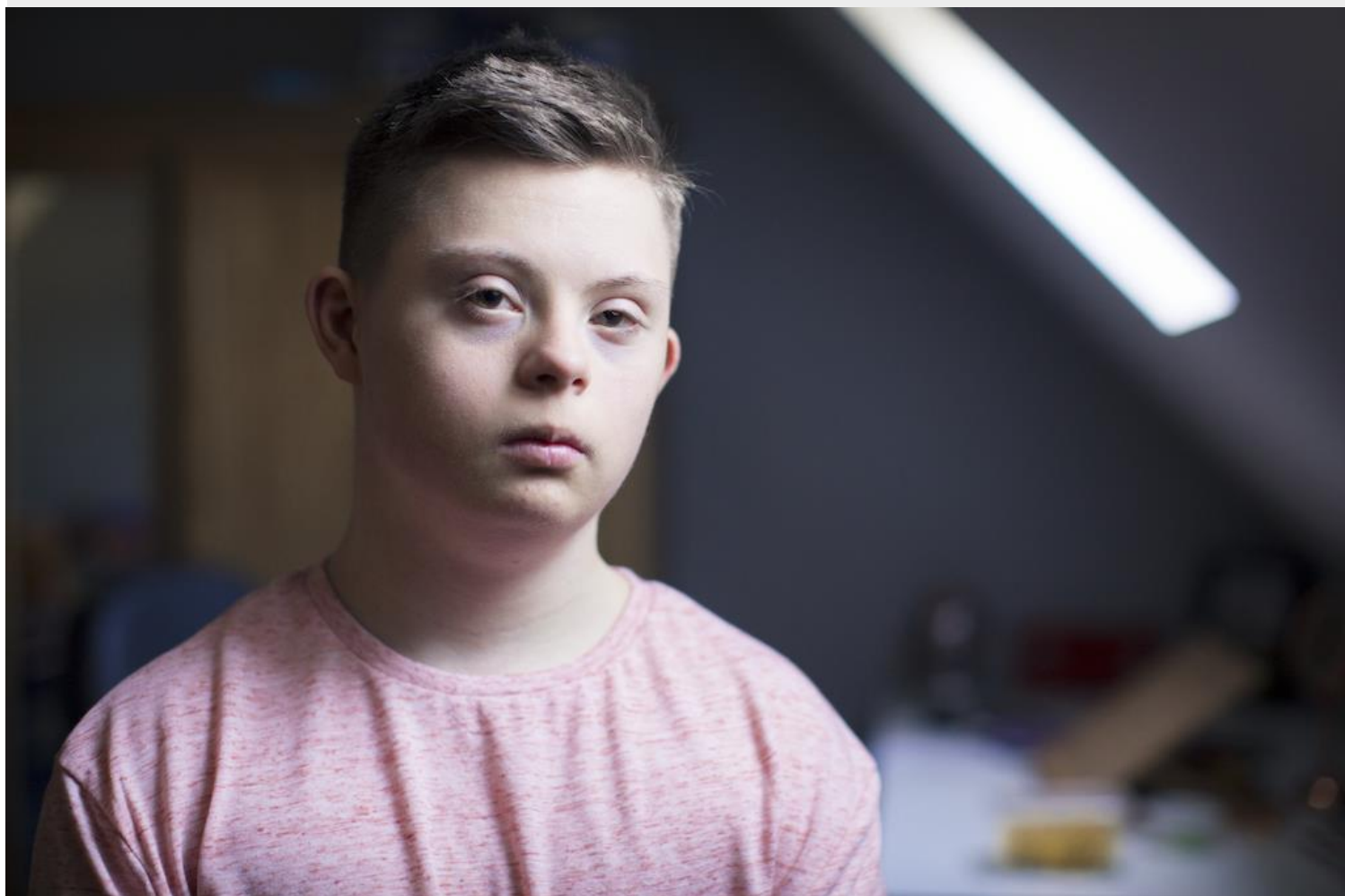




Rapport om

# Psykisk ohälsa hos personer med intellektuell funktionsnedsättning



**FDUV**

# Innehållsförteckning

Inledning	3
<b>1. Psykiatriska tillstånd vanliga hos personer med intellektuell funktionsnedsättning</b>	<b>4</b>
1.1 Psykiatriska tillstånd och andra faktorer som påverkar psykisk hälsa	5
<b>2. Utmaningar i vården av personer med intellektuell funktionsnedsättning i svenskfinland</b>	<b>6</b>
2.1 Utmaningar i kartläggningen, diagnosticeringen och dokumentationen av psykisk ohälsa	6
2.2 Osäkerhet och okunskap vid stöd av personer med intellektuell funktionsnedsättning inom bas- och specialsjukvården i svenskfinland	8
2.3 Brist på service och stöd som stöder psykiskt välbefinnande på svenska	9
<b>3. Stödformer för personer med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa</b>	<b>10</b>
3.1 Stöd för psykiskt välbefinnande under livets olika skeden	11
3.1.1 Barndomen	11
3.1.2 Ungdomsåren	11
3.1.3 Vuxenlivet	12
3.1.4 Ålderdom	12
3.2 Stöd och verktyg i arbetet för psykisk hälsa	12
3.2.1 Samtalsstöd och terapier	13
3.2.2 Konsultation	13
3.2.3 Hjälpmedel	13
3.2.4 Processinriktad handledning	13
3.2.5 Klientcentrerad handledning	13
3.2.6 Blanketter och andra verktyg m.m.	13
3.2.7 Kamratstöd	14
3.2.8 hantering av stress	14
3.2.9 Individanpassad miljö	14
<b>4. Rekommendationer</b>	<b>14</b>
4.1 Information om svenskspråkig expertis och konsultation och stöd på svenska bör göras tillgänglig för personal inom social- och hälsovården	14
4.2 Processbeskrivning för mottagning av personer med intellektuell funktionsnedsättning	15
4.3 Utvecklade boendetjänster som stöder psykisk hälsa	16

4.4	Handledning kring stöd för personer med intellektuell funktionsnedsättning och med psykiatriska tillstånd samt kamratstöd för personalgrupper	17
4.5	Dokumentation och verktyg för kartläggning av personens psykiska hälsa	17
4.6	Fortsatt forskning och kunskapsspridning om intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa samt evidensbaserade arbetsmetoder och terapiinsatser	17
4.7	Främjad utveckling av stöd och vård på svenska	18
5.	<b>Källförteckning</b>	<b>19</b>

# Inledning

År 2019 aktualiserades frågan om vård och stöd för personer med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa inom FDUV:s intressepolitiska arbetsgrupp, som representerar de lokala DUV-föreningarna och föreningen Steg för Steg. Både personal och anhöriga har kontaktat FDUV om behovet av anpassade psykiatriska tjänster för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Behovet av relevant stöd i vardagen konstateras vara en utmaning. Omsorgspersonalen efterlyser också fortbildning och mer kunskap om psykisk ohälsa. För att psykiatrin ska kunna ge relevant stöd anser både personal och anhöriga att det behövs mer kunskap inom psykiatrin om de behov som personer med intellektuell funktionsnedsättning har.

