

Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin

Delrapport 1

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-87169-16-8
Artikelnr 2012-3-24

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2012

Förord

I den här rapporten beskriver Socialstyrelsen hur arbetet med de nationella målen om delaktighet i samhället och jämlikhet i levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning bedrivs. Arbetet ingår som en del i regeringens strategi för funktionshinderspolitiken och tar sin utgångspunkt i ett av regeringen formulerat inriktningsmål och fyra delmål.

Uppdraget har genomförts av en arbetsgrupp där Karin Flyckt, Birgit Rengren Borgersen, Gunilla Westerdahl och Karin Lindgren har haft projektledaransvar för varsitt delmål. Övriga medarbetare i arbetsgruppen har varit Ulla Clevnert och Lena Palm Samuelsson samt Ulla Essén som sammanställt rapporten.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Innehåll</i>	5
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken</i>	8
Socialstyrelsens ansvar	8
Regelbundna rapporter till regeringen	9
<i>Regeringens inriktningsmål och delmål för Socialstyrelsen</i>	10
Inriktningsmålet	10
De fyra delmålen	10
Socialstyrelsens arbete med de fyra delmålen	10
Planerade aktiviteter för att nå målen	11
<i>Vård och omsorg efter behov</i>	12
Delmål	12
Bakgrund	12
Utgångsläge	12
Likvärdig socialtjänst	12
Vården som ges är inte jämlik	13
Förutsättningar för vård och omsorg efter behov	14
Genomförda aktiviteter	16
Likvärdig tillgång till socialtjänstens insatser	17
Jämlik vård	18
Planerade aktiviteter	19
Lägesbedömning	20
Socialtjänstens stöd tycks likvärdigt mellan män och kvinnor med funktionsnedsättning	20
Jämlik vård	20
Tillgänglighetsarbetet behöver bli mer systematiskt	21
Samråd med berörda aktörer	21
<i>Minimera väntetider</i>	22
Delmål	22
Bakgrund	22
Utgångsläge	22
Beslut som inte verkställts	22
Uppföljning av gynnande domar	25
Genomförda aktiviteter	26
Planerade aktiviteter	26

Lägesbedömning	26
<i>Ökad delaktighet</i>	28
Delmål	28
Bakgrund	28
Utgångsläge	28
Genomförda aktiviteter	30
Planerade aktiviteter	30
Lägesbedömning	31
<i>Bättre stöd till anhöriga</i>	32
Delmål	32
Bakgrund	32
Utgångsläge	32
Genomförda aktiviteter	33
Planerade aktiviteter	33
Lägesbedömning	34
Samråd med berörda aktörer	34
<i>Referenser</i>	36

Sammanfattning

Vad vet vi om samhällets individuella stöd till personer med funktionsnedsättning? Bidrar de individuella stöden till full delaktighet i samhället och jämlikhet i levnadsvillkor?

De här frågorna är centrala för Socialstyrelsens arbete inom ramen för regeringens funktionshinderspolitiska strategi under åren 2011–2016. Uppdraget beskrivs både i den funktionshinderspolitiska strategin och i ett särskilt regeringsuppdrag till Socialstyrelsen. Syftet med arbetet är både att kunskapen om de individuella stödens utformning ska öka och att påverka ansvariga myndigheter och verksamheter att utforma stöden så att de leder till delaktighet och jämlikhet.

I den här rapporten presenteras utgångsläget för Socialstyrelsens arbete. Det innebär inte att Socialstyrelsen börjar på ruta ett eftersom arbetet med att främja delaktighet och jämlikhet ingår i Socialstyrelsens särskilda ansvar för att genomföra de funktionshinderspolitiska målen. Däremot redovisar vi hur situationen såg ut år 2011 för att ha ett utgångsläge att jämföra med vid den slutliga redovisningen år 2016. I den mån vi har haft möjlighet att genomföra aktiviteter för att uppnå delmålen beskriver vi dessa. Vi redovisar även planerade aktiviteter.

Utgångsläget kan sammanfattas så här:

- I den socialtjänststatistik över insatser till personer med funktionsnedsättning som Socialstyrelsen årligen publicerar framgår att fler män/pojkar än kvinnor/flickor får insatser.
- Tillgängligheten till socialkontor och vårdcentraler behöver förbättras eftersom tillgänglighet är en förutsättning för att få stöd och vård efter behov. Särskilt för personer med synnedsättningar, hörselnedsättningar och kognitiva funktionsnedsättningar är bristerna stora.
- Personer med funktionsnedsättning har betydligt sämre hälsa än övriga befolkningen.
- Personer med funktionsnedsättning avstår från vård och behandling i större utsträckning än befolkningen i övrigt.
- Närmare 3 000 personer som behöver socialtjänstens stöd på grund av funktionsnedsättning får vänta mer än tre månader på att få sina beslut verkställda.
- De flesta barn eller ungdomar som bor i bostad med särskild service enligt LSS har en genomförandeplan, men den planen följs inte alltid upp. I drygt hälften av de granskade verksamheterna är barnen alltid eller i stort sett alltid delaktiga i hur insatsen planeras och genomförs.
- Ett bra stöd till anhöriga ger personer med funktionsnedsättning ökad trygghet och möjlighet till delaktighet i samhällslivet, men bestämmelsen i socialtjänstlagen, SoL, om stöd till anhöriga har ännu inte fått fullt genomslag.

En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att inom myndighetens verksamhetsområde arbeta utifrån ett särskilt inriktningsmål för genomförandet av funktionshinderspolitiken. Arbetet är preciserat i fyra delmål. Såväl inriktningsmålet som delmålen tar sin utgångspunkt i de funktionshinderspolitiska målen om delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor. Uppdraget till Socialstyrelsen är en del i regeringens funktionshinderspolitiska strategi, *En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011 – 2016*, som regeringen beslutade den 16 juni 2011.

Socialstyrelsens ansvar

Statliga myndigheter har ett särskilt ansvar att genomföra målen för funktionshinderspolitiken. Den statliga sektorns ansvar kommer främst till uttryck i förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken samt genom ett uttalat sektorsansvar i ett antal myndighetsinstruktioner. I förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen framgår att myndigheten har ett samlat ansvar, ett så kallat sektorsansvar, för genomförande av de funktionshinderspolitiska målen med anknytning till sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska inom ramen för detta ansvar vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter (2 §).

Det uppdrag som Socialstyrelsen nu har fått från regeringen och som presenteras i den funktionshinderspolitiska strategin har sin grund i de nationella målen för funktionshinderspolitiken. Målen och inriktningen för arbetet har gällt sedan år 2000 då riksdagen antog regeringens förslag om en nationell handlingsplan för funktionshinderspolitiken *Från patient till medborgare* (prop. 1999/2000). Det arbete som Socialstyrelsen genomför tar således sin utgångspunkt i de nationella målen som är

- en samhällsgemenskap med mångfald som grund
- ett samhälle som utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhället
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

Det funktionshinderspolitiska arbetet ska särskilt inriktas på

- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionsnedsättning
- att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionsnedsättning
- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Regelbundna rapporter till regeringen

Under åren 2011–2015 kommer Socialstyrelsens arbete utifrån de funktionshinderspolitiska målen att koncentreras kring de individuella stödets utformning och dess möjlighet att bidra till full delaktighet och jämlikhet i levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning. Det är regeringens inriktningsmål som är styrande för arbetet.

Årligen, från och med 2012, ska Socialstyrelsen redovisa hur myndigheten har arbetat för att uppnå sina delmål. I redovisningen ska ingå insatser som genomförts och deras resultat och effekter samt en lägesbedömning. Dessutom ska Socialstyrelsen redovisa de samråd som myndigheten har haft med funktionshindersorganisationerna och andra berörda aktörer i arbetet med att genomföra och följa upp delmålen. I den här rapporten, som är den första, ska Socialstyrelsen redovisa nollvärden, det vill säga en beskrivning av hur situationen är när arbetet i förhållande till de uppsatta delmålen påbörjas.

År 2016 ska Socialstyrelsen lämna en slutredovisning till regeringen. Den ska innehålla en bedömning av effekterna av Socialstyrelsens arbete i förhållande till delmålen och inriktningsmålet. Såväl de årliga rapporterna som slutredovisningen ska även lämnas till Myndigheten för handikappolitisk samordning, Handisam, som har regeringens uppdrag att ansvara för uppföljningen av strategins mål och insatser samt för att utveckla ett sammanhållet system för att beskriva och analysera utvecklingen.

Regeringen ska årligen i samband med budgetpropositionen redovisa resultaten av utvecklingen i förhållande till myndigheternas inriktningsmål och delmål. Redovisningen av de resultat som uppnås kan även utgöra en grund för regeringens rapportering om efterlevnaden av FN:s konvention (SÖ 2008:26) om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Regeringens inriktningsmål och delmål för Socialstyrelsen

Inriktningsmålet

Kunskapen om i vilken utsträckning de individuella stödets utformning bidrar till de funktionshinderspolitiska målen ska öka.

