sociala eller psykiska problem som hindrar dem i att arbeta eller studera. Utgångspunkten är hur vuxenhabiliteringen utifrån sitt uppdrag kan bidra till samarbetet.

2. Syfte

Syftet är att undersöka hur olika verksamheter som ger stöd till personer med hemmasittarproblematik ser på samarbetet kring målgruppen och hur arbetet skulle kunna förbättras.

3. Metod

3.1 Beskrivning av studien

Studien bygger på en enkätundersökning till professionella inom vuxenhabiliteringen och dess samverkanspartners.

3.2 Materialinsamling

Innan studien genomfördes en inventering av vilka aktörer vuxenhabiliteringen samarbetar med kring personer med hemmasittarproblematik och autism. Inventeringen gjordes utifrån samtal med vuxenhabiliteringens yrkesutvecklare. I samtalen identifierades sju centrala aktörer för samverkan kring målgruppen. Dessa är 1) kommun (socialpsykiatri, ekonomisk bistånd, LSS och socialtjänst), 2) vuxenhabilitering, 3) gymnasieskola, lärcentrum, folkhögskola, 4) vuxenpsykiatri, 5) arbetsförmedling, 6) närstående via brukarföreningar och 7) primärvård.

Deltagare i studien identifierades i två steg. I första steget kontaktades vuxenhabiliteringens elva teamledare på verksamhetens sex lokala enheter i Skåne för att besvara ett formulär (Bilaga 1). Tio av elva teamledare inom vuxenhabiliteringen kontaktades i inventeringen, då en teamledartjänst var vakant. En teamledare kunde inte svara då målgruppen inte förekom inom hennes team. Svar inkom från övriga nio teamledare.

Formuläret innehöll frågor om vilka personer inom de sju identifierade aktörerna de hade haft framgångsrika samarbeten med kring målgruppen och en fråga om antal patienter på enheten som var hemmasittare och som hade autism och psykisk ohälsa. 32 professionella och representanter för närståendeföreningar identifierades på detta vis.

I ett andra steg kontaktades dessa personer. Det skedde via mejl under våren 2020. Kontakten med lokala patientorganisationer (Attention och Autism- och Aspergerförbundet) gjordes ibland via föreningens mejladress och ibland via en personlig mejladress till ordförande i lokalföreningarna. Formulär gjordes till medarbetare inom vuxenhabiliteringen (Bilaga 2), närstående och medarbetare utanför verksamheten (Bilaga 3).

I studiens har det dels gjorts ett ändamålsenligt urval (Jupp, 2006) för att identifiera personer som hade kunskap om frågan och dels ett urval för att uppnå geografisk spridning på svaren. Givet urvalet ger svaren ingen representativ bild av hur professionella inom relevanta verksamheter i Skåne arbetar med personer med hemmasittarproblematik och autism. Det

var tydligt att de som besvarade formuläret var engagerade i frågan. De gav ofta fylliga svar och tog även upp frågeställningar som inte framkommit i formuläret. Flera deltagare erbjöd sig även spontant att ställa upp på en intervju.

3.3 Deltagare

32 personer tillfrågades om de ville delta i studien. Efter två påminnelser inkom svar från 14 personer³, vilket motsvarar 44 %. Nio svar inkom från kommunala verksamheter och fem från regionala. Svaren från kommunerna fördelade sig enligt följande: sju från kommunalt aktivitetsansvar/ arbetsmarknadsförvaltningen, två från daglig verksamhet/LSS. Kommunerna som representeras i studien är Ängelholm, Helsingborg, Kävlinge, Lund, Staffanstorp, Vellinge, Hässleholm och Bjuv.

Svaren från regionens verksamheter fördelade sig enligt följande; tre svar från vuxenhabiliteringen och två från vuxenpsykiatri. Enheterna inom vuxenhabiliteringen som representerades är Malmö och Hässleholm/Kristianstad. Inom vuxenpsykiatri representerades enheterna Ängelholm och Lund.

Ambitionen var att utifrån inventeringen få en bred bild av området genom att få med alla sju tilltänkta samarbetspartners och intressenters beskrivningar. Detta har inte varit möjligt då svar inte inkommit från representanter från patient- och närståendeföreningar eller från primärvård. Representanter från primärvården kontaktades även via telefon och uppgav då att de inte arbetade med målgruppen. Detta kan ses som en indikation på att alla relevanta verksamheter inte arbetar med problematiken kring personer som varken arbetar eller studear och som har autism.