FDUV:s styrelse beslöt i juni 2019 utse en arbetsgrupp bestående av experter inom området. Arbetsgruppens syfte var att utreda vilka psykiatriska tjänster och vilket annat stöd som finns att tillgå, som kunde bidra till att förbättra situationen för personer med intellektuell funktionsnedsättning i Svenskfinland. Arbetsgruppens uppdrag var också att komma med förslag på vad som behöver utvecklas både i fråga om expertkunskaper och stöd i vardagen. Arbetsgruppens medlemmar gavs mandat att själva påverka avgränsningen av uppdraget (FDUV:s styrelsemöte 05/2019).

Till arbetsgruppen inbjöds barnpsykiater Saskia Öhman från Folkhälsan Valfärd Ab, ledande psykolog Anita Norrdahl från Kårkulla samkommun samt Kerstin Strengell, anhörig och styrelsemedlem i FDUV. Strengell fungerade som arbetsgruppens ordförande och som beredare och sekreterare fungerade sakkunnig i påverkansarbete Annette Tallberg-Haahtela från FDUV. Arbetsgruppens arbete pågick från november 2019 till januari 2021. Arbetsgruppen sammanträdde sex gånger.

Arbetsgruppens uppdrag var omfattande och i rapporten presenterar arbetsgruppen därför många olika aspekter och perspektiv på psykisk ohälsa och föreslår dels konkreta rekommendationer, dels mer långsiktiga rekommendationer som kräver direkta socialpolitiska beslut.

Arbetsgruppen är medveten om den diskussion som pågår om vilket begrepp som ska användas för personer som har någon typ av funktionsvariation. I rapporten används begreppet person med intellektuell funktionsnedsättning (person med IF-diagnos) enligt de riktlinjer beställaren FDUV följer. Med begreppet anhöriga avses personer inom familjen eller den närmaste släkten, medan begreppet närstående bredare omfattar personer som känner personen med intellektuell funktionsnedsättning väl. I praktiken kan det handla om anhöriga, personliga assistenter, handledare och andra i personens närkrets.

Psykisk hälsa är ett överbegrepp som innefattar såväl psykisk ohälsa som psykiskt välbefinnande. Dessa två är oberoende dimensioner av den psykiska hälsan: Man kan uppleva psykiskt välbefinnande trots psykisk ohälsa, och man kan trots frånvaro av psykisk ohälsa sakna psykiskt välbefinnande. Psykiskt välbefinnande beskriver positiv psykisk hälsa. Psykisk ohälsa inbegriper såväl psykiatriska tillstånd (en psykiatrisk diagnos kan ges) som lindrigare psykiska besvär som påverkar vardagslivet (uppfyller inte kraven som ställs för en psykiatrisk diagnos). (Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges regioner och kommuner 2020). Psykiatriska störningar är syndrom med psykiska symptom av klinisk betydelse vilka är förknippade med lidande eller olägenheter. Psykiska störningar klassificeras enligt symptom och svårighetsgrad. De allvarligaste

störningarna ger upphov till subjektivt lidande, nedsatt funktionsförmåga och försämrad livskvalitet. Med hjälp av god behandling kan personer som lider av allvarliga psykiska störningar ändå leva ett tillfredsställande liv. (THL, 2021)

Det finns olika definitioner på psykisk ohälsa. I den här rapporten vill vi fokusera på en praktisk, begränsad tillämpning av begreppet och beskriver hur situationen för svenskspråkiga personer med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa kan se ut. I rapporten avses med begreppet psykisk ohälsa därmed både psykiska besvär utan medicinsk diagnos samt tillstånd med allvarliga symptom, som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Rapporten omfattar inte alla de situationer där psykisk ohälsa kan förekomma bland personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Augusti 2021

## 1. Psykiatriska tillstånd vanliga hos personer med intellektuell funktionsnedsättning

Enligt Kehitysvammaliitto finns det uppskattningsvis 50 000 personer med intellektuell funktionsnedsättning i Finland. Antalet svenskspråkiga med intellektuell funktionsnedsättning beräknas uppgå till ca 2 500 personer (FDUV, 2020).

Uppgifter om andelen personer med intellektuell funktionsnedsättning som drabbas av psykiatriska tillstånd varierar. Cooper m.fl. (2007) konstaterar att många av de studier som gjorts har metodologiska begränsningar om bland annat mätinstrument, diagnoskriterium, uppväxtmiljö och urval, vilket resulterar i olika resultat.

Studier visar förekomsten av psykisk ohälsa varierar mellan 10 och 60 procent, där den verkliga siffran torde vara ca 30-50 procent (Bregman 1991; Borthwick-Duffy 1994, refererade i Koskentausta 2006). Av en färskare artikel av Barry Karlsson (2019) framgår att vuxna med intellektuell funktionsnedsättning löper minst två till tre gånger (mellan 34 och 64 procent) högre risk att utveckla psykisk ohälsa jämfört med risken på 10-20 procent bland den övriga befolkningen. Exempelvis bedöms förekomsten av psykoser bland personer med intellektuell funktionsnedsättning vara tre gånger så hög jämfört med den övriga befolkningen. Ännu högre siffror presenteras om förekomsten av affektiva syndrom som nedstämdhet, manier och depression, då förekomsten är fem gånger vanligare vid intellektuell funktionsnedsättning än bland den övriga befolkningen, där förekomsten är ca 2 procent.

Enligt Koskentausta (2006) är vanliga psykiska störningar bland personer med intellektuell funktionsnedsättning beteendestörningar, aggressivitet och självskadebeteende, aktivitets- och uppmärksamhetsstörningar, psykotiska störningar som schizofreni, depression och ångesttillstånd, anpassningsstörningar samt autismspektrumstörningar.

Vid vården av personer med intellektuell funktionsnedsättning bör man utgå från de allmänna vårdrekommendationerna om psykisk ohälsa, men därtill också beakta de eventuella tilläggsjukdomar och -tilläggs-skador som den intellektuella funktionsnedsättningen medför samt medicineringen av dessa. (Koskentausta 2006)

## 1.1 Psykiatriska tillstånd och andra faktorer som påverkar psykisk hälsa

Koskentausta (2006) konstaterar att många olika faktorer kan förorsaka symptom som påminner om psykiatriska tillstånd. Dessa är till exempel negativa livserfarenheter, upprepade misslyckanden eller mobbning som i sin tur kan leda till dåligt självförtroende och inlärd hjälplöshet. Brister i kommunikationsförmåga och begränsad social intelligens försämrar funktionsförmågan i sociala situationer och kan leda till symptom av psykisk ohälsa eller utmanande beteende. Också faktorer som är kopplade till familjerelationer kan öka risken för psykisk ohälsa. Riskfaktorer är till exempel stress inom familjen, psykiatriska störningar hos föräldrarna, ensamstående föräldrar eller svag socioekonomisk ställning (Bregman 1991; Reber 1992; Decker & Koot 2003, refererade i Koskentausta 2006). Olika somatiska sjukdomar kan också förorsaka symptom av psykisk ohälsa (Seppälä 2013). Forskning visar vidare att personer som vuxit upp på institutioner insjuknat i psykisk ohälsa oftare än personer som vuxit upp inom ramen för öppenvård eller i egen familj (Söderman & Nordlund, 2019).