I den funktionshinderspolitiska strategin förklarar regeringen innebörden i inriktningsmålet på följande sätt: ”Inriktningsmålet inom det socialpolitiska området handlar om att öka kunskapen om i vilken utsträckning de individuella stöden bidrar till att uppfylla de funktionshinderspolitiska målen. Kunskapen kan stödja arbetet med att säkerställa att befintliga åtgärder ger avsedd effekt för personer med funktionsnedsättning i vardagen. Det är utifrån detta vidare perspektiv som regeringen avser inleda ett utvecklingsarbete”.

De fyra delmålen

Socialstyrelsens arbete med delmålen presenteras i fyra avsnitt. Så här är delmålen formulerade:

- Alla, inklusive personer med funktionsnedsättning, har tillgång till vård och omsorg efter behov oberoende av kön, ålder, födelseland och bostadsort.
- Kunskapen om orsakerna till långa väntetider mellan beslut och verkställighet ska öka, liksom om hur problemen ska kunna rättas till utan att rättssäkerheten åsidosätts.
- Genom tillsyn av arbetet med genomförandeplaner bidrar Socialstyrelsen till att barn, ungdomar och vuxna i ökande utsträckning kommer till tals, blir lyssnade till och kan utöva inflytande över insatsernas genomförande.
- Stödet till anhöriga till personer med funktionsnedsättning ökar genom information och vägledning till kommunerna samt genom att följa upp stödinsatsernas omfattning och inriktning.

Socialstyrelsens arbete med de fyra delmålen

Arbetet med de fyra delmålen ingår i Socialstyrelsens ordinarie arbete. Några av aktiviteterna inom delmålen är lagreglerade och några ingår som en del i andra uppdrag. Ytterligare några har tillkommit på grund av arbetet inom ramen för den funktionshinderspolitiska strategin.

Under 2011 har arbetet koncentrerats på att beskriva ett utgångsläge eller så kallade nollvärden för respektive delmål. I några fall ser vi att det arbetet behöver kompletteras för att få fram så detaljerade uppgifter som möjligt.

I en del fall har Socialstyrelsen haft samarbete med funktionshindersorganisationer och andra myndigheter. Det arbetet kommer att fortsätta och intensifieras under projektiden för respektive delmål. En viktig samarbetspartner för det sammanhållna arbetet med Socialstyrelsens inriktningsmål och delmål kommer att vara Socialstyrelsens rådgivande nämnd i funktionshindersfrågor.

Planerade aktiviteter för att nå målen

I samband med att Socialstyrelsen utformade förslag till delmål utifrån regeringens inriktningsmål redovisades även följande aktiviteter [1].

Socialstyrelsen avser att

- ta reda på om och i vilken utsträckning de individuella stöden skapar förutsättningar för delaktighet samt redovisa dessa resultat till huvudmännen (stat, kommun, landsting och regioner samt enskilda verksamheter/vårdgivare)
- synliggöra hinder för delaktighet och hur de kan rivas genom att redovisa resultaten av aktiviteterna på Socialstyrelsens webbplats i form av rapporter, öppna jämförelser, statistik m.m.
- påverka huvudmännen att vidta åtgärder som ger effekt för personer med funktionsnedsättning i vardagen/leder till märkbara resultat för den enskilde
- verka för att skapa strukturer som bidrar till att öka och sprida kunskap om de funktionshinderspolitiska målen, om förhållandet mellan generella och individuella insatser och om syftet med de individuella stöden
- informera om lagstiftningen och dess tillämpning samt om de övergripande funktionshinderspolitiska målen i handböcker, meddelandeblad och andra publikationer
- samråda med andra myndigheter i syfte att utveckla och om möjligt samverka kring gemensamma aktiviteter samt stärka utvecklingsarbetet genom fortlöpande kontakter med brukarorganisationer, Handisam, berörda departement m.fl.
- verka för att det finns ett regelverk som leder till delaktighet, självbestämmande och rättssäkerhet
- årligen göra en översyn av delmålen och dess aktiviteter och vid behov revidera eller föreslå nya delmål och aktiviteter.

Inom Socialstyrelsen pågår även ett arbete med att genomföra strategiska analyser som ett led i att utveckla den strategiska verksamhetsplaneringen. Syftet är att ge en samlad bild av myndighetens arbete inom olika områden, redovisa utmaningar och presentera handlingsalternativ. Det inriktningsmål som regeringen gett oss i uppdrag att arbeta med samt de fyra delmålen kommer att integreras i den strategiska analys som pågår inom funktionshindersområdet.

Vård och omsorg efter behov

Delmål

Alla, inklusive personer med funktionsnedsättning, har tillgång till vård och omsorg efter behov oberoende av kön, ålder, födelseland och bostadsort.

Bakgrund

Socialtjänststatistiken visar att socialtjänsten beviljar kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning olika typ och omfattning av stöd. Det är också vanligt att dessa beslut skiljer sig åt mellan kommuner, både när det gäller omfattning och inriktning. Socialstyrelsen har även visat att det är 2–3 gånger vanligare att personer med funktionsnedsättning avstår från vård trots behov jämfört med den övriga befolkningen. Liknande slutsatser har framförts av Statens folkhälsoinstitut, som även konstaterar att personer med funktionsnedsättning ofta har sämre självupplevd hälsa än den övriga befolkningen.

Socialstyrelsen har vidare konstaterat att den bristande tillgängligheten till både vårdcentraler och socialkontor bidrar till ojämlika förutsättningar att få vård och stöd. Bristande tillgänglighet ökar den enskildes beroende av stöd från andra och ökar även risken att behandling och stöd försenas eller uteblir.

Resultaten av Socialstyrelsens aktiviteter är avsedda att bidra till att öka kunskapen om målgruppens förutsättningar för delaktighet och jämlika levnadsvillkor. Resultaten ska även bidra till att öka kunskapen om hur skillnaderna kan åtgärdas.

Utgångsläge

Likvärdig socialtjänst

Socialstyrelsen har påtalat att det finns en stor kunskapsbrist när det gäller jämställdheten inom funktionshindersområdet. Orsaker som lyfts fram är definitionssvårigheter och avgränsningsproblem samt otillräcklig forskning och statistik. Socialstyrelsen har i flera lägesrapporter [2–8] redovisat att det finns skillnader i hur många män/pojkar respektive kvinnor/flickor som har insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Fler män får insatser enligt LSS och fler kvinnor får hemtjänst enligt SoL [9, 10].

Redan 2004 konstaterade Socialstyrelsen att det finns skillnader mellan kvinnor/flickor och män/pojkar när det gäller insatser enligt LSS och SoL, men också att det saknades uppgifter om hur många personer med funktionsnedsättning som hade behov av insatser från socialtjänsten [11]. Därmed kunde Socialstyrelsen inte ställa beviljade insatser i relation till behov

och inte heller avgöra om insatserna fördelades ”rättvist” mellan kvinnor och män.

Antalet insatser enligt LSS och SoL varierar stort mellan kommunerna. Socialstyrelsens tidigare analyser visar dock att varken kommunstorlek eller kommungruppstillhörighet påverkar antalet insatser [4]. Några av de faktorer som påverkar är antalet personer med funktionsnedsättning, deras behov och ålder. Personer med funktionsnedsättning bor oftare i kommuner där landstingens nu avvecklade vårdhem varit placerade. I en del kommuner finns verksamhet med nationell eller regional upptagning som kräver extra resurser och särskild kompetens. Insatserna och kostnaderna för dessa verksamheter beror också på kommunernas ekonomiska situation och på hur stöd och service till personer med funktionsnedsättning prioriteras i förhållande till annan verksamhet. Det kan även finnas skillnader i hur handläggare bedömer behovet av insatser.

Vården som ges är inte jämlik

Personer med psykisk funktionsnedsättning har sämre förutsättningar än andra att få en tillräckligt god somatisk vård konstaterar Socialstyrelsen i flera rapporter. Orsakerna är troligen flera, till exempel att somatisk sjuklighet upptäcks senare hos personer med psykisk funktionsnedsättning.

Kvinnor med bröstcancer och psykisk funktionsnedsättning har sämre chanser att bli friska från cancer än övriga patienter med bröstcancer [12]. Det beror bland annat på att kvinnor med psykisk funktionsnedsättning befinner sig i ett senare stadium av sin bröstcancer än övriga bröstcancerpatienter när de får sin diagnos och behandling. Screening med mammografi har visat sig reducera dödligheten i sjukdomen väsentligt och detta indikerar att kvinnor med psykisk funktionsnedsättning troligen inte går på screening i samma utsträckning som andra.

Psykisk funktionsnedsättning hos diabetiker ökar risken för sämre hälsa. Diabetespatienter med psykisk funktionsnedsättning hämtar i lägre utsträckning än övriga patienter ut receptbelagda blodfettssänkande läkemedel mot blodfettssänkning vid diabetes [13]. Gruppen har också en förhöjd risk för amputation av delar av benet på grund av allvarliga komplikationer av sin diabetes. Slutligen har diabetespatienter med psykisk funktionsnedsättning en ökad dödlighet, även när man exkluderar självmord och skadehändelser med oklar avsikt från analyserna.