Beskrivningar från representanter för närstående ansågs som särskilt betydelsefulla för studien och intresseförfrågan kring deltagare gjordes även av Psykiatri, habilitering och hjälpmedelsförvaltningens brukarinflytandestrateg i förvaltningens brukarråd. Trots upprepade försök identifierades inte någon representant från närstående.

³ En svarade på frågorna via telefon.

3.4 Analys

En tematisk analys har gjorts av materialet.

3.5 Etiska överväganden

Deltagarna i enkätundersökningen fick information om hur de valts ut för deltagande och om syftet med undersökningen. De fick även veta att det var frivilligt att delta i studien, att svaren hanterades konfidentiellt och att de var anonyma i FoU-rapporten. För upprätthålla anonymiteten i undersökningen gentemot vuxenhabiliteringen stod FoUU-enheten för utskick och mottagande av svar. Inga uppgifter om patientärenden ingick i frågorna.

4. Resultat

I detta kapitel beskrivs först vilka utmaningar professionella upplever och vilka erfarenheter de har av att arbeta med målgruppen. Därefter beskrivs hur olika verksamheter ser på arbetet och samarbetet kring målgruppen och hur det kan förbättras. Slutligen beskrivs behovet för förebyggande arbete.

4.1 Erfarenheter av att arbeta med målgruppen

Svaren från formulären visar att det finns stora utmaningar i arbetet kring personer med hemmasittarproblematik och autism. En utmaning är att det inte är givet att individen önskar att bryta sin isolering och påbörja aktivering:

Gruppen är svår eftersom mycket bygger på patientens frivillighet.

Deras [målgruppens] motivation är minimal och samhället bygger på den enskildes egen vilja.

De närstående beskrivs som viktiga för ungdomen:

Om inte föräldrar hade ställt upp som de gör hade de inte haft tak över huvudet, kläder på kroppen och mat i magen.

Det finns även utmaningar kring att möta de närståendes önskemål:

Ofta förekommer konflikter med anhöriga, svårt att möta allas frustration.

Utmaningar som beskrivs är att patienten med hemmasittarproblematik inte alltid önskar att få behandling eller insatser

och att föräldrarna ofta är de som driver frågan om förändring och att det kan vara svårt att komma till en överenskommelse om vilken förändring som behövs. Det beskrivs vidare att problemen exempelvis kan uppstå i övergången när en ungdom har avslutat gymnasiet:

Ofta behövs ett stöd i oron för att komma vidare, för att bli vuxen. Det kan ha fungerat bra under skoltiden men det blir svårt när det tydliga i tillvaron försvinner.

I materialet ges även förslag på hur samtliga aktörer utifrån deras uppdrag kan arbeta med målgruppen. Insatserna som nämns är KBT-insatser. Samverkan med närstående och instanser med aktiveringsansvar (exempelvis kommunalt aktivitetsansvar - KAA) beskrivs som viktigt. Det beskrivs även som viktigt att kunna erbjuda meningsfull aktivitet och att stödpersoner finns (kontaktpersoner, ledsagare, boendestöd, coacher etc). Stöd till närstående och fokus på övergångarna i livet för unga personer med autism beskrivs även som avgörande.

Arbetsätten som beskrivs som användbara i arbetet med patienter med hemmasittarproblematik är:

- kartlägga problemen
- arbeta stressförebyggande
- arbeta med individens självkänsla
- inte ha för många och för stora krav på individen
- initialt ha ett nära samarbete med individen där en allians etableras
- stötta individen i att lösa praktiska problem (busskort, tvätt eller skor) för att förhindra avbokningar

Erfarenheterna av att arbeta med målgruppen visar att det finns stora utmaningar och det även finns många förslag på hur arbetsätten generellt kan se ut. Arbetsätten som olika aktörer väljer behöver såklart överensstämma med det uppdrag som verksamheten har.

4.2 Samarbetpartners beskrivning av samarbete

Svaren från deltagare från kommuner och vuxenpsykiatri visar att det efterlyses en tydligare information kring vad som ingår i vuxenhabiliteringens uppdrag kring personer med hemmasittarproblematik och autism för att kunna samverka effektivt. Vuxenhabiliteringens hemsida upplevs inte som tillräcklig för att ge information om vad som kan erbjudas gällande patientgruppen. En deltagare skriver bland annat: "Vi hade uppskattat en bättre insikt i vuxenhabiliteringens mål, metoder och aktiviteter."