En av de enskilt mest nämnda faktorerna bakom psykisk ohälsa i dag är stress. Stress uppkommer när kravnivån och belastningen inte är anpassade till förmågan, vilket lätt drabbar personer med intellektuell funktionsnedsättning som har en lägre stresströskel än de flesta. Stress kan leda till problematiskt beteende som klassificeras som beteendestörningar vid diagnosticering. Med problematiskt beteende avses att beteendena innebär en stor utmaning för omgivningen att förstå, förebygga, hantera och minska. Dessa beteenden är krävande även i den mening att de väcker känslor av rädsla, uppgivenhet eller stress, då de ofta innehåller aggressivitet och destruktivitet, självskadande eller stereotypiska handlingar, tvångsmässiga upprepanden osv. Personer med intellektuell funktionsnedsättning har en ökad sårbarhet i och med att de har svagare förmåga att tillämpa copingmekanismer som att trösta sig själva, se rationellt och kognitivt på saker och lita på att omständigheterna nog kommer att ändras till det bättre (Nylander, 2019).

## 2. Utmaningar i vården av personer med intellektuell funktionsnedsättning i Svenskfinland

Nedan presenterar arbetsgruppen en översikt över utmaningar inom vården av svenskspråkiga personer med intellektuell funktionsnedsättning. Översikten är inte uttömmande och flera av utmaningarna finns också på nationell nivå.

Arbetsgruppen har enligt givet uppdrag diskuterat och listat svenskspråkiga experter inom området. Det handlar om läkare, terapeuter och vårdpersonal som kan eller har kunnat erbjuda personer med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa tjänster på svenska. Eftersom upprätthållande av en sådan lista skulle kräva omfattande utredning och ständig uppdatering beslöt arbetsgruppen att fokusera mera på kunskapsökning kring psykisk ohälsa, strukturer och hur kunnandet kan upprätthållas i Svenskfinland.

### 2.1 Utmaningar i kartläggningen, diagnosticeringen och dokumentationen av psykisk ohälsa

En utmaning är att kunna skilja mellan psykisk ohälsa och problematiskt beteende kontra personens otillräckliga stöd i vardagen. Det kan vara en mödosam process att avgöra vilka de bakomliggande orsakerna till det problematiska eller avvikande beteende är, särskilt eftersom den intellektuella funktionsnedsättningen ofta försvårar personens förmåga att kommunicera kring sitt välmående och sin verklighet. Därför är det ofta omgivningen, främst anhöriga och personal, som måste iaktta och reagera om en person med intellektuell funktionsnedsättning inte mår bra eller uppvisar ett avvikande beteende. Det är exempelvis viktigt att känna till hur olika beteenden är kopplade till den utvecklingsnivå personen i fråga befinner sig på. Att prata högt med en låtsaskompis eller för sig själv är till exempel vanligt vid en utvecklingsnivå på 4-5 år och ska inte lättvindigt tolkas som en psykos eller vanföreställningar.

Personal och anhöriga runt personen med intellektuell funktionsnedsättning behöver få kunskap om vad det innebär att ha en intellektuell funktionsnedsättning och dessutom en psykiatrisk sjukdom. Det är möjligt att man lätt tolkar att de psykiska besvären har ett samband med den intellektuella funktionsnedsättningen och därför inte förstår att det kan handla om en tillkommande psykiatrisk sjukdom. Avvikande beteenden kan vara till exempel självskadande beteende, aggressivitet, depression, manier och nedstämdhet eller till exempel att personen drar sig undan och sitter ensam på sitt rum, vilket kan tolkas som en önskan om att få lugn och ro. Dessa beteenden uppfattas nödvändigtvis inte som tecken på psykiatriska tillstånd. Olika typer av utåtagerande beteende kan också tolkas som en del av den intellektuella funktionsnedsättningen, fastän beteendet också kan vara ett resultat av till exempel smärttillstånd eller andra somatiska besvär, som blivit odiagnostiserade. För en del kan nedstämdhet bero på sorg över att ha en funktionsnedsättning och att inte vara som andra.

Vissa syndrom är också kopplade till särskilda beteendemönster (beteendefenotyper) och det kan ha en ångestförminsande effekt hos näromgivningen att känna till detta och att i ett tidigt skede kunna lägga upp förebyggande strategier och en bra miljö. Några exempel är CATCH-22 som har en överrepresentation av psykosymptom och affektiva svängningar med depression. Cornelia de Langes syndrom innefattar ett beteende som kan inkludera bland annat hyperkänslighet, självdestruktivitet, tvång, våldsamhet och impulsivitet. Nuförtiden vet man även att det är vanligt att personer med Downs syndrom har depression, ångest och emotionella problem (Nylander 2019).

Den omgivande personalen och anhöriga kan regelbundet iaktta och beskriva personens beteende samt uppmärksamma förändringar över tid. Det är viktigt att personalen noterar förändringar samt vid behov konsulterar experter för att utreda situationen vidare. Anhöriga har en viktig roll i att ge information om hur en persons beteende kan tolkas, vad som hör till personens beteendepertoar och vad som är nytt beteende. En stor utmaning är hur det psykiska välbefinnandet iakttas hos en person som bor ensam och som endast sporadiskt eller inte alls anlitar samhällets stöd.

För personal inom den primära social- och hälsovården är det också utmanande att få en överblick över en persons sjukdomshistoria och till exempel vilka vårdinsatser och mediciner som har fungerat bra eller som inte har fungerat bra. Inom olika verksamheter i Svenskfinland har det utarbetats olika dokument som stöd för kartläggning och uppföljning av beteende samt blanketter för stöd i kontakten till den allmänna hälsovården. Ett bra verktyg är instrumentet Tidiga tecken som på ett brett sätt visar på förändringar som skett i brukarens/personens liv. De kan vara en förklaring på olika förändringar hos personen, inte enbart begynnande demensutveckling. Instrumentet Muistikka tar i sin tur fasta specifikt på kliniska förändringar hos en person som explicit är kopplade till demensutveckling. Även i Sverige har Lena Nylander med arbetsgrupper publicerat ett stort antal checklistor om beteendeförändringar samt kartläggning och uppföljning av dessa. För att iaktta välbefinnandet hos personer med intellektuell funktionsnedsättning krävs det ofta att det finns personer, personal eller familj, som känner personen väl och som kan ta ställning till om och hur beteendet har förändrats.

Vid kartläggning av psykisk ohälsa används ofta standardiserade tester och olika frågeformulär. Personer med intellektuell funktionsnedsättning kan emellertid ha svårt att förstå och uppfatta instruktioner och frågor eller att namnge olika känslor. Då kan testresultaten ge fel eller bristande information och eventuellt leda till fel diagnos.