Det kan finnas flera bakomliggande orsaker till dessa skillnader, men det är rimligt att på ett mer generellt plan anta att diabetessjukdom upptäcks senare hos personer med psykisk funktionsnedsättning och att de av olika orsaker inte får tillgång till diabetesvård och läkemedel i samma utsträckning som andra.

Påfallande är också att personer med akut hjärtinfarkt och psykisk funktionsnedsättning inte får en skyndsam vårdåtgärd, såsom ballongvidgning, i samma utsträckning som andra hjärtinfarktpatienter, när hjärtinfarkten väl har konstaterats [14]. Gruppen har också ökad risk att avlida inom sex månader efter hjärtinfarkten, vilket kan bero på uteblivet ingrepp med ballongvidgning.

Personer med psykisk funktionsnedsättning som insjuknar i stroke har större risk att avlida inom sex månader [15]. Socialstyrelsens studier visar att gruppen inte får halskärlskirurgi, ett ingrepp i syfte att avlägsna förkalkning i halspulsådern, i samma omfattning som övriga patienter.

Förutsättningar för vård och omsorg efter behov

God tillgänglighet på socialkontoren och vårdcentralerna innebär att individen får ökad självständighet och större möjligheter till delaktighet. På så sätt är god tillgänglighet en förutsättning för att personer med funktionsnedsättning får vård och omsorg efter behov.

År 2010 publicerade Socialstyrelsen en kartläggning av tillgängligheten på landets socialkontor och vårdcentraler. De lokaler som undersöktes var lokaler för ekonomiskt bistånd respektive distriktsläkarmottagningar [16]. Resultaten från denna kartläggning presenteras nedan.

Fysisk tillgänglighet

Endast vart femte socialkontor och nästan alla vårdcentraler har en parkeringsplats som är reserverad för rörelsehindrade inom 25 meter från huvudentrén.

Nästan alla socialkontor och vårdcentraler har en framkomlig väg till huvudentrén och en entré som personer i rullstol kan ta sig in genom på egen hand. De klarar kraven på entréns passagemått, automatisk dörröppnare i entrén samt framkomlighet på gångvägen till entrén.

Resultatet är sämre när det gäller kontrastmarkering av entrén och ledstråk fram till huvudentrén som avser att underlätta för personer med synnedsättning.

De flesta socialkontor och vårdcentraler har en reception vid huvudentrén, och nästan alla har också sittplatser vid receptionen. Färre än hälften av socialkontoren har dock en del av receptionsdisken placerad högst 0,75 meter över golvet. Motsvarande andel hos vårdcentralerna är två av tre. Hörselteknisk utrustning vid receptionen är ovanlig hos såväl socialkontor som vårdcentraler och endast vart tionde socialkontor och var tjugonde vårdcentral har hörselteknisk utrustning i andra lokaler än receptionen.

Majoriteten av socialkontoren och vårdcentralerna har plana golvytor utan hinder. Flertalet klarar också kriterierna för korridorer, dörrmått och trösklar. Resultatet är något sämre för kontrastmarkerade dörrar och ljudabsorbenter i väggar och tak. Bara strax över hälften av socialkontoren och tre av fyra vårdcentraler uppfyller dessa kriterier. Se tabell 1.

Tabell 1. Andel (procent) socialkontor och vårdcentraler vars huvudentréer, receptioner och lokaler uppfyller tillgänglighetskrav år 2010.

	Socialkontor	Vårdcentraler
<i>Nedsatt rörelseförmåga</i>		
Parkeringsplats som är anpassad för personer med rörelsehinder	80	90
Framkomlig väg till huvudentré	98	97
Huvudentré i marknivå	55	75
Huvudentré där personer i rullstol kan ta sig in på egen hand ¹	91	98
Sittplatser vid receptionen	99	98
Receptionsdisk som är placerad högst 0,75 m över golvet	38	62
Plana golvytor utan hinder	94	99
Korridorer är minst 1,3 meter breda	97	98
Toalett anpassad för personer med rörelsehinder	80	89
<i>Synnedsättning</i>		
Ledstråk fram till huvudentrén	32	43
Kontrastmarkering av huvudentrén	49	61
Kontrastmarkerade dörrar och trösklar i övriga lokaler	59	75
Hissknappar med blindskrift eller upphöjd relief ²	39	47
Hiss utrustad med syntetiskt tal ²	15	15
<i>Hörselnedsättning</i>		
Ljudabsorbenter i väggar och tak	69	75
Hörselteknisk utrustning vid reception	9	8
Hörselteknisk utrustning i övriga lokaler	11	5

¹ Det fria passagemåttet avser när dörren är öppen 90 grader.

² Andelen avser endast de verksamheter där det finns hiss

Skötsel och underhåll

På mer än hälften av socialkontoren råder förbud mot pälsdjur, medan bara ett av tio har förbud mot parfym. Vart tionde socialkontor har en policy eller skriftlig rutin för att säkerställa att lokalerna inte innehåller växter som kan framkalla allergier. Närmare hälften har en policy eller skriftlig rutin för att se till att starkt doftande rengöringsmedel inte används i lokalerna.

Hälften av vårdcentralerna har förbud mot parfym i lokalerna. Motsvarande siffra för förbud mot pälsdjur är drygt fyra femtedelar. Hälften av vårdcentralerna har dessutom en policy eller skriftlig rutin för att säkerställa att lokalerna inte innehåller växter som kan framkalla allergier, medan fyra femtedelar har en policy eller skriftlig rutin för att se till att starkt doftande rengöringsmedel inte används i lokalerna.

Att ta sig ut i nödsituationer

Hälften av socialkontoren tar hänsyn till personer med funktionsnedsättning i det systematiska brandskyddsarbetet.

Tre av fyra vårdcentraler tar hänsyn till personer med funktionsnedsättningar i det systematiska brandskyddsarbetet.

Information och kommunikation

Fyra av fem socialkontor erbjuder grundläggande information om sina insatser i elektroniskt format (word eller pdf). Knappt vart tionde socialkontor anger att all eller viss information finns i punktskrift, inspelad på teckenspråk eller inläst på talkassett eller Daisy.

Nästan alla socialkontor anger att den enskilde kan komma till en telefonist utan att behöva göra några aktiva knappval, men det går endast att nå ett fåtal kontor via sms eller chatt i webbfönster. Vart tredje socialkontor har rutiner för att anlita teckenspråkstolkar vid behov.

Vart tionde socialkontor har skriftliga rutiner för att förlänga besökstiden för till exempel personer med kommunikationssvårigheter.

Lättläst svenska är det alternativa format som flest vårdcentraler erbjuder. Drygt fyra av fem anger att all eller viss information finns på lättläst svenska. Andelen är ovanligt hög och det är möjligt att en viss andel avser enkel text.

Var tionde vårdcentral tillhandahåller information i punktskrift, inspelad på teckenspråk eller inläst på kassett eller Daisy.

Vid drygt tre fjärdedelar av vårdcentralerna kan den enskilde komma till en telefonist utan att behöva göra några aktiva knappval, medan det går att nå knappt hälften via sms eller chatt i webbfönster. På två av tre vårdcentraler går det att boka tid via webben. Var tionde vårdcentral har rutiner för att anlita teckenspråkstolkar vid behov.

Var tredje vårdcentral har skriftliga rutiner för att förlänga besökstiden för till exempel personer med kommunikationssvårigheter.

IT och webbplatser

Drygt hälften av kommunerna har inventerat tillgängligheten på sin externa webbplats. Endast en tredjedel av socialkontoren har länkar till information på lättläst svenska och till talad information. En klart mindre andel av kommunerna, knappt var tionde, har länkar till information på teckenspråk.

Var fjärde vårdcentral som har en egen webbplats har inventerat tillgängligheten på sin externa webbplats.

Genomförda aktiviteter

Arbetet är fortfarande i sitt inledningsskede och mycket har handlat om intern förankring och projektplanering. Socialstyrelsen har även inventerat befintligt material och kunnat konstatera att några kompletterande studier behöver göras för att beskriva utgångsläget. Läs mer om detta under rubriken Lägesbedömning.

Här följer en beskrivning av de aktiviteter som Socialstyrelsen genomfört under 2011 och som är en del i arbetet med att uppnå delmålet.

Likvärdig tillgång till socialtjänstens insatser

I slutet av 2011 publicerade Socialstyrelsen en kartläggning av könsskillnader i tillgången till insatser enligt SoL och LSS [17]. Här följer de viktigaste resultaten.

Kvinnor och män har lika stor tillgång till insatser enligt LSS

I detta projekt analyserade och jämförde Socialstyrelsen tillgången till insatser enligt LSS bland kvinnor/flickor och män/pojkar med likartade diagnoser. Resultatet visar att kvinnor/flickor och män/pojkar som har diagnoser inom utvecklingsstörning, autism och autismsliknande tillstånd, Parapares, Cerebral Pares, ryggmärgsbräck eller Downs syndrom får insatser i lika hög utsträckning. Om kvinnors/flickors och mäns/pojkars behov är ungefär lika för de aktuella diagnoserna kan vi dra slutsatsen att fördelningen av insatser mellan kvinnor/flickor och män/pojkar är rättvis.