Handledning kring autism och mer kunskap om vilket stöd vuxenhabiliteringen kan erbjuda efterfrågas.

Vi har ett behov av att öka kompetensen kring personer som varken arbetar eller studerar och som har autism. Framförallt i form av att se på vilka styrkor som det går att fokusera på och vilka sidor som behöver ytterligare stöd samt hur vi kan arbeta kompenserande för individen.

En återkommande fråga är gränsdragningsproblematiken och nödvändigheten av flexibilitet när det gäller samarbetet kring målgruppen:

Psykiatrin tolkar säkert många symtom som normala utifrån patientens funktionshinder där rehabiliteringen många gånger tolkar det som psykiatriska symtom och inte tycker att uppdraget är deras. I dessa fall så hamnar patienten mellan stolarna, patienten blir lidande och samarbetet är obefintligt.

Jag önskar ibland att man kunde resonera kring om hur problematiken ser ut, utan att det blir gränsdragningsproblem.

Medarbetare inom psykiatrin menar att istället för att försöka avgöra vilken av verksamheterna som ska arbeta med patienten bör det pågå ett samtidigt arbete inom psykiatri och rehabilitering. Rehabiliteringen skulle behöva finnas kvar i systemet även i perioder när en mer akut psykiatrisk problematik blir tydlig.

Parallella spår – det är inte fördelaktigt att alltid behöva vänta in en process för att kunna förflytta sig på ett annat plan. Ofta kan man köra på flera spår samtidigt och dessa påverkar då varandra positivt. Klara processer och att minska på väntetid mellan aktiviteter – risken att en person tappar motivation när processer stannar upp eller blir för individen otydliga är alldeles för stor annars.

Habilitering och psykiatri skulle behöva ha avstämningsmöte kontinuerligt för att kolla om gemensamma patienter får det som dom behöver.

När de professionella som ska ge stöd har brist på kunskap om autism uppstår det enligt respondenten nedan problem.

[...] där autismen är det sekundära problemet tar man inte hänsyn till den funktionsnedsättningen på samma sätt. Med det menar jag om personen har ett pågående missbruk eller befinner sig i en behandling för detta. Då är det missbruket som man fokuserar på och inte hur autismen kan påverka planeringen framåt.

Ett önskemål från Vuxenpsykiatrien är att patienterna i målgruppen ska få stöd med aktivering och att möjligheten att göra hembesök utnyttjas i större utsträckning.

Representanterna för de olika verksamheterna upplever att följande har fungerat bra i samarbetet med vuxenhabiliteringen:

- Det har funnits en tydlighet, ett engagemang och en flexibilitet.
- Flerparts-/SIP-möten där brukaren har varit i centrum
- Expertisstöd åt klient och nätverk

Representanterna för de olika verksamheterna upplever att följande har fungerat dåligt i samarbetet med vuxenhabiliteringen:

- Väntetiderna är för långa
- Insatserna till målgruppen är ojämna
- Kontakterna är för glesa
- Beslut fattas för snabbt
- Det görs inte uppföljning kring individen

Det lyfts även att professionella på grund av patientsekretessen inte kan identifiera vilka individer som redan får stöd av vuxenhabiliteringen.

Det ojämna samarbetet med vuxenhabiliteringen beskrivs i följande citat. "Det som är sämst är att det blir så personberoende hos habiliteringen. Det blir mer en fråga om vem man träffar än om vilken yrkesroll den har eller hur patientens problem ser ut".

Deltagarna beskriver både samarbeten som har fungerat bra och dåligt. Samarbetet kan utvecklas utifrån önskemålen om stöd från vuxenhabiliteringen. Det handlar om att samarbetspartners får mer kunskap och en tydligare information om vuxenhabiliteringens arbete med målgruppen, mer kunskap om diagnosen autism, en ökad flexibilitet i samarbetet, jämnare insatser oberoende av vem patienten träffar och en ökad kontinuitet och uthållighet. Möjligheten till anhörigstöd efterfrågas för att eventuellt öka förståelsen för vad som ligger bakom svårigheterna.

4.3 Vuxenhabiliteringens beskrivning av samarbete

Medarbetare inom vuxenhabiliteringen beskriver samarbetet med övriga verksamheter enligt nedan. Det beskrivs som positivt när:

- det finns uthållighet i arbetet
- anhöriga är involverade
- samarbetet initieras snabbt

Arbetsområden som anses prioriterade kring patientarbetet är en målsättning om en meningsfull fritid och fysisk aktivitet. Det beskrivs som viktigt att arbeta med patientens motivation och att förbereda patienten på vad som planeras och syftet med dessa insatser. Det beskrivs även av vuxenhabiliteringens representanter som viktigt med förtydliganden kring vad som görs och varför.