Om det konstateras att en person med intellektuell funktionsnedsättning behöver stöd och vård för sitt psykiska illamående är det viktigt att bedöma hurdan stöd och hurdan vård som gynnar personen bäst. Det är viktigt att utreda om en person främst behöver en lugn och trygg omgivning med tillräckligt stöd och passande kravnivå i vardagen eller om det utöver det behövs samtalsstöd eller terapi. Terapiformen och arrangemanget kring terapin måste vara lämpliga för just den personen. Det är viktigt att terapeuten har förståelse och utbildning för terapi med personer med intellektuell funktionsnedsättning. Det behövs mera forskning för att kunna bedöma vilka terapier som hjälper personer med intellektuell funktionsnedsättning bäst. Också instrument som används vid vård måste ofta anpassas för att de ska kunna användas vid vården av personen med intellektuell funktionsnedsättning. För att använda och tolka instrumentet behöver många dessutom stöd av de personer som känner personen i fråga väl.



## 2.2 Osäkerhet och okunskap vid stöd av personer med intellektuell funktionsnedsättning inom bas- och specialsjukvården i Svenskfinland

Frågan om vem som ska ansvara för vården av personer med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa delar åsikterna. Enligt vår lagstiftning ansvarar kommunen och sjukvårdsdistrikten i första hand för invånarnas social- och hälsovård. Kommunerna ansvarar också för att ordna specialomsorg för personer med intellektuell funktionsnedsättning och vanligtvis ordnas de tjänster som behövs via specialomsorgsdistrikt. I Svenskfinland erbjuds omsorgstjänster av specialomsorgsdistriktet Kårkulla samkommun, kommunerna samt tredje och privata sektorn.

Enligt Statsrådets principbeslut om avveckling av institutionsboende och om tryggnad av individuellt boende och tjänster för personer med utvecklingsstörning KEHAS ska personer med intellektuell funktionsnedsättning ha tillgång till individuellt boende som omfattar en tillgänglig och funktionell bostad samt tillräckliga, individuella och ändamålsenliga tjänster och stödåtgärder. Den intellektuella funktionsnedsättningen i sig förutsätter inte att personen bor med en annan person med funktionsnedsättning och diagnosen personen har får inte leda till att personen i fråga ska bo på ett visst sätt. Också de allmänna tjänsterna i samhället ska utvecklas på ett sådant sätt att också personer med intellektuell funktionsnedsättning kan anlita tjänster inom den primära social- och hälsovården, på samma sätt som andra kommuninvånare. Samtidigt ska tjänster som kräver specialkunskaper i allt högre grad utvecklas till mobila tjänster, så att experterna uppsöker personen som behöver stöd. Detta innebär till exempel att personer med intellektuell funktionsnedsättning ska få vård på den egna hälsovårdscentralen och att specialsjukvården ska kunna bemöta personer med intellektuell funktionsnedsättning, inkluderat personer som har psykisk ohälsa, i den omgivning de befinner sig (Social- och hälsovårdsministeriet, 2012)

Svenskspråkiga personer med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa är få till antalet och bosatta inom hela Svenskfinland. Via Kårkulla samkommuns regionala expertteam (före detta omsorgsbyråer) kan en person med psykisk ohälsa komma i kontakt med och få hjälp av ett mångprofessionellt team bestående av en psykolog, kurator, läkare, ergoterapeut, fysioterapeut, pedagog och autismhandledare. Kårkulla samkommuns relativt nyöppnade KUR-serviceenhet i Pargas erbjuder personer med intellektuella och andra funktionsnedsättningar därtill kris, undersöknings- och rehabiliteringsperioder samt möjligheter till psykiaterkonsultation under avdelningsvistelsen. Personer med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa kan också få stöd till exempel av mentalvårdsbyråer, församlingar, familjerådgivningar och barnpsykiatriska enheter. Inom frivilligsektorn har därtill olika typer av kamratstöd och vänverksamhet utvecklats på svenska. Ett exempel är FDUV:s frivilliga familjestödare som alla har erfarenheter av att leva med en familjemedlem med funktionsnedsättning. Familjestödaren kan vara någon att prata med, men kan också ge råd till exempel då ett barn med funktionsnedsättning föds, då barnet börjar skolan, blir vuxet, flyttar hemifrån eller då föräldrarna blir äldre.

I praktiken varierar ändå utbudet av stöd och vård på svenska mellan olika regioner. Ofta hänvisas svenskspråkiga personer med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk

ohälsa till Kårkulla samkommun på grund av deras IF-diagnos istället för till psykiatrisk vård, fastän de sökt vård på grund av psykiska besvär och inte på grund av den intellektuella funktionsnedsättningen.

Brister finns också i eftervården av patienter med intellektuell funktionsnedsättning som varit intagna på psykiatrisk enhet. Vid utskrivning remitteras personen med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa ofta för eftervård i hemmet eller till de regionala expertteamen vid Kårkulla samkommun, som emellertid saknar psykiatrisk sjukskötare och där läkarresurserna inte alltid finns eller räcker till för denna specialproblematik. Sådana resurser skulle vara nödvändiga för att ge stöd vid eftervården och återgången till vardagen. Expertteamens psykologer erbjuder dessa brukare hjälp och stöd och får i sin tur stöd av det lokala teamet. Resurserna räcker ändå inte alltid till, särskilt när det gäller stödet i vardagen, eftersom personal inom såväl boende- som dag- och arbetsverksamheten behöver kontinuerlig handledning i hur de ska stödja personens eftervård och rehabilitering.

## 2.3 Brist på service och stöd som stöder psykiskt välbefinnande på svenska

Sedan 2000-talets början har man gått in för att alla barn ska bo med sin familj, i enlighet med Statsrådets principbeslut om nedläggning av institutioner och utveckling av tjänster för boende för personer med intellektuell funktionsnedsättning KEHAS (Social- och hälsovårdsministeriet, 2012). Syftet var att utveckla tjänster och service i närsamhället för bland annat barn och unga som är i behov av stöd, så att de inte behöver bo på en institution. Liknande stödbehov finns också då exempelvis någondera av eller båda föräldrarna har intellektuell funktionsnedsättning. I praktiken har de svenska vårdkedjorna ändå inte utvecklats i tillräcklig grad. I Svenskfinland finns för närvarande ingen boendeenhet enbart för barn med intellektuell funktionsnedsättning. En del barn har med tillstånd av Regionförvaltningsverket placerats i gruppboende för vuxna, medan lösningen för andra har varit en betydande ökning av till exempel korttidsvård utanför hemmet.