Att fler män/pojkar än kvinnor/flickor beviljas insatser totalt sett beror på att antalet män/pojkar som har fått dessa diagnoser är fler än antalet kvinnor/flickor.

Svårare för flickor att få "rätt" diagnos

Vissa diagnoser är vanligare bland män/pojkar, vilket är en förklaring till att fler män/pojkar än kvinnor/flickor får insatser enligt LSS. Detta behöver inte vara något problem om det är så att fler män/pojkar än kvinnor/flickor uppvisar de symptom som diagnoserna omfattar. Forskning tyder dock på att flickor underdiagnostiseras när det gäller autism och autismsliknande tillstånd. En möjlig orsak är att studier om autism huvudsakligen har gjorts på pojkar och att de diagnoskriterier som används har utformats utifrån hur problemen yttrar sig hos pojkar.

Eftersom personkretsen för LSS delvis utgår från diagnoser är det ett problem om flickor underdiagnostiseras. Flickor som inte får "rätt" diagnos riskerar därmed att inte få del av den utökade rättighet som var avsikten med LSS.

Gifta kvinnor har hemtjänst – gifta män har fruar?

I analysen av hemtjänst bland personer till och med 64 år kan ett intressant könsmonster urskiljas. Bland hemtjänstmottagare som är ensamboende är andelen män något högre än andelen kvinnor. Bland hemtjänstmottagare som är sammanboende råder det motsatta förhållandet. Drygt 62 procent är kvinnor och 38 procent är män i denna grupp.

Liknande mönster har uppmärksammats av forskare vad gäller hemtjänst för äldre. I dessa studier har man konstaterat att det är vanligare att kvinnor vårdar sin make utan stöd från hemtjänsten än att män gör samma sak. Det är tänkbart att resultatet beror på att kvinnor i högre grad än män förväntas ta på sig en omvårdande roll. Det går dock inte att veta om orsaken är att

kvinnor och män själva väljer att ordna sin tillvaro efter detta mönster eller om socialtjänstens handläggare ställer högre krav på anhöriga kvinnor än män.

Även bland föräldrar till barn med funktionsnedsättning tar kvinnor ett större ansvar för omsorgsarbetet än män. Detta går ut över både deras hälsa och deras möjligheter på arbetsmarknaden.

Jämlik vård

Förlossningsvården uppmärksammar behoven hos kvinnor med psykisk sjukdom

I slutet av 2011 publicerade Socialstyrelsen en rapport om förlossningsvård för personer med samtidig psykisk sjukdom [18]. Denna studie är ett komplement till de tidigare studierna om somatisk sjuklighet och vård vid samtidig psykisk sjukdom. Här studerades gravida kvinnor inför och under barnafödandet. Förlossningsvården skiljer sig från tidigare områden bland annat genom att mödrahälsovården tydligt beaktar både medicinska och psykosociala aspekter när det gäller förberedelser inför en förlossning och ett föräldraskap. Olika förlossningsutfall och vårdåtgärder som smärtlindring studerades.

Resultaten visar att kvinnor med psykisk sjukdom i större utsträckning blir förlösta med ett planerat kejsarsnitt jämfört med kvinnor utan psykisk sjukdom. Sannolikt har psykiskt sjukas särskilda förutsättningar för att få en positiv upplevelse vid förlossningen uppmärksammas och beaktats, vilket har legat till grund för ett planerat snitt. Gruppen psykiskt sjuka kvinnor har även fått adekvat smärtlindring. Detta kan ses som att omhändertagandet och vården är adekvat för gruppen psykiskt sjuka kvinnor. Studien påvisade också vissa skillnader när det gäller barnets hälsotillstånd efter förlossningen. Kvinnor med psykisk sjukdom tenderade att föda för tidigt och barnen mådde sämre efter förlossningen. Sannolikt kan detta förklaras av att gruppen psykiskt sjuka kvinnor bland annat rökte i högre utsträckning under graviditeten. Även kejsarsnitt i sig kan leda till lägre Apgar-poäng jämfört med spontan vaginal förlossning. Apgar-poäng är ett mått som används för bedömning av hälsotillståndet hos ett nyfött barn.

Studien pekar på att både mödrahälsovården och förlossningsvården verkar beakta psykiskt sjuka kvinnors situation och skapa förutsättningar för dem att få en positiv erfarenhet av att föda. Omhändertagandet förefaller också ta hänsyn till eventuella komplikationer vid förlossningen på grund av psykisk sjukdom och minimera dessa.

Funktionshindersperspektivet får större utrymme i studier av jämlikhet inom hälso- och sjukvården

I oktober 2011 publicerade Socialstyrelsen en rapport om jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården [19]. Rapporten sammanfattar kunskapsläget inom några centrala områden i hälso- och sjukvården när det gäller jämlik hälsa och vård. Den identifierar även de viktigaste utmaningarna och ger förslag på fortsatta analyser och åtgärder. Situationen för personer med

funktionsnedsättning redovisas i ett särskilt avsnitt där de huvudsakliga slutsatserna är:

- Personer med funktionsnedsättning har betydligt sämre hälsa än övriga befolkningen. Särskilt utsatta tycks personer med psykisk funktionsnedsättning vara.
- Det är tio gånger vanligare att personer med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som dålig än att den övriga befolkningen gör det. Den självupplevda ohälsan är störst hos personer med rörelsehinder.
- En funktionsnedsättning behöver inte automatiskt innebära sämre hälsa men funktionsnedsättningen kan vara en hälsorisk.
- Flera studier pekar också på att personer med funktionsnedsättning avstår från vård och behandling i högre utsträckning än den övriga befolkningen. Ofta är orsakerna ekonomiska eftersom gruppen generellt sett har låg disponibel inkomst och omfattande utgifter för hälso- och sjukvård.
- Det utökade tandvårdsstödet till personer med funktionsnedsättning liksom översynen av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem är steg i rätt riktning.

Planerade aktiviteter

I samband med att Socialstyrelsen utformade förslag till delmål i den funktionshinderspolitiska strategin redovisades även följande planerade aktiviteter [1]:

Socialstyrelsen kommer att

- studera skillnader i stöd och service till personer med funktionsnedsättning mot bakgrund av kön, ålder, födelseland och bostadsort. Jämförelser görs inom gruppen. Personer med funktionsnedsättning identifieras via register över sociala stöd och eventuellt via hälsodataregister. Studien görs genom bearbetning och analys av registerdata.
- studera hur jämlik hälso- och sjukvården är för personer med funktionsnedsättning. Det handlar om att identifiera skillnader i behandling, läkemedelsförskrivning och komplikationer i relation till sjukdomsförekomst. Jämförelser görs med befolkningen. Personer med funktionsnedsättning identifieras via register över sociala stöd och eventuellt via hälsoregister. Studien görs genom bearbetning och analys av registerdata.
- upprepa 2010 års studie av tillgängligheten till socialkontor och till vårdcentraler.
- upprepa studien av hur jämlik tillgången till socialtjänstens stöd är för personer med funktionsnedsättning. I slutet av perioden 2011–2016 görs en fördjupad analys av utvecklingen sedan den första mätningen.
- upprepa studien av hur jämlik vården är för personer med funktionsnedsättning. I slutet av perioden 2011–2016 görs en fördjupad analys av utvecklingen sedan den första mätningen.
- följa upp 2010 års studie av tillgängligheten. I slutet av perioden 2011–2016 görs en fördjupad analys av utvecklingen sedan den första mätningen 2010.

Lägesbedömning

Arbetet har hittills koncentrerats på att samla in underlag för att kunna redovisa så kallade nollvärden, samtidigt som vissa nya studier har publicerats. En viktig del av arbetet med detta delmål är kommunikationssatsningar. Socialstyrelsen avser därför att kommunicera resultat från arbetet med delmålet dels genom konferenser och seminarier, dels via Socialstyrelsens webbplats. Kommunikationssatsningarna genomförs framförallt under 2012 och 2013, det vill säga innan studierna upprepas.

Socialtjänstens stöd tycks likvärdigt mellan män och kvinnor med funktionsnedsättning

Fler män än kvinnor beviljas insatser enligt LSS och könsskillnaderna har ökat något över tid. Detta beror framförallt på den ökning som skett bland unga inom grupp 1 i personkretsen för LSS, det vill säga personer med utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd. I dessa grupper är andelen pojkar större än andelen flickor. Inom personkretsens grupp 3, det vill säga personer med andra varaktiga psykiska eller fysiska funktionsnedsättningar, har antalet kvinnor minskat över tid samtidigt som antalet män har ökat. Generellt konstateras att när kvinnor och män väl beviljas insatser enligt LSS är insatsens omfattning lika stor för båda könen räknat i antal dygn eller timmar per månad [10, 17].

När det gäller omsorgsinsatser enligt SoL framgår att fler män än kvinnor bor i särskilt boende samtidigt som något fler kvinnor än män får hemtjänst i ordinärt boende. Andelen kvinnor och män med boendestöd är ungefär lika stor [9].