4.4 Förebyggande arbete

Li och Wong (2015) framhåller vikten av att kunna förebygga hemmasittarproblematiken. Behovet av förebyggande insatser lyfts även i svaren från både vux och andra verksamheter. Det handlar om att:

- identifiera och kartlägga individer i riskzonen och ge stöd tidigt
- använda mer av det gemensamma verktyget mellan region och kommun "mina planer" för att individen ska slippa att ha alltför många möten
- ha kännedom om risker för isolering för individen vid exempelvis avslutande/påbörjande av ny sysselsättning
- se över alternativa skolformer och arbete för att förhindra avhopp under gymnasiet
- förebygga stress i skola och arbetsliv
- ha assistent/kontaktperson i skola och i arbetsliv
- anpassa skolmiljö och arbetsmiljö efter individens behov
- samverka med närstående

Sammanfattningsvis visar resultaten att alla verksamheter efterfrågar samverkan kring målgruppen och att det finns brist på tydlighet kring vem som gör vad. Det efterfrågas även en rutin kring att alltid fråga om samtycke och initiering av samarbete med kommunen för att med snabba insatser kunna komplettera varandra. Det framgår att vuxenhabiliteringens insatser kan tydliggöras gentemot andra verksamheter. Det framkommer även att anpassning till individens behov utifrån diagnosen redan tidigt behövs och att relevanta verksamheter bör vara uppmärksamma på barn och ungdomar som har ett riskbeteende och särskilt vid kritiska övergångar i livet. Verksamheternas stöd behöver tydliggöras i samarbetet kring målgruppen.

5. Diskussion

Litteraturgenomgången visar att litteraturen om personer med hemmasittarproblematik och autism främst beskriver problemet med elevers frånvaro i grundskolan (Skolinspektionen, 2016; Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, 2020; SoU, 2016; Statskontoret, 2019; Utbildningsdepartementet, 2015). Det saknas däremot litteratur om vuxna med hemmasittarproblematik samt om effektiva interventioner och samarbeten mellan verksamheter för denna målgrupp.

I undersökningen framkommer det att det finns svårigheter kring samverkan kring målgruppen och att målgruppen generellt är svår att arbeta med. Det återges både lyckade och mer problematiska samarbeten. Kvalitén på samarbetet beskrivs generellt som ojämn. Det framkommer även att samarbetspartners ibland har en oklar uppfattning om vuxenhabiliteringens uppdrag. Undersökningen visar även att det finns ett behov av en ökad kunskap mellan verksamheterna gällande struktur och uppdrag för att rollerna skall bli tydligare, både gentemot patient och närstående och även berörda verksamheter emellan. Problembeskrivningarna i resultatet bekräftar på så vis det som lyfts i forskningen kring utmaningarna med målgruppen och behovet av samverkan.

Undersökningen har sina begränsningar. Den bygger inte på ett representativt urval, utan de som svarar har valts ut för att det redan finns samarbeten mellan vuxenhabiliteringen och verksamheterna de representerar. Det innebär att problemen kring brist på samarbeten kan antas vara större än vad som framgår i detta arbete. Alla verksamheter som bjöds in för att de borde arbeta med målgruppen är inte heller representerade i undersökningen. Det indikerar att alla verksamheter inte är uppmärksamma på målgruppen.

I formuläret till teamledarna vuxenhabiliteringens enheter fanns en fråga om hur många hur många patienter som teamet stödjade som uppskattades ha hemmasittarproblematik. Endast enstaka svar inkom på frågan och dessa har därför inte redovisats.

De professionella som svarade på formuläret om samverkan svarade rikligt även på frågorna med öppna svarsalternativ. Det fanns många överlappningar i svaren på de olika frågorna och materialet blev omfattande. För att göra resultaten överblickbara har svaren summerats och relativt få citat har använts. Enstaka frågor som t.ex. vilket stöd verksamheten gav till målgruppen blev för omfattande att redovisa.

I följande avsnitt beskrivs vad som är viktigt i samarbetet kring målgruppen med utgångspunkt i resultaten av undersökningen.