Också för vuxna med intellektuell funktionsnedsättning kan brist på service på orten bli en fallgrop. I dagens läge kan det bo personer med omfattande stödbehov och olika typer av diagnoser samt personer i olika åldrar på samma boenden. Om någon som bor i gruppboenden mår dåligt sprider sig oron ofta till andra som bor på enheten. En del upplever rädsla i sina hem eller kan vara tvungna att lyssna på andra som till exempel är oroliga och högljudda. Också personalens ork och motivation kan påverkas negativt, vilket i sin tur kan leda till stor personalomsättning. Arbetsgruppen konstaterar att brist på personal också leder till brist på kontinuitet inom personalgruppen, vilket i sin tur kan bli en riskfaktor för brukarens psykiska välbefinnande. Bristande kontinuitet skapar otrygghet och på grund av personalombyten finns då inte heller erfarenhet inom personalgrupperna av att se nyanser av förändring i beteenden.

Enligt Jahoda (refererad i Seppälä 2017) bör tjänsterna för personer med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa utvecklas så att den psykiatriska expertisen uppsöker personen, och de personer som finns i den berörda personens närkrets, så som

personal och familj, bör tas med i genomförandet av stödjande och rehabiliterande åtgärder i det dagliga livet. För finskspråkiga har det skapats gruppboenden som specialiserat sig på vård av personer med psykisk ohälsa. I Svenskfinland finns inte samma kundunderlag och utbudet av boendelösningar varierar. Specialsjukvården förutsätter ofta att personens boendesituation åtgärdas innan man sätter in vårdinsatser för den psykiska ohälsan. För många är det ändå svårt att hitta lämpliga boendearrangemang på hemorten, särskilt om personen uppvisar tecken på psykisk ohälsa. I delar av Svenskfinland råder det brist på tillräckligt anpassade boendelösningar som kan erbjuda det psykiatriska kunnandet och de metoder som behövs för att handskas med personer med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa. Det är möjligt att det boende där man kan erbjuda det stöd personen är i behov av på hans eget modersmål finns på en annan ort, långt från den omgivning hen är van vid. Om personen då inte tar emot erbjudet boende eller de anhöriga motsätter sig det kan det leda till att de psykiatriska vårdinsatserna uteblir. Vid akuta krissituationer saknas tydliga processer för vem som ska kontaktas och vem som bär ansvar. Motsvarande problem finns också på nationell nivå, men inte i lika stor utsträckning eftersom kundunderlaget är större på finskt håll än på svenskt håll.

Också utbudet av olika svenskspråkiga terapeuter är överlag mycket begränsat. Att hitta terapeuter som kan ta emot personer med intellektuell funktionsnedsättning på svenska är ännu svårare. Tendensen i samhället är också att snabbt försöka åtgärda problem och till exempel erbjuda behandlingsinsatser på 1-5 gånger. I jämförelse med den övriga befolkningen är det sällsynt att Folkpensionsanstalten (FPA) beviljar längre psykoterapier för personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning.

Också tredje sektorns möjligheter att ordna stöd är begränsade. I och med att FPA förnyat upphandlingskriterierna för rehabiliteringskurser har rehabiliteringsstödet för svenskspråkiga familjer försvagats. Tidigare ordnades flera anpassningskurser för familjer med barn med intellektuell funktionsnedsättning inom ramen för medicinsk rehabilitering. På kurserna fick familjerna bland annat information om olika stödformer och om den intellektuella funktionsnedsättningen och gavs också möjligheter till kamratstöd. Folkhälsan ordnar fortsättningsvis anpassningskurser för familjer med barn med ADHD, Asperger syndrom eller annan autismspektrumstörning, men i övrigt har antalet anpassningskurser för barn med intellektuell funktionsnedsättning minskat. Social- och hälsoorganisationernas understödscentral STEA har till viss del kunnat finansiera familjekurser, men ofta inom projekt, vilket gjort det svårt att utveckla verksamheten på lång sikt.

### 3. Stödformer för personer med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa

Nedan presenterar arbetsgruppen exempel på stöd och vård som personer med intellektuell funktionsnedsättning kan behöva för att upprätthålla en god psykisk hälsa. Först presenteras stöd- och vårdinsatser under livets olika skeden. Sedan presenteras

vårdinsatser som kan stödja personer med intellektuell funktionsnedsättning oberoende av livsskede. Arbetsgruppen presenterar insatser som kan ha en direkt effekt hos personen med intellektuell funktionsnedsättning. Målet för insatsen kan ändå förutom personen själv också vara till exempel anhöriga eller personal.

## 3.1 Stöd för psykiskt välbefinnande under livets olika skeden

### 3.1.1 Barndomen

Föräldrarna till ett barn med funktionsnedsättning och den övriga familjen kan behöva stöd för att bearbeta den nya situationen och få information om funktionsnedsättningen och vad den kan medföra. Också kamratstöd av anhöriga med samma erfarenheter kan stödja familjens välbefinnande. Det är viktigt att respektera att varje familj har sitt eget sätt och sin egen emotionella tidtabell för i vilken takt den vill och kan ta emot externt stöd i olika former.

Stödbehovet varierar i olika familjer och i olika skeden. Utöver stödet i vardagen kan det behövas utredningar och terapier. Det kan behövas hjälp av familjerådgivningar och barnpsykiatriska eller barnneurologiska enheter.

Genom pedagogisk handledning i vardagen kan föräldrarna få verktyg för hur de kan hantera utmaningar i vardagen.

Familjens ork och välbefinnande kan också stödjas av exempelvis korttidsvård, hemservice för barnfamiljer och familjevård.

För att öka familjernas möjligheter att hantera funktionsnedsättningen kan kursverksamhet, så som autismkurser för barn och unga, temaveckor kring olika syndrom, anpassningsveckoslut och kurser för syskon till barn med funktionsnedsättning komma i fråga.

En bra anpassad småbarnspedagogik och tillgång till en god elevhälsa i skolan lägger en god grund för en bättre psykisk hälsa. I skolan är det också viktigt att kravnivån motsvarar barnets behov och beaktar barnets potential att utvecklas.

### 3.1.2 Ungdomsåren

Då barnet med funktionsnedsättning når ungdomsåldern kan frågor om den egna identiteten och framtidsutsikterna aktualiseras. Också kamratstöd är viktigt, både för personen med funktionsnedsättning och för hans anhöriga. Beteendet hos barn med funktionsnedsättning förändras när barnet närmar sig tonåren. Det kan vara svårt att avgöra om det förändrade beteendet hör till tonåren eller beror på funktionsnedsättningen. Då kan det vara bra att föräldrarna eller hela familjen får kamratstöd eller träffar andra familjer för att få mera förståelse, råd och tips.

Att få stöd i sin identitetsutveckling och information på rätt nivå om sin funktionsnedsättning samt stöd och information om sexuell hälsa hör till grundrättigheterna. Redan under barndomstiden är det viktigt att förmedla kunskap om kroppens funktioner och om rätten till kroppslig integritet. Perioder av nedstämdhet eller

inåtvändhet som är kopplade till grubbel över barnets eller den ungas känslor av annorlundaskap bör uppmärksammas och stöd erbjudas via elevhälsan, Kårkulla samkommun eller andra sektorer i samhället. Tillgången till en egen stödperson eller en personlig assistent för fritiden möjliggör att den unga kan delta i hobbyer, fritidsverksamheter och idrott och motion. Samtidigt blir det också aktuellt att fundera på rätt form av utbildning och möjligheter till arbetsliv.