Under 2012 genomförs kompletterande mätningar med uppgifter om födelseland och bostadsort (kommun). Samtliga analyser upprepas 2014–2015.

Jämlik vård

Den somatiska vården är inte jämlik för personer med psykisk funktionsnedsättning. Bröstcancer upptäcks till exempel senare hos denna grupp, risken för amputation vid diabetes är större och risken att avlida inom sex månader efter konstaterad hjärtinfarkt är också högre än hos befolkningen som helhet. Samtidigt visar studier att förlossningsvården är mer jämlik.

Personer med psykisk sjukdom har sämre förutsättningar att få en tillräckligt god vård än andra. Detta kan ha flera orsaker, till exempel att somatisk sjuklighet upptäcks senare hos personer med psykisk sjukdom. Socialstyrelsen kommer att fortsätta studera den jämlika vården, även för personer med andra funktionsnedsättningar.

Under 2012 kompletteras tidigare analyser av jämlik vård med ytterligare grupper. Samtliga analyser upprepas 2014–2015. Under 2012 utreds även i vilken utsträckning kvalitetsregister kan användas för att studera hur jämlik vården är för personer med funktionsnedsättning.

Tillgänglighetsarbetet behöver bli mer systematiskt

Tillgängligheten är hög för personer med rörelsehinder, vilket tyder på att de nationella riktlinjerna [20] och de senaste årens riktade informationsarbete har haft god effekt.

Hos majoriteten av vårdcentralerna och socialkontoren finns det emellertid stora brister i tillgängligheten för personer med andra typer av funktionsnedsättningar, i synnerhet synnedsättning, hörselnedsättning och kognitiva funktionsnedsättningar. Bristerna riskerar att göra det svårt för dessa personer att söka vård och stöd. Det kan ta längre tid och i värsta fall kan bristerna helt utestänga dessa personer från att söka vård och stöd på samma villkor som den övriga befolkningen. Den bristande tillgängligheten riskerar också att öka dessa människors beroende av sina anhöriga eller annat personligt stöd. Detta strider mot de funktionshinderspolitiska målen där arbetet i stället ska inriktas på att skapa förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Socialkontoren och vårdcentralerna bör öka sitt systematiska tillgänglighetsarbete. Det är först när ett tillgänglighetsperspektiv genomsyrar även områden som rör information, kommunikation, skötsel, säkerhet och arbetsmiljö som vi kan tala om förutsättningar för full delaktighet.

År 2015 kommer Socialstyrelsen att upprepa 2010 års studie av tillgängligheten till socialkontor och till vårdcentraler.

Samråd med berörda aktörer

För att nå delmålet om vård och omsorg efter behov krävs att kommunikationssatsningar genomförs under projektperioden. I nuläget har kommunikationssatsningarna framförallt fokuserat på att göra berörda aktörer medvetna om detta delmål. Hittills har följande aktiviteter genomförts:

- Delmålet har presenterats för de organisationer som beviljats statsbidrag.
- Kontakt har etablerats med Handikappförbunden med anledning av deras projekt ”Hälsa för alla”.
- Kontakt har även etablerats med Statens Folkhälsoinstitut eftersom deras uppdrag har många beröringspunkter med detta delmål.

Minimera väntetider

Delmål

Kunskapen om orsakerna till långa väntetider mellan beslut och verkställighet ska öka, liksom om hur problemen ska kunna rättas till utan att rättssäkerheten åsidosätts.

Bakgrund

Att få sina beslut om insatser verkställda inom rimlig tid är inte enbart en rättssäkerhetsfråga utan också en förutsättning för att de övergripande målen för funktionshinderspolitiken ska kunna förverkligas.

I såväl 6 a – h § SoL som 28 a – h § LSS finns bestämmelser om rapporteringsskyldighet och särskild avgift. Bestämmelserna innebär att den ansvariga nämnden fyra gånger om året ska redovisa till Socialstyrelsen hur många personer som väntat mer än tre månader på att få sina beslut om insats verkställda. Detsamma gäller för beslut där verkställigheten avbrutits och nämnden inte inom tre månader på nytt tillhandahållit insatsen. Rapporteringsskyldigheten gäller tills beslutet är verkställt eller avslutat av annan anledning, till exempel att den enskilde återtagit sin ansökan. Även kommunens revisorer ska få en sådan redovisning och kommunfullmäktige ska få en statistikrapport. Den kommun som inte tillhandahåller en beviljad insats inom skälig tid ska åläggas att betala en särskild avgift.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har under flera år följt utvecklingen av ej verkställda beslut och domar och påvisat stora brister, bland annat långa väntetider. Vid den senaste nationella sammanställningen [21] som bygger på kommunernas uppgifter från den 31 december 2008 var drygt 2 100 LSS-beslut inte verkställda. För över hälften av dem som berördes av dessa beslut var väntetiderna längre än ett halvår. Längst var väntetiderna till bostad med särskild service för vuxna och kontaktperson.

För att öka kunskapen om utvecklingen sedan 2008 behöver Socialstyrelsen göra en ny sammanställning. Särskilt viktigt är att få en tydligare bild av väntetidernas längd till de olika insatserna enligt både LSS och SoL. En sådan kartläggning får utgöra grunden för hur Socialstyrelsen ska fortsätta arbetet med att fördjupa kunskaperna om orsakerna till de långa väntetiderna och hur problemen ska kunna rättas till utan att rättssäkerheten för den enskilde åsidosätts.

Utgångsläge

Beslut som inte verkställts

För att öka kunskapen om utvecklingen sedan 2008 har Socialstyrelsen ställt samman uppgifter från kommunernas regelbundna rapporteringar om beslut

som inte verkställt. Sammanställningen visar antalet ej verkställda beslut per insats och kön den 25 januari 2012. Med ej verkställda beslut avses både beslut som inte verkställts och beslut där det skett ett avbrott i verkställigheten som är längre än tre månader. Vidare redovisas antalet inrapporterade ej verkställda beslut under 2011 och väntetider för de beslut som verkställdes under 2011. Dessutom redovisas antalet ansökningar om särskild avgift som Socialstyrelsen lämnat till förvaltningsrätten under 2011.

Den här statistiken är av olika anledningar inte helt tillförlitlig. Det beror på problem med det datasystem som Socialstyrelsen låtit utveckla för ändamålet. Av den anledningen pågår arbete med att korrigera felen och att kvalitetssäkra systemen.

Av redovisningen som följer framgår också hur Socialstyrelsen arbetat med att följa upp förvaltningsrätternas gynnande domar om bistånd enligt SoL för personer med funktionsnedsättning respektive insatser enligt LSS samt Socialstyrelsens erfarenheter utifrån detta arbete.

Antal beslut enligt SoL som inte verkställts

Närmare hälften av de inrapporterade beslut enligt SoL som inte var verkställda i januari 2012 avser bistånd till kontaktperson. En stor andel av besluten avser även särskilt boende. Se tabell 2.

I länsstyrelsernas rapport från 2008 [21] särredovisades inte antalet ej verkställda beslut enligt SoL för personer med funktionsnedsättning. Därför kan inte någon jämförelse med tidigare förhållanden göras.

Tabell 2. Antal inrapporterade beslut enligt SoL som inte var verkställda den 25 januari 2012, fördelade efter kön.

	Män	Kvinnor	Totalt
Särskilt boende	43	38	81
Korttidsboende	6	0	6
Hemtjänst	1	2	3
Boendestöd	6	12	18
Dagverksamhet	13	15	28
Kontaktperson	76	63	139
Kontaktfamilj	2	2	4
Ledsagning	5	5	10
Avlösning i hemmet	1	0	1
Annat bistånd	6	14	20
Totalt	159	151	310

Antal beslut enligt LSS som inte verkställts

Det totala antalet inrapporterade beslut enligt LSS som inte var verkställda i januari 2012 är något färre än vid länsstyrelsernas uppföljning 2008 [21]. Antalet beslut som avser insatsen bostad med särskild service för vuxna har dock ökat med drygt 200 medan antalet beslut som avser kontaktperson i det

närmaste har halverats. Fortfarande är det beslut om dessa båda insatser som står för merparten av de inrapporterade besluten. Se tabell 3.

Tabell 3. Antal inrapporterade beslut enligt LSS som inte var verkställda den 25 januari 2012, fördelade efter kön.

	Män	Kvinnor	Totalt
Råd och stöd	1	15	16
Personlig assistent	4	4	8
Ledsagarservice	68	38	106
Kontaktperson	325	213	538
Avlösarservice	21	10	31
Korttidsvistelse	77	32	109
Korttidstillsyn	1	0	1
Boende för barn och unga	14	7	21
Bostad med särskild service för vuxna	513	328	841
Daglig verksamhet	116	81	197
Totalt	1 140	728	1 868

Beslut som inrapporterats för första gången

Under 2011 inrapporterades närmare 3 000 nya beslut som inte var verkställda inom tre månader. De flesta av dessa beslut avsåg insatser enligt LSS. Det var fler ej verkställda beslut som rörde män/pojkar än kvinnor/flickor enligt både SoL och LSS. Se tabell 4.

Tabell 4. Antal inrapporterade ej verkställda beslut enligt SoL eller LSS år 2011, fördelade efter kön.