5.1 Samverkan med övriga aktörer

Personer med hemmasittarproblematik och autism som har ett isolerande beteende och dåligt psykiskt mående får ofta insatser från många olika verksamheter. Det finns många vårdkontakter och ofta parallellt pågående insatser. Det är värdefullt att i ett tidigt skede ha en planering för samordnad individuell plan (SIP) för att säkerställa att olika aktörer tillsammans med individen arbetar mot samma mål. Det bör i SIP:en finnas en tydlig målformulering som man kan arbeta mot utifrån patientens skiftande motivation och behov. Det är också viktigt att utvärdera mål kontinuerligt för att kunna tydliggöra resultat av utförda insatser och för att träffsäkert kunna formulera behovet av fortsatta insatser. Om det finns en välfungerande samordning kring patienten verksamheter emellan, blir det också lättare att få en tydlighet i när medgivande från patienten krävs för att patientsekretessen skall efterlevas på ett patientsäkert sätt. När behandlare från olika verksamheter tillsammans med patienten känner till de olika insatserna, blir det tydligare när verksamhetsövergripande samarbeten behövs för att underlätta arbetet och det blir möjligt att samarbeta kring en gemensam målformulering.

Det är ofta psykiatrins och habiliteringens insatser som pågår samtidigt. Patienterna kan behöva vård för till exempel depression, ångest och missbruk inom psykiatrin. Samtidigt pågår insatser på habiliteringen med diagnoskunskap, hur man kan förebygga stress och förbättra vardagsstruktur. Det kan vara viktigt att habiliteringen finns kvar i samarbetet vid försämrad psykisk hälsa och fortsätter arbeta med grundproblematiken, det vill säga de utmaningar som har med autismdiagnosen att göra. Det kan också vara så att patienten först måste må bättre innan man kan tillgodogöra sig habiliteringens insatser.

En ständig utmaning i arbetet med personer i målgruppen är deras brist på motivation till förändring. I perioder av försämrat psykiskt mående (och ett ökat behov av insatser från psykiatrin) kan motivationen till förändring vara ännu svårare att uppbåda för patienten. I dessa perioder är behovet av samverkan mellan verksamheterna viktigt för att bibehålla en tydlighet inför patienten gällande målformulering och arbetssätt. Om patienten samtycker kan det i dessa perioder också vara av värde att öka samarbetet med omgivningen.

Det framkommer i svaren i undersökningen att det finns behov av att arbeta flexibelt kring denna målgrupp. Det kan i perioder behövas insatser

från flera olika verksamheter och flexibiliteten kan handla om att anpassa tempot i insatserna till patienten. Om patienten upplever att tempot är för högt eller att insatserna är felriktade, finns det en risk för att patienten upplever ett misslyckande och att möjligheten till en god allians mellan professionella och patient försämras.

Det framkommer i undersökningen kritik mot väntetider. Det kan vara relevant att betona att Vuxenhabiliteringen under de senaste åren har uppfyllt vårdgarantin. I de fall det är möjligt och behov funnits, är ambitionen att agera med insatser snabbare än vad vårdgarantin kräver.

5.2 Vuxenhabiliteringens insatser till målgruppen

Personer med hemmasittarproblematik och autism utgör endast en liten del av gruppen av personer med autism. Målgruppen har stora behov av stöd. Erfarenheten visar att en begynnande hemmasittarproblematik ofta uppmärksammas av professionella inom det kommunala aktivitetsansvaret efter avslutad grundskola. Efter att gymnasiet har avslutats kan det vara försörjningsfrågan och aktivitetsansvaret som leder till att ett samarbete påbörjas kring individen.

För att en individ skall få tillgång till vuxenhabiliteringens insatser krävs en diagnos som ger varaktiga funktionsnedsättning och som skall ha uppkommit före 17 års ålder. Efter diagnosticering och inkommen remiss (egenanmälan eller remiss från utredande enhet) kallas patienten till ett nybesök hos vuxenhabiliteringen. Det kan också vara så att patienten haft en autismdiagnos sedan tidigare och att det inkommer en egenanmälan där patienten (ofta med stöd från anhöriga) önskar stöd kring vardagliga utmaningar i aktivering och motivation. Det är främst aktörer med aktivitetsansvar och som är boendestöd som ansvarar för detta. Habiliteringen kan ge stöd till de kommunala aktörerna i individuella ärenden.