### 3.1.3 Vuxenlivet

Då den unga närmar sig vuxenåldern är det naturligt att fundera på framtida boendearrangemang. Flyttförberedelse kan hjälpa den unga och familjen att förtydliga sina önskemål om boende, vilket kan hjälpa serviceproducenterna att skapa boendelösningar som svarar på behoven. Kamratstöd inom flyttförberedelse kan också hjälpa föräldrarna att förbereda sig på livet sedan den unga har flyttat hemifrån.

Även nu är det viktigt att fundera på i vilken utsträckning den unga har accepterat sin funktionsnedsättning och lärt känna sina styrkor respektive sitt hjälpbehov. I tonåren då det blir aktuellt med en flick- eller pojkvän behöver den unga möjligheter till stöd i frågor om känslor, relationer, preventivmedel o.s.v. Man har konstaterat att det finns en förhöjd risk att insjukna i depression i samband med en övergång till en ny fas i livet, till exempel då det intensiva stöd som grundskolan erbjudit upphör och den unga flyttas över till en studieform som kräver andra förmågor eller vid flytt från föräldrahemmet till eget boende i någon form.

### 3.1.4 Ålderdom

Vid åldrandeprocessen hos en person med funktionsnedsättning sker många biologiska förändringar som vid första anblicken kan tolkas som uttryck för psykisk ohälsa. Till exempel starkt försvagad syn eller hörsel kan misstolkas som demens eller vanföreställningar.

Med åldern följer ökad utsatthet och beroende av andra, vilket kan försvåra personens möjlighet att bli hörd och delaktig. I och med att den dagliga verksamheten upphör eller förändras kan en del personer uppleva stora förluster av relationer och social input, medan andra uppskattar lägre krav. Att bevara sådant som personen tyckt om är viktigt för ett gott åldrande, liksom kontinuitet i personalgruppen och möjlighet att utgående från sin egen förmåga samtala om förluster och död - anhörigas, vänners och också sin egen bortgång. En anpassning av miljön är viktig för att skapa en lugn miljö med reducerad mängd ljud- och synintryck, där det är lätt att orientera sig och tillvaron känns begriplig.

Överlag är det viktigt att i varje personalgrupp som handleder och vårdar åldrande personer med intellektuell funktionsnedsättning kontinuerligt samtala kring vad livskvalitet innebär för varje individuell person.

## 3.2 Stöd och verktyg i arbetet för psykisk hälsa

Nedan presenteras exempel på stödformer som kan stödja den psykiska hälsan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning, oberoende av ålder.

### 3.2.1 Samtalsstöd och terapier

Samtalsstöd och terapier, skräddarsydda enligt personens förmåga att förstå sin diagnos eller funktionsnedsättning samt förmåga att kunna ta emot terapeutiskt stöd, kan stödja personen med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa.

### 3.2.2 Konsultation

Konsultation om den intellektuella funktionsnedsättningen eller psykisk ohälsa: Omsorgens samarbete med psykiatri på orten behöver utvecklas så att de aktörer eller organisationer som erbjuder stöd kan konsultera varandra.

### 3.2.3 Hjälpmedel

Relevanta hjälpmedel är sådana som underlättar vardagen och ökar delaktighet och självbestämmande. Det kan handla om tidshjälpmedel eller begåvningsstödjande hjälpmedel. Kommunikation är en förutsättning för att kunna vara delaktig och ha god livskvalitet. Att få hjälp med rätt kommunikationshjälpmedel kan långt förebygga och minska beteendeproblem och psykisk ohälsa. Även brukarens närstående och dagliga omgivning behöver få lära sig ett kommunikationssystem som skapar och upprätthåller samspel med brukaren i fråga.

### 3.2.4 Processinriktad handledning

Syftet med handledning är att uppmärksamma vilka strukturer, målsättningar och innehåll som styr arbetsgruppens (personalens) verksamhet och hur de kan utvecklas för att gagna det egna arbetet. Man ger även utrymme för samtal kring grupprelationer, orkande i arbetet och hur den dynamik som finns i relationen till olika brukare och deras problem påverkar enskilda medarbetare och hela gruppen. Processinriktad handledning kan innehålla många känslomässiga element, men det är inte fråga om gruppterapi.

### 3.2.5 Klientcentrerad handledning

Under handledningssituationen fokuserar man på en eller flera namngivna personer. Fokus ska vara på att ge personalen verktyg att efter förmåga utveckla sitt bemötande och förhållningssätt och kanske även öka sin kunskap och få tillgång till användbara metoder och material som gagnar dialogen och samspelet med brukarna ifråga.

### 3.2.6 Blanketter och andra verktyg m.m.

Med stöd av särskilt utarbetade blanketter kan personal och närstående dokumentera beteendet hos personen med intellektuell funktionsnedsättning och snabbare reagera på avvikelser i beteendet. Olika verktyg behövs också för kontakt med hälsovården, så att läkaren snabbt kan få en överblick över personens sjukdomshistoria och medicinering samt vid ambulansresor och sjukhusvistelser.

### 3.2.7 Kamratstöd

Kamratstöd handlar om frivilligt utbyte av erfarenheter mellan personer som befinner sig i liknande livssituation. Av personer med liknande erfarenheter kan man få information och förståelse för den situation man befinner sig i.

### 3.2.8 Hantering av stress

Stress påverkar personer med intellektuell funktionsnedsättning på olika sätt. Stress kan bland annat förorsakas av sjukdom, utvecklingsmässiga faktorer, förändringar, för höga krav eller för låga krav. Om kraven är för höga kan personen känna att hen hela tiden misslyckas eller underpresterar. Ibland försöker personen vara ”duktig”, presterar över sina styrkor och resurser, och då finns det risk för psykisk illamående och utmanande beteende. För låga krav innebär däremot att för lite krav ställs på personen, vilket kan leda till att personen känner sig omotiverad och ointresserad. Det kan i sin tur leda till en situation där personen underpresterar och inte kan utnyttja sitt kunnande och sina styrkor, vilket kan påverka personens psykiska mående på ett negativt sätt. Hen ges inte möjligheter att lära sig nya färdigheter utan hens omgivning förutsätts ansvara för allt. Därför är det viktigt att regelbundet utvärdera om kravnivån motsvarar personens behov och potential.

### 3.2.9 Individanpassad miljö

De miljöer där personer med intellektuell funktionsnedsättning bor bör vara anpassade enligt de individuella behoven. Då man planerar boendeservice bör man planera enligt de behov de boende har, i stället för att koncentrera personer med olika diagnoser eller stödbehov att bo under samma tak. Dessutom bör man planera för hur man skapar en så stressfri miljö som möjligt för personen, vilket innebär tydliga strukturer och ramar som stöder personens självbestämmande och får hen att känna sig trygg.