	LSS			SoL		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Antal ärenden	1 340	907	2 247	276	254	530

Väntetidernas längd

De flesta som väntade på att få sina beslut verkställda under 2011 fick vänta mellan 4 och 12 månader. Samtidigt hade en fjärdedel av de berörda personerna fått vänta mer än ett år innan de fick sin insats verkställd. Se tabell 5.

Tabell 5. Antal beslut enligt SoL eller LSS som rapporterats verkställda år 2011, fördelade efter väntetider och kön.

	Minst 3 månader		4–6 månader		7–11 månader		12–17 månader		18+ månader		Totalt
Verksamhet	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
LSS	53	47	454	281	361	236	206	121	162	73	1 994
SoL	13	23	122	94	78	75	17	22	9	9	462
Totalt	66	70	576	375	439	311	223	143	171	82	2 456

Antal ansökningar om särskild avgift för beslut som inte verkställts

Under 2011 ansökte Socialstyrelsen hos förvaltningsrätten om utdömande av särskild avgift i drygt 200 fall. Se tabell 6. Ansökan görs när dröjsmålet bedöms som oskäligt. I sina bedömningar har Socialstyrelsen beaktat om kommunerna brustit i sitt planeringsansvar eller inte visat att tillräckliga åtgärder vidtagits i enskilda fall för att kunna verkställa sitt beslut. Socialstyrelsen har även förvissat sig om att dröjsmålet inte har kunnat hänföras till den enskildes inställning eller agerande.

Tabell 6. Antal ansökningar om särskild avgift för ej verkställda beslut enligt SoL eller LSS år 2011, fördelade efter kön.

	LSS			SoL		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Antal	123	77	200	5	5	10

Uppföljning av gynnande domar

Förvaltningsdomstolarna översänder kontinuerligt domar om bistånd enligt SoL respektive insatser enligt LSS till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen följer i särskild ordning upp de domar som utfallit gynnande för den enskilde. Socialstyrelsen begär uppgifter om när respektive dom har verkställts samt hur länge dröjsmålet pågått.

Under 2011 har 158 domar om insats enligt LSS och 45 domar om bistånd enligt SoL till personer med funktionsnedsättning följts upp. Resultatet av Socialstyrelsens uppföljning av gynnande domar visar att kommunerna i regel verkställer de gynnande domarna utan oskäligt dröjsmål. Socialstyrelsen har under 2011 i endast två fall funnit skäl att ansöka om utdömande av särskild avgift hos förvaltningsrätten på grund av oskäligt dröjsmål med verkställighet.

Genomförda aktiviteter

Socialstyrelsen har utformat en arbetsmodell som syftar till att handläggningen av ej verkställda beslut och gynnande domar ska vara enhetlig och effektiv samt uppfylla lagstiftningens krav. Med utgångspunkt i de uppgifter som kommunerna lämnar i de så kallade individrapporterna, tar Socialstyrelsen ställning till om det finns skäl att begära in yttrande, beslut och övrig dokumentation från kommunen. När Socialstyrelsen bedömer att den enskilde fått vänta oskälig tid på att få ett beslut verkställt görs en ansökan till förvaltningsrätten.

Under 2011 har Socialstyrelsen koncentrerat sitt arbete på att beskriva utgångsläget för delmålet. Ett stort arbete har också lagts ned på att få Socialstyrelsens system för uttag av statistik att fungera. Några andra aktiviteter för att nå målet har ännu inte påbörjats.

Planerade aktiviteter

I samband med att Socialstyrelsen utformade förslag till delmål i den funktionshinderspolitiska strategin redovisades även följande planerade aktiviteter [1]:

- Socialstyrelsen kommer regelbundet att ställa samman uppgifter från kommunernas regelbundna rapporteringar av ej verkställda beslut per kvartal på nationell nivå samt göra motsvarande sammanställning av ej verkställda domar. Sammanställningarna ska visa antalet ej verkställda beslut och domar per insats, kön och ålder samt hur långa väntetider som förekommit. Dessutom ska uppgifter om sanktionsavgifter redovisas.
- De uppgifter som redovisas i sammanställningarna ska analyseras och ligga till grund för Socialstyrelsens ställningstagande om bästa möjliga tillvägagångssätt för att fördjupa kunskapen om orsakerna till de långa väntetiderna och hur problemen kan lösas. Detta kan till exempel göras genom fördjupad tillsyn, uppföljning eller bådadera.

Lägesbedömning

Kunskaperna från sammanställningarna av inrapporterade ej verkställda beslut och domar ska på ett enkelt sätt kunna användas som ett underlag för prioritering av angelägna tillsynsobjekt. Socialstyrelsen kommer därför under år 2012 att fortsätta arbetet med att ta fram statistik med fler variabler, bland annat avseende ej verkställda beslut och hur dessa fördelar sig mellan olika åldersgrupper och hur långa väntetiderna har varit per insats. Ambitionen har varit att redan vid detta tillfälle kunna redovisa fler variabler. Förutsättningarna för ett sådant arbete har dessvärre inte funnits då Socialstyrelsens system för sammanställning av inrapporterade uppgifter ännu inte är tillräckligt kvalitetssäkrat.

De uppgifter som redovisas i sammanställningarna kommer att ytterligare analyseras och utgöra grund för det fortsatta arbetet. En viktig kunskapskälla är den information som Socialstyrelsen får in via kommunernas yttranden. Socialstyrelsen kommer vidare att genomföra tillsyn baserad på kommunernas anmälningar om ej verkställda beslut. Sammantaget ger detta en ökad kunskap

om orsakerna till de långa väntetiderna och vilka åtgärder som krävs för att minimera väntetiderna.

Uppföljning kommer att göras genom upprepade mätningar av ej verkställda beslut samt ej verkställda domar i anslutning till kommunernas ordinarie, lagreglerade rapporteringar till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen kommer att fortsätta utveckla arbetet med att effektivisera handläggningen, i syfte att bättre kunna använda instrumentet med särskild avgift som ett verksamt påtryckningsmedel. Ytterst är målet att öka rättssäkerheten för den enskilde.

Ökad delaktighet

Delmål

Genom tillsyn av arbetet med genomförandeplaner bidrar Socialstyrelsen till att barn, ungdomar och vuxna i ökande utsträckning kommer till tals, blir lyssnade till och kan utöva inflytande över insatsernas genomförande.

Bakgrund

Det här delmålet ligger i linje med det funktionshinderspolitiska målet om delaktighet. När det gäller barn berör delmålet även barnperspektivet och barns rätt att komma till tals. Delmålet ökar kunskapen om och i vilken utsträckning barn och ungdomar och deras vårdnadshavare respektive vuxna är delaktiga i arbetet med genomförandeplaner.

Resultatet från en systematisk granskning av enskildas delaktighet inom ett begränsat område kan ge värdefull kunskap om viktiga förutsättningar för ett faktiskt och reellt inflytande över beviljade insatser.

Sedan 1 januari 2010 gäller nya bestämmelser om tillsyn av bostäder med särskild service för barn eller ungdomar. Enligt förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade ska Socialstyrelsens tillsyn omfatta regelbundna inspektioner. Dessa ska göras minst två gånger per år och åtminstone en ska vara oanmäld. Den som genomför en inspektion ska samtala med de barn och ungdomar som samtycker till det (11 §).

Av 6 § LSS framgår att den enskilde i största möjliga utsträckning ska ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. När insatser enligt LSS rör barn så ska barnets bästa särskilt beaktas (6 a §). När en insats rör ett barn ska barnet få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad (8 a §).

Genomförande av beslut enligt LSS ska dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse (21 a §). I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS finns allmänna råd om genomförandeplaner (6 kap. 1 § AR). Genomförandeplanen bör upprättas inom den verksamhet som svarar för det praktiska genomförandet och bör med utgångspunkt från beslutet och målet om insatsen beskriva hur den praktiskt ska genomföras.

Utgångsläge

Utgångsläget för delmålet är resultatet av Socialstyrelsens tillsyn år 2011 av bostäder med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS.

Tillsynen visade att

- av de 624 barn vars akter granskades hade 95 procent en genomförandeplan, men 72 procent av dessa hade inte följts upp
- i 54 procent av de granskade verksamheterna bedömdes att barn och ungdomar alltid, eller i stort sett alltid, var delaktiga i hur insatsen planerades och genomfördes
- i 32 procent av de granskade verksamheterna var barn och ungdomar ibland delaktiga i hur insatsen planerades och genomfördes
- i 14 procent av de granskade verksamheterna bedömdes att barnen aldrig eller mycket sällan var delaktiga i hur insatsen planerades och genomfördes
- i 88 procent av de granskade verksamheterna gavs vårdnadshavare eller gode män alltid eller oftast möjlighet att delta i planering och uppföljning av insatsen.

Under 2011 genomfördes tillsyn i 196 bostäder med särskild service för barn eller ungdomar. Av dessa verksamheter drevs 57 procent i kommunal regi och 43 procent som enskilda verksamheter.