En person med autism och hemmasittarproblematik är inte alltid diagnosticerad när det isolerande beteendet uppstår. Neuropsykiatriska utredningar initieras ibland först när individen nått vuxen ålder och när en problematik med utanförskap och hemmasittande blivit tydlig. Det är av stort värde att det finns en kunskap om hur olika diagnoser kan yttra sig på det individuella planet. Det ökar chansen att de professionella som individen möter genom exempelvis kommunala insatser kan rekommendera insatser från sjukvården som vid behov kan leda vidare till en neuropsykiatrisk utredning. Preventivt arbete där inblandad personal har grundläggande kunskap kring NPF är mycket värdefullt. En uppmärksamhet på och kunskap om att personer med autism kan utveckla

hemmasittarproblematik är viktigt i det preventiva arbetet. Denna kunskap bör finnas hos alla de aktörer som arbetar med målgruppen.

Beprövad erfarenhet visar att det ofta är anhöriga till en person med autism och hemmasittarproblematik som söker stöd, inte individen själv. För att kunna starta ett vårdåtagande i sjukvården måste patienten från 18 års ålder själv vara den som söker vård. Individen måste också godkänna att närstående tar del av information och insatser i ärendet om det blir aktuellt. De anhöriga spelar en viktig roll och de behöver ofta också stöd själva för att underlätta för individen med autism att ta sig ur sin isolering. Utmaningen för de närstående handlar ibland om att stötta individen med autism på ett nytt och kanske mindre kravfyllt sätt.

Familjen kan även behöva stöd i hur den kan bemöta och kommunicera med sina vuxna barn för att hjälpa dem att ta sig an rollen som vuxna och den separation från det vuxna barnet som en ökad autonomi och självständighet innebär. För att nå framgång i insatserna behövs en ökad kunskap kring diagnosen autism generellt och kring individens utmaningar specifikt. Erfarenheten visar att både patient och närstående har nytta av en ökad diagnoskunskap. En ökad kunskap om diagnosen kan tydliggöra inom vilka områden som svårigheterna finns och leda till större förståelse av hur förändringsarbetet kan ske. Om patienten gärna vill ha stöd men tillfälligt saknar motivation och kraft till förändringsarbete kan insatser i dessa perioder riktas mer till närstående, exempelvis genom att erbjuda anhörigstöd i grupp eller individuellt och/eller diagnosutbildning för närstående. Kommunens anhörigstöd kan vara en resurs för närstående om personen med hemmasittarproblematik inte vill ha insatser från habiliteringen.

Om personen med hemmasittarproblematik önskar insatser från vuxenhabiliteringen kring sin hemmasittarproblematik och autism kan habiliteringen påbörjas. Insatserna utgår alltid från en kartläggning. I denna ringas patientens styrkor och svagheter in och behov och utmaningar identifieras. Härmed kan det bli tydligt vad som kan motivera patienten till en förändring. Enligt autismflödesmodellen "nydiagnosticerad autism" (Bilaga 4) som används vid nybesök på vuxenhabiliteringen finns en grundplanering som innefattar utbildning och stöd till patient och till anhöriga, under förutsättning att patienten godkänner att anhöriga inkluderas i arbetet. Det är av stor vikt att en bedömning görs tidigt kring vilken form av stöd som bäst når individen och att en målformulering sker där patienten är delaktig. Målformuleringar som upplevs som felriktade eller svårförståeliga försvårar förutsättningarna för en allians mellan vårdgivare och patient och ger försämrade förutsättningar för framgångsrik

habiliteringsinsats. Under arbetets gång är det viktigt att löpande följa upp formulerade mål.

Patienten har ofta själv svårt att från början formulera inom vilka områden de egna svårigheterna finns. Med en ökad kunskap om diagnosen kan det bli tydligare hur autismdiagnosen påverkar den egna situationen.

Diagnoskunskap är av stor vikt för att kunna sortera ut vika individuella mål som kan sättas för förändring. Känslan av att tillvaron är övermäktig, att det är så mycket som behöver förändras att man inte ser någon möjlighet till att komma igång, är vanlig i denna målgrupp. Digitala insatser där individen i sin hemmamiljö kan få exempelvis samtalsstöd och arbeta med struktur kan vara ett bra arbetssätt i början för att minimera risk för uteblivanden och svårigheter att nå uppsatta mål.

Sammanfattningsvis erbjuder vuxenhabiliteringen följande insatser som förutsätter att patienten har behov av insatsen och är motiverad till en förändring i sin vardag::

- diagnoskunskap
- stöd kring stresshantering
- struktur i vardagen

Insatserna kan både ges på på vuxenhabiliteringen, i hemmet och digitalt beroende på önskemål och behov. Utifrån patientens önskemål och samtycke kan även stöd till närstående erbjudas.