## 4. Rekommendationer

### 4.1 Information om svenskspråkig expertis och konsultation och stöd på svenska bör göras tillgänglig för personal inom social- och hälsovården

Arbetsgruppen anser att det är viktigt att det finns tydliga vårdprocesser och att vårdansvaret mellan bashälsovård och specialistsjukvård är klart formulerat. Personal som träffar personer med intellektuell funktionsnedsättning bör ha möjlighet till konsultation kring själva funktionsnedsättningen, men också kring den fysiska och psykiska hälsan. Det är viktigt att det i vårdprocessen ingår information om vilka experter som jobbar med dylika frågor och att personal inom bastjänster därmed vet vem de kan konsultera vid behov. Expertkunnande som behövs är bland annat kännedom om olika psykiska



störningar relaterade till särskilda intellektuella funktionsnedsättningar, men också specialfrågor om till exempel epilepsi, medicinering inom psykiatri och sömnproblematik.

Uppdraget att upprätthålla en lista på experter som kan konsulteras bör höra till offentliga sektorn, förslagsvis till Egentliga Finlands välfärdsområde, som i regeringens förslag till social- och hälsovårdsreform kommer att ha i uppdrag att koordinera samarbetsavtal mellan de tvåspråkiga vårdområdena (Statsrådet, 2020). Vid uppgörande av samarbetsavtal bör välfärdsområdena definiera vilken typ av expertkunnande som behövs och var det finns att få. I samarbetsavtalen bör också klargöras hur kostnaderna för att upprätthålla och utveckla den här expertisen samt hur kostnaderna för konsultationsinsatserna fördelas mellan välfärdsområdena.

I de särskilda frågor där det är orealistiskt att upprätthålla separat expertkunnande på svenska bör konsultationsstigar på nationell nivå utredas.

Också information om övriga existerande stödformer inom frivilligsektorn i Svenskfinland bör spridas så att den når dem som är i behov av information. Detta uppdrag kunde utredas i samband med genomförandet av social- och hälsovårdsreformen.

## 4.2 Processbeskrivning för mottagning av personer med intellektuell funktionsnedsättning

Arbetsgruppen rekommenderar att det vid alla universitetssjukhus utvecklas en process för mottagning av personer med intellektuell funktionsnedsättning som är i behov av psykiskt stöd. Primärt ska bashälsovården och sjukvårdsdistriktet sköta också personer med intellektuell funktionsnedsättning som lider av psykisk ohälsa. Det finns också behov av en egen processbeskrivning på svenska vid varje universitetssjukhus. Det här bör utredas i samband med genomförandet av social- och hälsovårdsreformen inom de åtta tvåspråkiga välfärdsområdena. Av processbeskrivningarna bör också framgå vem eller vilken sektor personer med intellektuell funktionsnedsättning och deras anhöriga kan kontakta i dessa frågor.

För svenskspråkiga personer med intellektuell funktionsnedsättning bör det finnas möjlighet till att få vård på sitt modersmål. Dessutom kan det finnas behov av anpassade mottagningstider för dem som behöver längre tid till exempel på grund av att de har många sjukdomar eller många mediciner. I sådana fall är det skäl att reservera betydligt längre mottagningstid än gängse tid. För medföljande närstående eller personal bör det erbjudas tillräckligt med tid för intervju och genomgång av bland annat aktuell och tidigare problematik, erfarenheter av verkningar och biverkningar av aktuell medicinering och kartläggning av livssituationen som helhet. Därtill skulle det vara viktigt att inom psykiatri utveckla mobila tjänster för personer som inte klarar av mottagning i sjukhusmiljö.

Då ny medicinering ordineras är det viktigt med anvisningar om hur uppföljningen ser ut, till exempel så att personalen eller de närstående får en telefontid eller uppföljningstid då man ringer och rapporterar hur det gått och huruvida medicineringen påverkat måendet och beteendet till det bättre eller sämre. Det är viktigt att uppföljningsbesöket sker hos en läkare som har kännedom om patientens andra mediciner.



En processbeskrivning bör också göras upp för eftervården av personer med intellektuell funktionsnedsättning som varit intagna för avdelningsvård på grund av psykisk ohälsa. För tillfället hänvisas dessa personer ofta till Kårkullas regionala expertteam (tidigare omsorgsbyråer) eller hem och insatserna från psykiatrin avslutas i och med utskrivningen. Arbetsgruppen föreslår att dialog förs mellan den psykiatriska enheten och boendeenheten eller de anhöriga och att en utredning av stödformer och resurser i boendeenheten görs innan personen skrivs ut. Därtill rekommenderas att de psykiatriska insatserna, så som möten med psykiatrisk sjukskötare, fortsätter ännu en tid efter det att personens skrivits ut från avdelningen samt att ett avslutande möte ordnas mellan den psykiatriska enheten och mottagarenheten (till exempel boende- och eller dagverksamhet) efter utskrivningen. Därtill bör möten med personens närmaste nätverk ordnas, om hen så önskar.

## 4.3 Utvecklade boendetjänster som stöder psykisk hälsa

Särskilda boendetjänster och boendeenheter bör utvecklas regionalt för personer som har psykisk ohälsa. Dessa tjänster bör utvecklas med beaktande av Statsrådets principbeslut om nedläggning av institutioner och utveckling av tjänster för boende för personer med intellektuell funktionsnedsättning (KEHAS 2010-2020). Vid planeringen av boendetjänster bör särskild vikt läggas vid personaldimensionering, personalens kunskaper, personalens möjlighet till reflektion och handledning samt konsultationsstigar kring särskilda frågor. Dessutom bör man planera sysselsättningsmöjligheter för personer med intellektuell funktionsnedsättning så att de får tillräcklig stimulans i vardagen och inte utsätts för alltför låga eller höga krav som kan leda till frustration och stress. Viktigt är också att personen med funktionsnedsättning ses och bemöts rätt. Boendetjänster för personer med svår psykisk ohälsa ska planeras individuellt, fastän dessa lösningar till viss del kan vara mer sårbara och dyrare att genomföra. För dessa personer skapar boendelösningar där man bor med andra personer ofta mera stress, dels för personen själv, dels för de andra personerna som bor på enheten och för personalen som ska erbjuda stöd.

Utgångspunkten bör vara att personen med intellektuell funktionsnedsättning kan få behövt stöd i sitt eget hem och att kommunerna och de framtida välfärdsområdena i högre grad utvecklar mobila tjänster så att personens närkrets (familj, personal m.fl.) får verktyg för hur den kan stödja personens psykiska välbefinnande i den omgivning hen befinner sig i. För de mest krävande fallen bör man skapa små boendeenheter med tillräcklig personaldimensionering. Dessutom behövs kontinuerlig och stark tillgång till svenskspråkig utbildning och handledning i arbetsmetoder som stöder psykisk hälsa. Personer som har svåra symptom på grund av psykisk ohälsa ska inte placeras bland andra som kan ha helt andra svårigheter och utmaningar, utan deras boendetjänster bör planeras individuellt.