Granskningen av barns och ungdomars delaktighet genomfördes i 161 verksamheter och omfattade cirka 800 barn och ungdomar. I 624 fall granskades barnens akter och cirka 300 barn samtalande med inspektörerna.

Verksamheternas storlek, inriktning och barnens behov skiljer sig mycket åt. Här ingår bland annat boenden för elever i gymnasiesärskola där ett stort antal ungdomar bor under veckorna och mindre verksamheter som fungerar som huvudsaklig hem- och uppväxtmiljö för barnen.

Vid inspektionerna (både föranmälda och oanmälda) har Socialstyrelsen samtalat med cirka 300 barn och ungdomar varav något fler pojkar än flickor. Inspektörerna har även mött många barn som de inte har kunnat samtala med. Då har observationer och samtal med personal och ibland vårdnadshavare varit stöd för bedömningarna.

Inspektörerna har bedömt om barnen är delaktiga i hur insatsen planeras och genomförs. Bedömningarna har gjorts utifrån aktgranskningar samt utifrån samtalen med barnen och ungdomarna och med personalen. I hälften av de verksamheterna där bedömningarna gjordes var barn och ungdomar alltid, eller i stort sett alltid, delaktiga. I ytterligare en tredjedel var barnen och ungdomarna delaktiga ibland. Det finns också verksamheter där tillsynen bedömt att barnen inte får sin rätt till delaktighet tillgodosedd. I mer än var tionde bostad med särskild service var det så. Vårdnadshavare eller gode män gavs möjlighet att delta i planering och uppföljning i merparten av verksamheterna (88 procent).

Granskningen av 624 akter med journaler, genomförandeplaner och annan dokumentation avseende lika många barn har varit ett viktigt inslag i tillsynen. Det visade sig att av de barn vars akter granskats hade 95 procent en genomförandeplan. Det var dock inte alltid som planerna användes som det är tänkt. Endast 72 procent av genomförandeplanerna följdes upp och det framgick inte alltid hur beslutade insatser ska genomföras. Merparten av

planerna hade ett innehåll som helt eller delvis stämde överens med gällande allmänna råd (SOSFS 2006:5), men cirka 10 procent var av sämre kvalitet.

Genomförda aktiviteter

Under 2011 har Socialstyrelsen inspekterat bostäder med särskild service enligt 9 § 8 LSS med utgångspunkt i bestämmelserna i LSS och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

Verksamheterna har inspekterats vid två tillfällen, varav en gång oanmält. De har utförts av inspektörer från respektive tillsynsregion.

De föranmälda inspektionerna är när det gäller tillsynens syfte och inriktning samordnade i landet. Underlag för aktgranskningar och intervjuer är gemensamma för alla sex regionerna. Varje inspektion resulterar i ett beslut som riktas till huvudmannen. Om brister har uppmärksammas ställer Socialstyrelsen krav på att dessa ska åtgärdas. Tillsynens resultat sammanställs också för ett aggregerat, nationellt tillsynsresultat.

Under 2011 har tillsynens syfte varit att alla barn med insats enligt 9 § 8 LSS ska ha en plan för insatsen som följs upp och revideras regelbundet och att barn och vårdnadshavare ska vara delaktiga i planering och uppföljning. Frågor som besvarats i tillsynen har varit om det finns genomförandeplaner och om dessa följs upp och har ett innehåll som överensstämmer med bestämmelserna i 21 a § LSS och de allmänna råden i SOSFS 2006:5. Frågor har också besvarats om huruvida barn och vårdnadshavare är delaktiga i planering och genomförande av insatsen och på vilket sätt barnet görs delaktigt. Vårdnadshavaren, eller annan legal företrädare, har getts möjlighet att besvara en enkät om bland annat sin delaktighet i planeringen av insatsen. Vid inspektionerna har inspektörerna samtalat med de barn som vill och som har möjlighet att komma till tals.

När brister uppmärksammas ställer Socialstyrelsen krav på huvudmannen att åtgärda dessa och följer sedan upp att åtgärderna verkställs.

Planerade aktiviteter

I samband med att Socialstyrelsen utformade förslag till delmål i den funktionshinderspolitiska strategin redovisades även följande planerade aktiviteter [1]:

Socialstyrelsen kommer att

- följa upp den systematiska granskningen av barns och ungdomars genomförandeplaner i samband med den lagreglerade så kallade frekvens-tillsynen, vilken innebär regelbundet återkommande inspektioner av samtliga verksamheter
- i planering för tillsyn av bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS lägga till granskning av arbetet med genomförandeplaner som ett nytt tillsynsområde
- ta fram material som kan vara till stöd och vägledning för handläggare och personal när genomförandeplaner ska upprättas.

Lägesbedömning

Tillsynen 2011 visade att många verksamheter lever upp till kraven på dokumentation, planering och delaktighet men också att det finns en del brister. Socialstyrelsen kan också konstatera att följsamheten ofta är god. Med det menas att huvudmännen rättar till brister efter Socialstyrelsens påpekanden eller kritik. Verksamheterna ser dessutom ofta tillsynen som ett bidrag till den egna kvalitetsutvecklingen.

I kommande tillsyner har Socialstyrelsen för avsikt att följa utvecklingen och även fortsättningsvis bedöma i vilken utsträckning barn och ungdomar kommer till tals, blir lyssnade till och kan utöva inflytande över insatsernas genomförande.

En viktig förutsättning för att förverkliga bestämmelserna om enskildas inflytande och delaktighet är att personalen har den kompetens som behövs. På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen utarbetat en vägledning som arbetsgivare ska kunna ha som underlag i sina bedömningar av vilka kunskaper och erfarenheter som kan behövas för arbete inom verksamheter som ger stöd, service och omsorg till personer med funktionsnedsättningar [22].

Verksamheternas ledning och personal kan även behöva mer stöd för hur barn och ungdomar ska kunna komma till tals och utöva inflytande och medbestämmande. Det är en av anledningarna till att Socialstyrelsen nu utarbetar föreskrifter och allmänna råd samt en handbok om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS. Båda publikationerna förväntas utkomma före halvårsskiftet 2012.

Utöver den fortsatta tillsynen av bostäder med särskild service för barn eller ungdomar kommer såväl vägledningen [22] som föreskrifterna och de allmänna råden samt handboken att bidra till en ökad kunskap hos personalen. Det i sin tur bör öka förutsättningarna för att uppnå delmålet om ökad delaktighet för barn och ungdomar. Vad gäller ökad delaktighet för vuxna bör vägledningen till arbetsgivare kunna ha betydelse.

Bättre stöd till anhöriga

Delmål

Stödet till anhöriga till personer med funktionsnedsättning ökar genom information och vägledning till kommunerna samt genom att följa upp stödsatsernas omfattning och inriktning.

Bakgrund

Delmålet har sin utgångspunkt i att ett bra stöd till anhöriga ger personer med funktionsnedsättning ökad trygghet och möjlighet till delaktighet i samhällslivet. Stödet till både den anhörige och till personen med funktionsnedsättning måste utformas så att det håller god kvalitet och främjar delaktighet.

Stödet riktas idag huvudsakligen till anhöriga till äldre personer och som själva är äldre. Yngre personer har ofta andra behov och det är därför viktigt att utveckla modeller och arbetssätt för stöd till anhöriga till andra målgrupper än äldre. Stödet måste utvecklas och riktas både till de anhöriga som saknar stöd och de som behöver ett bra komplement till det stöd som ges genom hälso- och sjukvårdens habilitering/rehabilitering och socialtjänsten, inklusive LSS.

För att bestämmelsen om att socialnämnden ska erbjuda anhörigstöd ska få genomslag behöver politiker, tjänstemän och övrig personal inom socialtjänsten, anhöriga och andra närstående samt anhörig- och patientorganisationer informeras om rätten till anhörigstöd. Det behövs en bred informationssatsning och annan vägledning för att nå ut till socialtjänstens olika personalkategorier som måste få ökad kunskap om livsvillkoren för anhöriga till personer med funktionsnedsättning och deras behov av stöd.

Den första juli 2009 infördes en bestämmelse i 5 kap. 10 § SoL. I den anges att ”socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”. I samband med att bestämmelsen trädde i kraft fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att informera om ändringen, utarbeta vägledning till stöd för tillämpning av bestämmelsen, betala ut medel till kommunerna samt följa upp och utvärdera konsekvenserna av ändringen. Socialstyrelsen fick även i uppdrag att lämna en årlig rapport till regeringen med anledning av den ändrade bestämmelsen. Hittills har två rapporter, 2010 respektive 2011 [23, 24], lämnats till regeringen. I december 2014 ska Socialstyrelsen lämna en slutrapport till regeringen.

Utgångsläge

Under 2009 och 2010 gick socialtjänstens stöd, liksom tidigare, till anhöriga främst till anhöriga till äldre. Enligt socialtjänstens bedömning återstod

mycket arbete för att ge stöd till anhöriga till personer med långvarig sjukdom eller yngre personer med funktionsnedsättning. Vid den här tidpunkten var det inte möjligt att få en bild av omfattningen av stödet till anhöriga. Det berodde på att socialtjänstens behovsprövade insatser dokumenterades på ett sådant sätt att det inte gick att identifiera om insatsen beviljats som ett stöd till den anhöriga eller inte. Det stöd som riktades direkt till den anhöriga gavs oftast som en serviceinsats utan biståndsprövning och dokumenterades därmed inte [23].

År 2011 konstaterade Socialstyrelsen att man inom socialtjänsten i allt högre grad känner till bestämmelsen om anhängstöd, vilket är en positiv utveckling. Det är dock mycket svårare att veta i vilken mån den är känd bland kommuninvånarna och i vilken utsträckning informationen når fram till ”personer som vårdar eller stödjer närstående”. Socialstyrelsen konstaterade även att socialtjänstens handläggare har en nyckelroll i arbetet med att informera om bestämmelsen i 5 kap. 10 § SoL och dess innebörd. Inom hälso- och sjukvården känner personalen inte till bestämmelsen om anhängstöd i tillräcklig utsträckning. Socialstyrelsen anser därför att Hälso- och sjukvårdens kunskap eller brist på kunskap om bestämmelsen i socialtjänstlagen kan påverka sjukvårdens intresse för att samverka med socialtjänsten i anhängfrågor [24].

Funktionshindersomsorgen har under 2011 kommit igång med arbetet att utveckla stödet till anhöriga. En del kommuner har genomfört kartläggningar av verksamheten och därmed skaffat sig kunskap om hur stödet till anhöriga ska kunna utvecklas. Vad gäller handläggarna är det svårt att veta i vad mån de beaktar anhörigas behov när de handlägger ärenden som rör personer med funktionsnedsättning. En viktig faktor i sammanhanget kan vara funktionshindersomsorgens starka brukarperspektiv, vilket kan påverka handläggare att samtidigt ha ett anhängperspektiv [23].

Genomförda aktiviteter

Det utgångsläge som beskrivs i avsnittet ovan bygger på enkäter till socialtjänstens olika verksamheter samt på en bred dialog med företrädare för socialtjänsten på alla nivåer. För handläggare inom funktionshindersomsorgen har Socialstyrelsen även anordnat seminarier för att diskutera handläggarnas roll i tillämpningen av 5 kap. 10 § SoL [23, 24].

I avsnittet om Samråd med funktionshindersorganisationerna och andra berörda aktörer beskrivs ytterligare aktiviteter som genomförts under år 2011.

Planerade aktiviteter

I samband med att Socialstyrelsen utformade förslag till delmål i den funktionshinderspolitiska strategin redovisades även följande planerade aktiviteter [1]:

Socialstyrelsen kommer att

- utveckla dialogen med patient- anhörig- funktionshinders- och frivilligorganisationer för att ta vara på organisationernas kunskaper och erfarenheter i arbetet med att utveckla vägledning till kommunerna
- inrikta vägledningsarbetet på att öka kunskapen om de särskilda behov som anhöriga till personer med funktionsnedsättningar har samt den betydelse som stödet kan ha för ökad delaktighet
- skapa ett system för att kunna samla in uppgifter om insatser till stöd för anhöriga
- regelbundet följa upp delmålet genom enkäter och statistikinsamlingar.

Lägesbedömning

I årsrapporten för 2011 [24] drar Socialstyrelsen följande slutsatser om läget samt ger förslag till det fortsatta arbetet:

Kommunerna behöver ta fram mål för stödet till anhöriga och tydliggöra vad som förväntas av socialtjänstens personal när det gäller stödet till anhöriga. Det underlättar även samarbetet med hälso- och sjukvården och med frivilligorganisationerna.

Det finns behov av ett utvecklingsarbete inom socialtjänstens samtliga verksamheter så att personalen kan beakta anhörigperspektivet i sitt arbete. Särskilt viktigt är att diskutera hur socialtjänsten ska kunna utveckla ett bemötande av anhöriga som kännetecknas av ökat inflytande och delaktighet.

Socialtjänsten har ofta kontakt med anhöriga i samband med handläggningen av den enskildes ansökan om hjälp. Här är det viktigt att samtidigt uppmärksamma anhörigas behov av stöd.

Samverkan med landstingets hälso- och sjukvård behöver utvecklas, särskilt samverkan mellan socialtjänsten och primärvården.

Dialogen med patient-, anhörig-, funktionshinders- och frivilligorganisationerna behöver förbättras genom att socialtjänsten informerar organisationernas medlemmar om bestämmelsen och dess innebörd.

För att kunna vidareutveckla stödet till anhöriga inom socialtjänstens olika verksamheter är det viktigt att kunna följa resultatet av arbetet. Kommunernas dokumentation och system för verksamhetsuppföljning måste därför även innefatta 5 kap. 10 § SoL.

I det fortsatta vägledningsarbetet kommer Socialstyrelsen särskilt att stödja utvecklingen inom funktionshindersomsorgen. Målgruppen för vägledningsarbetet kommer dessutom att vidgas genom att omfatta hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen kommer också att samla in mängduppgifter av serviceinsatser till stöd för anhöriga i en kommunenkät 2012.

Samråd med berörda aktörer

Socialstyrelsens arbete med att vägleda och följa upp tillämpningen av bestämmelsen i socialtjänstlagen om stöd till anhöriga har vid tre tillfällen presenterats för Socialstyrelsens rådgivande organ Nämnden för funktionshindersfrågor.

Under 2011 har Socialstyrelsen startat en dialog med patient-, anhörig-, funktionshinders- och frivilligorganisationer för att få en bättre bild av deras roll när det gäller tillämpningen av bestämmelsen i socialtjänstlagen om stöd till anhöriga. Syftet med dialogen har varit att få underlag till Socialstyrelsens fortsatta vägledningsarbete för att stödja tillämpningen av 5 kap. 10 § SoL. Arbetet inleddes med att Socialstyrelsen skickade ut inbjudan till 26 organisationer om att delta i en intervju. De 18 organisationer som tackade ja till att delta intervjuades därefter var och en för sig. Av resultatet framgår att lagbestämmelsen om rätten till anhörigstöd delvis var okänd för organisationerna. Många underströk att det bästa stödet för en anhörig är att den närstående får god vård och ett bra stöd. Organisationerna menade också att de stödformer som kommunerna utvecklat för anhöriga till äldre många gånger inte passar för anhöriga i yrkesverksam ålder vars närstående har andra sjukdomar och funktionsnedsättningar. Nästan alla organisationer understryker att samarbetet mellan kommunerna och hälso- och sjukvården, inklusive rehabiliteringen, måste förbättras. Arbetet har resulterat i en omarbetad broschyr som ska gå ut till organisationerna, allmänheten och till vård- och omsorgspersonal.

Socialstyrelsen har också inrättat en referensgrupp med företrädare för organisationerna. Referensgruppen ska träffas två gånger per år fram till 2014 för att följa och lämna synpunkter på arbetet med regeringsuppdraget. Inom ramen för detta samråd kan även delmålet i den funktionshinderspolitiska strategin komma att diskuteras.

Referenser

1. Socialstyrelsens förslag till delmål i den funktionshinderspolitiska strategin år 2011–2016. Reviderad den 15 februari 2011. Socialstyrelsen; 2011 (opublicerad källa).
2. Handikappomsorg – lägesrapport 2002, Socialstyrelsen; 2003.
3. Handikappomsorg – lägesrapport 2003, Socialstyrelsen; 2004.
4. Handikappomsorg – lägesrapport 2004, Socialstyrelsen; 2005.
5. Handikappomsorg – lägesrapport 2005, Socialstyrelsen; 2006.
6. Handikappomsorg – lägesrapport 2006, Socialstyrelsen; 2007.
7. Insatser till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2007, Socialstyrelsen 2008.
8. Insatser till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2008, Socialstyrelsen 2009.
9. Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 november 2010. Socialstyrelsen; 2011.
10. Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2010. Socialstyrelsen; 2011.
11. Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten, Socialstyrelsen; 2004
12. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Socialstyrelsen; 2011.
13. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Socialstyrelsen; 2011.
14. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011.
15. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Socialstyrelsen; 2011.
16. Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv. En undersökning bland socialkontor och vårdcentraler, Socialstyrelsen; 2010.
17. Insatser till kvinnor och män med funktionsnedsättning. Kartläggning och analys av könsskillnader inom LSS och SoL. Socialstyrelsen; 2011.
18. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – förlossningsvård. Socialstyrelsen; 2011.
19. Ojämna villkor för hälso- och sjukvård – jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen; 2011.
20. Handisam. Riv hindren. Riktlinjer för tillgänglighet enligt förordning 2001:526 om statliga myndigheters ansvar för genomförande av handikappolitiken. Handisam. Stockholm, 2009.
21. Ej verkställda beslut enligt SoL och LSS 2008. Länsstyrelserna; 2009. (Publikationen finns på Socialstyrelsens webbplats.)

22. Rätt kompetens hos personal i verksamheter för personer med funktionsnedsättning – vägledning för arbetsgivare. Socialstyrelsen; 2012.
23. Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående – Lägesbeskrivning 2010. Socialstyrelsen; 2010.
24. Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående – Lägesbeskrivning 2011. Socialstyrelsen; 2011.