Desustom ges handledning till personal på boende eller daglig verksamhet kring enskilda patienter vid behov.

Insatserna som erbjuds bör förmedlas tydligt gentemot patienten och i samverkan.

6. Slutsatser

Vuxenhabiliteringen erbjuder patienter inom målgruppen diagnoskunskap, stöd kring stresshantering och struktur i vardagen. Patienterna behöver ha behov av insatser från vuxen-habiliteringen och vara motiverade till förändring i sin vardag. Vuxenhabiliteringens insatser upplevs inte alltid som tydliga för samverkanpartners. Samverkan kring målgruppen kan utvecklas genom en ökad tydlighet kring insatsernas innehåll gentemot patient och i mötet med samverkanspartners.

Referenser

Andersson, S. (2016). *Att se sin plats bland andra – långvarigt socialt tillbakadragande hos unga vuxna*. Examensarbete Psykologprogrammet. Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Stockholms läns landsting (2017). *Autismspektrumtillstånd och ADHD bland barn och unga i Stockholms län: Förekomst i befolkningen samt vårdsökande under åren 2011 till 2016. Faktablad 2017:1*.

Ekstrand, B. (2015). What it takes to keep children in school: a research review. *Educational review*, 67(4), 459-482.

Jupp, V. (2006). *SAGE Dictionary of Social Research Methods* [Elektronisk resurs]. Sage Publications.

Kato, T., Tateno, M., Shinfuku, T., Fujisawa, D., Teo, A.R. & Sartorius, N. (2012). Does the Hikikomori syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1061-75.

Kondo, N., Sakai, M., Kuroda, Y., Kiyota, Y., Kitabata, Y. & Kurosawa, M. (2013). General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centers. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 79-86.

Landén, M. (2021). Varför ökar diagnosen autism? *Modern psykologi*, 4, 44-50.

Li, T.M.H. & Wong, P.W.C. (2015). Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 595-609.

Maynard, B. R., Brendel, K.E., Bulanda, J.J., Heyne, D., Thompsen, A. & Pigott, T.D. (2015). Psychosocial interventions for school refusal with primary and secondary students: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 2015:12.

Mawn, L., Oliver, E.J., Akhter, N., Bamba, C.L., Torgerson, C., Bridle, C. & Stain, H.J. (2017). Are we failing young people not in employment, education or training (NEETs)? A systematic review and meta-analysis of re-engagement interventions. *Systematic Reviews*, 6:16

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällefrågor (2020). *Ett långvarigt utanförskap*.

Nyberg, L. (10 mars 2021). Skåne är det län som har högst andel unga som varken arbetar eller studerar. Sydsvenska dagbladet. Del A.

Saitō, T. (2013). *Hikkikomori – Adolescence without end*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Skolinspektionen (2016). Omfattande ogiltig frånvaro i Sveriges grundskolor. Skolinspektionen 2015:2855.

Sohlberg-Intisio, A. & Eliasson, E. (2020). *USB – En kartläggning av UVAS, med fokus Unga med Särskilda Behov i Lunds kommun*. Finsamprojekt, Lunds kommun.

Statskontoret (2019). *Utvärdering av strategin för unga som varken arbetar eller studerar. Slutrapport*. Stockholm: Statskontoret.

Statens offentliga Utredningar (2016). *Saknad! Uppmärksamma eleverns frånvaro och agera* (SoU 2016) Stockholm: Statens offentliga utredningar.

Strömbeck, J., Palmér, R., Lax, I.S., Fäldt, J., Karlberg, M. & Bergström, M. (2019). *Utfall av ett KBT-baserat behandlingsprogram för hemmasittare. Utvärdering av Magelungens hemmasittarprogram (HSP) 2012-2018*. Stockholm: Magelungen.

Suwa, M., Suzuki, K., Hara, K., Watanabe, H. & Takahashi, T. (2003). Family features in primary social withdrawal among young adults. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(6), 586-594.

Teo, A.R., Fethers, M.D. Stufflebaum, K., Tateno, M., Balhara, Y., Choi, T.Y. & Kato, T.A. (2015). Identification of the Hikkikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Social Psychiatry*, 61(1), 64-72.

Utbildningsdepartementet (2015). *Vägar framåt – strategi för unga som varken arbetar eller studerar*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Wong, V. (2009). Youth locked in time and place? Defining features of social withdrawal and practice implications. *Journal of Social Work Practice*, 23(3), 337-352.

Bilagor

Bilaga 1 Formulär om personer som varken arbetar eller studerar med autism

Teamledarens namn

Enhet

Hur många "hemmasittare" finns uppskattningsvis bland de patienter ni ska stödja i teamet?

Lista vänligen nedan professionella som ni har positiva erfarenheter av att samarbeta med kring målgruppen enligt mallen nedan. Figuren nedan kan ses som inspiration till vilka verksamheter som kan vara relevanta. Det är inte nödvändigt att fylla i namn på representanter inom alla verksamheterna. Om ni känner till personer som inte representerar verksamheterna nedan kan de läggas till under övrigt.

Namn på medarbetare inom Socialpsykiatri, Ekonomiskt bistånd, LSS, Socialtjänst

Namn på medarbetare inom Socialpsykiatri, Ekonomiskt bistånd, LSS, Socialtjänst

Verksamhet

Yrkesroll

Telefon

Mejladress

Beskriv på vilket sätt samarbetet har varit framgångsrikt

Vem tycker du det är särskilt viktigt att få till en samverkan med kring hemmasittare?

Tack för ditt svar!

Bilaga 2 Formulär om samarbete kring vuxna personer som varken arbetar eller studerar med autism

Om den verksamhet du arbetar i

1. Verksamhet Ort
2. Vad är verksamhetens uppdrag i relation till målgruppen personer som varken arbetar eller studerar (PVAS)?
3. Vilket stöd ger ni till målgruppen vuxna PVAS med autism?

Om samarbete med vuxenhabiliteringen

4. Vilket stöd behöver ni från vuxenhabiliteringen kring arbetet med PVAS med autism?

5. På vilket sätt har ni samarbetat med vuxenhabiliteringen kring målgruppen?
(Kryssa gärna i flera alternativ)

om att ge stöd till nätverket kring personen

kring arbete/studier/aktiviteter

kring annat. Vad?

6. Vad har fungerat bra i samarbetet kring målgruppen med vuxenhabiliteringen?

7. Vad har fungerat dåligt i samarbetet med vuxenhabiliteringen?

Om samarbete med andra verksamheter

8. Vilket stöd behöver ni från andra verksamheter kring arbetet med vuxna PVAS med autism?

9. På vilket sätt har ni samarbetat med andra verksamheter kring målgruppen?
(Kryssa gärna i flera alternativ)

om att ge stöd till nätverket kring personen

kring arbete/studier/aktiviteter

kring annat. Vad?

10. Vad har fungerat bra i samarbetet kring målgruppen med andra verksamheter?

11. Vad har fungerat dåligt i samarbetet med andra verksamheter?

12. Vilka framgångsfaktorer finns kring samverkan kring målgruppen?

13. Vilka fallgropar finns kring samverkan kring målgruppen?

14. Har du några tankar kring hur förebyggande arbete kring problematiken kan bedrivas?

Tack för ditt svar.

Bilaga 3 Formulär om samarbete kring vuxna personer som varken arbetar eller studerar med autism

Om den verksamhet du arbetar i

1. Verksamhet Ort
2. Vad är verksamhetens uppdrag i relation till målgruppen PVAS?
3. Vilket stöd ger ni till målgruppen vuxna PVAS med autism?

Om samarbete med andra verksamheter

4. Vilket stöd ger ni till andra verksamheter kring PVAS med autism?
5. Vilket stöd behöver ni från andra verksamheter kring arbetet med vuxna PVAS med autism?
 6. På vilket sätt har ni samarbetat med andra verksamheter kring målgruppen? (Kryssa gärna i flera alternativ)
 - om att ge stöd till nätverket kring personen
 - kring arbete/studier/aktiviteter
 - kring annat. Vad?
 7. Vad har fungerat bra i samarbetet kring målgruppen med andra verksamheter?
 8. Vad har fungerat dåligt i samarbetet med andra verksamheter?
 9. Vilka framgångsfaktorer finns kring samverkan kring målgruppen?
 10. Vilka fallgropar finns kring samverkan kring målgruppen?
 11. Har du några tankar kring hur förebyggande arbete kring problematiken kan bedrivas?

Tack för ditt svar.

Bilaga 4 Habiliteringsplanering (Nydiagnostiserad autism)