## 4.4Handledning kring stöd för personer med intellektuell funktionsnedsättning och med psykiatriska tillstånd samt kamratstöd för personalgrupper

Personal som arbetar med personer med intellektuell funktionsnedsättning bör fortbildas kontinuerligt och få tillgång till ny kunskap och nya arbetsmetoder. Det är viktigt att personalen får möjlighet att reflektera över sitt eget arbetssätt och hur den ska bemöta psykisk ohälsa bland brukare. Särskilt personal som stöder personer med intellektuell funktionsnedsättning i deras egna fristående bostäder kan känna sig ensamma. Webbinarier och distansmöten sparar tid och resurser och ger större möjligheter att delta i kvalitativa utbildningar och bör därmed utvecklas vidare. Möjligheterna att ordna handledning och kamratstöd för personal torde vara enklare att ordna på distans och bör utvecklas i hela landet.

## 4.5 Dokumentation och verktyg för kartläggning av personens psykiska hälsa

Arbetsgruppen konstaterar att det finns olika typer av bildstöd, material, blanketter och dokument som tagits fram på enskilda enheter för att användas dels som stöd vid kommunikationen, dels för kartläggning av det fysiska och psykiska välbefinnandet. Denna typ av material finns i både Finland och Sverige. Utmaningen är att i det dagliga arbetet hitta lättanvänt material som snabbt ger berörda parter den information de behöver. Det bör finnas tydliga processer för hur serviceproducenter utreder personens psykiska hälsa, oberoende av vad de bakomliggande orsakerna är.

Arbetsgruppen rekommenderar att särskilda verktyg utvecklas och förbättras för att dokumentera och iaktta mående och beteende samt förändringar i dessa hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Syftet med verktygen är inte att personal inom omsorgen ska ställa diagnoser, utan att hjälpa till att synliggöra avvikelser och förändringar i beteendet, som kan tyda på belastande eller stressande faktorer, psykisk ohälsa eller somatiska besvär.

## 4.6 Fortsatt forskning och kunskapsspridning om intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa samt evidensbaserade arbetsmetoder och terapiinsatser

Det behövs mera forskning kring vård-och stödformer för personer med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa och en aktivare dialog mellan socialservicen och psykiatrin. Metoderna som tillämpas bör anpassas enligt personens kognitiva profil, det vill säga hens förmåga att bland annat ta in ny information och reflektera.

## 4.7 Främjad utveckling av stöd och vård på svenska

En utmaning är hur organisationer ska kunna erbjuda samma service på svenska som på finska. Volymerna är ofta mycket små, vilket innebär att det därmed inte finns ett stort intresse bland serviceproducenter att utveckla dessa tjänster eftersom tjänsterna oftast måste skraddarsys. Samma service finns inte tillgänglig i alla delar av Svenskfinland. Av personalen krävs det mångsidigt kunnande och flexibilitet. Det innebär också att tjänsterna kan vara mer sårbara, eftersom också små ändringar i kundunderlag kan ha avgörande inverkan på tjänsternas lönsamhet. Därmed saknas riktiga incentiva för att utveckla ny service.

Arbetsgruppen konstaterar att det är svårt att ordna service på svenska på lång sikt med beaktande av de marknadsrelaterade kriterier som offentliga sektorn följer. Arbetsgruppen föreslår att det i samband med social- och hälsovårdsreformen utreds hur tjänster ska ordnas på svenska och om en del tjänster kunde ordnas på ett mer flexibelt och skraddarsytt sätt på svenska än på finska, till exempel då det gäller gruppstorlekar, utrymmen och kostnader.

## 5. Källförteckning

Cooper Sally-Ann, Smiley Elita, Morrison Jillian, Williamson Andrew & Allan Linda (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British journal of psychiatry* 190, s. 27-35.

FDUV (2020). Vad är intellektuell funktionsnedsättning? Hämtad 12.10.2020. Tillgänglig online: <https://www.fduv.fi/sv/information/intellektuellfunktionsnedsattning>

FDUV styrelsemöte 05/2019

Herlofson, J, red. (2010). Psykiatri. Studentlitteratur.

Karlsson, Barry (2019). Psykisk ohälsa. Ingår i Söderman, L. & Nordlund, M. (red). Omsorgsboken - möjligheter och svårigheter vid intellektuell funktionsnedsättning. Liber. Upplaga 6, s. 147

Kehitysvammaliitto (2020). Kehitysvammaisuus. Hämtad 20.10.2020. Tillgänglig online: <https://www.kehitysvammaliitto.fi/kehitysvammaisuus>

Koskentausta, Terhi (2006). Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt - mitä etsitään ja miten hoidetaan? *Duodecim*:122(15):1927-35. ([www.duodecimlehti.fi](http://www.duodecimlehti.fi))

Nylander, Lena (2019). Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning i psykiatrin. Kliniska riktlinjer för bemötande och behandling. Gothia Fortbildning AB.

Seppälä, Heikki (2013). Kehitysvammaisen ihminen mielenterveyspotilaana. Kehitysvammaliitto 2013. Hämtad 12.1.2021. Tillgänglig online: [https://www.savas.fi/userfiles/file/tepa/TEPA\\_Kv\\_mtpotil\\_07052013.pdf](https://www.savas.fi/userfiles/file/tepa/TEPA_Kv_mtpotil_07052013.pdf)

Seppälä, Heikki (2017). Erilaiset eväät. Kirja kehitysvammaisuudesta. Kehitysvammaliitto ry.

Social- och hälsovårdsministeriet (2012). Från institutioner till individuellt boende. Riksomfattande plan för utvecklande av tjänster i närmiljön. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja muistioita: 2012:27.

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges regioner och kommuner (2020). Begrepp inom området psykisk hälsa. Version 2020. Hämtad 12.1.2021. Tillgänglig online: [https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2020/08/PM\\_Begrepp-inom-omr%C3%A5det-psykisk-h%C3%A4lsa.pdf](https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2020/08/PM_Begrepp-inom-omr%C3%A5det-psykisk-h%C3%A4lsa.pdf)

Statsrådet (2020). Regeringen har gjort ändringar i utkastet till proposition om social- och hälsovårdsreformen på basis av remissbehandlingen. Hämtad 21.10.2020. Tillgänglig online: <https://valtioneuvosto.fi/sv/-/1271139/regeringen-har-gjort-andringar-i-utkastet-till-proposition-om-social-och-halsovardsreformen-pa-basis-av-remissbehandlingen>

Svenskt demenscentrum (2018). Åldern har sin rätt. Om att åldras med intellektuell funktionsnedsättning. Stockholm.

Söderman, Lena & Nordlund, Martin (red). Omsorgsboken - möjligheter och svårigheter vid intellektuell funktionsnedsättning. Liber. Upplaga 6.

THL (2021). Psykiska störningar. Hämtad 12.1.2021. Tillgänglig online: <https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar>