

Insatser till kvinnor och män med funktionsnedsättning

Kartläggning och analys av könsskillnader
inom LSS och SoL

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.

Artikelnr 2011-12-22

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2011

Förord

Funktionshinderspolitiken syftar ytterst till att skapa jämlika levnadsvillkor för kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning. Levnadsvillkoren för kvinnor och män med funktionsnedsättning påverkas av många faktorer. Tillgängligheten i samhället i stort är en viktig sådan. Möjligheterna till utbildning och arbete är andra betydelsefulla faktorer. Ytterligare en förutsättning för jämlika levnadsvillkor är att både kvinnor och män beviljas insatser från socialtjänsten utifrån sina individuella behov.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och analysera skillnader mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning gällande insatser enligt LSS, SoL samt insatser inom hälso- och sjukvårdens område.

Cecilia Eek och Barbro Engdahl (projektledare) har varit rapportens huvudförfattare. Texter och andra bidrag har lämnats av Ulla Clevnert, Karin Flyckt, Lars Grönvik, Henrik Passmark, Lena Palm Samuelsson, Staffan Söderberg och Kerstin Westergren.

För att samla in ytterligare erfarenheter hade Socialstyrelsen i oktober 2011 ett möte med representanter från Diskrimineringsombudsmannen (DO), Handisam och Lika unika. Under mötet diskuterades orsaker till och konsekvenser av identifierade skillnader i kvinnors och mäns insatser.

Håkan Ceder
Ställföreträdande
generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Kvinnor och män har lika stor tillgång till insatser enligt LSS	6
Svårare för flickor att få "rätt" diagnos	6
Gifta kvinnor har hemtjänst – gifta män har fruar?	7
Inga större skillnader i kvinnors och mäns levnadsvillkor	7
Fortsatt arbete	8
1. Inledning	9
Uppdraget från regeringen	9
Syfte och avgränsningar	9
Metod	10
Tidigare redovisade skillnader	11
Disposition	12
2. Insatser enligt LSS	13
Viktiga resultat	13
Ålder och personkrets bland personer med LSS-insats	13
Andel i befolkningen med insatser enligt LSS	14
Antal personer med insatser enligt LSS	15
Omfattning av beviljade insatser	15
Nybeviljade LSS-insatser	16
Utveckling över tid	17
3. Insatser enligt SoL	18
Viktiga resultat	18
Antal personer med särskilt boende, hemtjänst eller boendestöd	18
Utveckling över tid	20
Hemtjänst utifrån hushållstyp	21
4. Hälso- och sjukvårdsinsatser	22
Viktiga resultat	22
Kontakter med sjukvården bland personer med funktionsnedsättning	22
Läkemedelsanvändning bland personer i personkrets 1	24
5. Orsaker till identifierade skillnader mellan kvinnor och män	25

<i>Förekomst av funktionsnedsättning och behov av stöd</i>	25
Kvinnor och män med behov av stöd enligt LSS	25
Kvinnor och män med behov av stöd enligt SoL	27
<i>Fler pojkar har autism och autismliknande tillstånd</i>	28
<i>Underdiagnostisering av flickor?</i>	29
<i>Handläggarnas roll</i>	30
6. Konsekvenser av identifierade skillnader mellan kvinnor och män	32
<i>Flickor med autism riskerar att inte få LSS-insatser</i>	32
<i>Anhöriga kvinnor tar ett större ansvar</i>	32
<i>Ytterst handlar det om jämlika levnadsvillkor</i>	33
Referenser	35

Sammanfattning

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 personkrets 1, det vill säga personer med utvecklingsstörning, autism och autismsliknande tillstånd. I dessa grupper är andelen pojkar större än andelen flickor. I personkrets 3 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.

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.

Detta är några av de könsskillnader som identifieras inom ramen för regeringens uppdrag till Socialstyrelsen. Uppdraget innebär att Socialstyrelsen ska kartlägga könsskillnader, främst inom LSS och SoL, samt att analysera orsaker och konsekvenser. Nedan presenteras några särskilt viktiga slutsatser som kan dras utifrån de analyser som har gjorts.

Kvinnor och män har lika stor tillgång till insatser enligt LSS

När man analyserar kvinnors och mäns tillgång till insatser från socialtjänsten är det inte självklart att det är rättvist att båda könen får "lika mycket" och samma insatser. Insatser ska beviljas utifrån individuella behov, och om kvinnors och mäns behov skiljer sig åt ska även tillgången till insatser göra det. I tidigare rapporter har Socialstyrelsen konstaterat att det saknas uppgifter om hur många personer som har en funktionsnedsättning som kan innebära behov av insatser. Därmed har myndigheten inte fullt ut kunnat bedöma om insatserna fördelas "rättvist" eller inte.

I denna rapport har Socialstyrelsen tagit ett viktigt steg genom att analysera tillgången till insatser enligt LSS bland kvinnor och män med likartade diagnoser. Resultatet visar att kvinnor och män som har diagnoser inom utvecklingsstörning, autism och autismsliknande tillstånd, Parapares, Cerebral Pares, ryggmärgsbråck eller Downs syndrom får insatser i lika hög utsträckning. Om kvinnors och mäns behov är ungefär lika för de aktuella diagnoserna kan vi dra slutsatsen att fördelningen av insatser mellan kvinnor och män är rättvis.

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

Svårare för flickor att få "rätt" diagnos

Vissa diagnoser är vanligare bland män, vilket är en förklaring till att fler män än kvinnor får insatser enligt LSS. Detta behöver inte vara något pro-

blem om det är så att fler män än kvinnor 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 upp till 64 år kan ett intressant könsmönster 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.

Inga större skillnader i kvinnors och mäns levnadsvillkor

Ytterst handlar funktionshinderspolitiken om jämlika levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män, med funktionsnedsättning. De insatser som ges enligt LSS och SoL utgör en viktig del av det totala samhällsstödet till personer med funktionsnedsättning. Studier om levnadsvillkor bland kvinnor och män med funktionsnedsättning använder sig av olika tillvägagångssätt för att avgränsa gruppen. Inte desto mindre är ett gemensamt resultat i dessa studier att de inte lyfter fram några stora skillnader i levnadsvillkor mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning. De skillnader som noteras är ibland till kvinnornas fördel och ibland till männens. På det stora hela är könsskillnaderna i levnadsvillkor mindre bland personer med funktionsnedsättning än i befolkningen i stort.

Fortsatt arbete

Socialstyrelsen kommer att fortsätta följa och analysera mäns och kvinnors tillgång till stöd inom olika områden. Detta är i enlighet med myndighetens övergripande mål om vård och omsorg på lika villkor för hela befolkningen. Även det arbete som Socialstyrelsen ska bedriva för att uppnå målen inom sin funktionshinderspolitiska strategi [1] kopplar till detta område. Framför allt gäller detta delmål 1 om att personer med funktionsnedsättning ska ha tillgång till vård och stöd efter behov, oberoende av kön, ålder, födelseland och bostadsort. Socialstyrelsen kommer att genomföra följande aktiviteter:

- Studera tillgången till stöd och service för personer med funktionsnedsättning mot bakgrund av kön, ålder, födelseland och bostadsort.
- Studera hur jämlik hälso- och sjukvården är för personer med funktionsnedsättning. Syftet är att identifiera skillnader i behandling, läkemedelsförskrivning och komplikationer i relation till sjukdomsförekomst. Jämförelser görs mellan könen samt med befolkningen i stort.

Den metod som använts för att analysera kvinnors och mäns tillgång till insatser enligt LSS har visat sig vara mycket användbar. För första gången har Socialstyrelsen kunnat närma sig frågan om tillgång till insatser bland kvinnor och män med liknande behov. Socialstyrelsens avser att använda metoden även i sitt fortsatta arbete med att följa upp jämlikheten inom vård och omsorg.

1. Inledning

Uppdraget från regeringen

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ”kartlägga och analysera redovisade skillnader som finns mellan kvinnor och män, pojkar och flickor inom ramen för statistik och uppföljning gällande insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt inom socialtjänstlagen, SoL, främst insatser riktade till äldre och personer med funktionsnedsättning. Uppdraget ska även omfatta relevant statistik gällande dessa målgrupper inom rehabilitering och andra relevanta insatser inom hälso- och sjukvårdens område. Inom uppdraget ska Socialstyrelsen utifrån identifierade skillnader mellan kvinnor och män, pojkar och flickor göra en analys av dess orsaker och konsekvenser”[2].

Syfte och avgränsningar

Syftet med denna rapport är främst att analysera insatser till kvinnor och män enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Socialstyrelsen har utgått ifrån att uppdraget i första hand gäller personer med funktionsnedsättning. Mot denna bakgrund studeras tillgången till insatser för två grupper: (1) personer med insatser enligt LSS i alla åldrar, samt (2) personer upp till 64 års ålder med omsorgsinsatser enligt SoL.

Samtliga personer med insatser enligt LSS kan per definition sägas tillhöra gruppen personer med funktionsnedsättning. Detta eftersom en av förutsättningarna för att erhålla en insats enligt LSS är att man tillhör någon av lagens tre personkretsar.¹ Inom lagens personkretsar ryms ett antal uttalade funktionsnedsättningar varav några är diagnoser.

I redovisningen av kvinnors och mäns tillgång till LSS-insatser avgränsar vi oss till insatserna enligt 9 § 2–10, det vill säga de insatser som beslutas av kommunerna. Uppgifter om dessa insatser samlas in för officiell statistik på personnummernivå. Insatsen rådgivning och annat personligt stöd enligt 9 § 1 LSS, som landstingen har ansvar för, ingår inte eftersom uppgifter om denna insats endast samlas in på mängdnivå. Insatsen förekommer dessutom mycket sparsamt i majoriteten av landstingen. Troligtvis ges stödet istället som habilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Varken habilitering eller råd och stöd registreras nationellt på individnivå. Det innebär att Socialstyrelsen inte har möjlighet att analysera kvinnors och mäns tillgång till dessa insatser, baserat på tillgängliga uppgifter.

Definitionen av den andra gruppen, som har insatser enligt SoL, är mer komplicerad. För det första ges många insatser enligt denna lagstiftning ut-

¹ Personkretsarna för LSS beskrivs mer ingående i kapitel 2.

ifrån behov som inte är en konsekvens av en funktionsnedsättning. Rapporten avgränsas därför till att omfatta vissa omsorgsinsatser. För det andra ger officiell statistik om omsorgsinsatser enligt SoL ingen bild av behovets varaktighet hos de personer som får insatser. En del av dem som ingår i gruppen kan ha kortvariga behov, till följd av exempelvis ett benbrott. Ett antagande som görs i rapporten är att personer som har hemtjänst, boendestöd eller särskilt boende har någon form av funktionsnedsättning som i de flesta fall är varaktig. Dagverksamhet ingår inte i analysen då många kommuner erbjuder denna insats utan biståndsbeslut. I dessa fall blir statistiken bristfällig. För att avgränsa analysen i förhållande till äldreområdet analyseras endast insatser till personer upp till och med 64 års ålder.

I det avsnitt som avser insatser inom hälso- och sjukvården gör Socialstyrelsen inga nya bearbetningar av data utan refererar i stället till tidigare studier. Vi gör heller inte några nya analyser i detta avsnitt.

Socialstyrelsen gör inte någon analys av kvinnors och mäns tillgång till rehabilitering i denna rapport. I patientregistret finns uppgifter om den rehabilitering som utförs inom slutenvården och den specialiserade öppenvården. Uppgifterna är dock bristfälliga och alltför fragmentariska för att de ska kunna användas till analys i detta sammanhang. Vidare saknas helt uppgifter kring den mycket omfattande del av rehabiliteringen som genomförs i öppenvården av sjukgymnaster, kuratorer och arbetsterapeuter i öppenvården. Besök hos dessa yrkesgrupper får inte registreras i patientregistret. Socialstyrelsen har i ett remissvar 2010-06-22 (dnr 17844/2010), betonat vikten av att få till stånd en registrering av alla yrkesgruppers verksamhet inom öppenvården i patientregistret, så att registret ska bli så heltäckande som möjligt.

Metod

I en analys av kvinnors och mäns tillgång till insatser är det viktigt att inte utgå från att resultatet är rättvist bara för att båda könen får lika mycket stöd. Insatser enligt LSS och SoL ska utgå från individuella behov, och om kvinnors och mäns behov ser olika ut ska tillgången till insatser spegla detta. I rapporten närmar sig Socialstyrelsen frågan om kvinnors och mäns behov, genom att använda patientregistret för att undersöka vilka diagnoser som är vanligt förekommande bland personer med insatser enligt LSS. Därefter analyseras tillgången till insatser enligt LSS för personer med dessa diagnoser.

Rapporten bygger huvudsakligen på registerbearbetningar samt genomgång av forskning och andra studier. De register som används är registret över insatser enligt LSS, registret över socialtjänstens insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning samt patientregistret.

Tidigare studier har identifierats genom litteratursökningar i Libris, DiVa (Digitala vetenskapliga arkivet), uppsatser.se, Scirus.com och Google Scholar. Följande sökord har använts: genus, kön, sjukvård, socialtjänst, funktionshinder, jämställdhet, ojämlikhet, handikappomsorg, LSS.

Relevant litteratur har även identifierats genom en genomgång av publicerade rapporter vid de FoU-enheter som återfinns på webbplatsen FoU i Sverige² [3].

Tidigare redovisade skillnader

Socialstyrelsen har i flera lägesrapporter redovisat att det finns skillnader mellan kvinnor och män när det gäller de som har insatser enligt LSS och SoL. Fler män får insatser enligt LSS och fler kvinnor får hemtjänst enligt SoL. Även när det gäller insatser från andra aktörer än socialtjänsten finns det könsskillnader. Män får till exempel oftare bilstöd, medan kvinnor oftare får färdtjänst. Män har oftare anställning med lönebidrag eller inom Samhall, medan kvinnor oftare får sjuk- eller aktivitetsersättning. Män får oftare assistansersättning från Försäkringskassan. Slutligen får fler kvinnor handikappersättning och är i högre grad mottagare av vårdbidrag för sina barn. Socialstyrelsen har påtalat att det finns en stor kunskapsbrist när det gäller jämställdheten på funktionshindersområdet. Orsaker som lyfts fram är definitionssvårigheter, avgränsningsproblem, samt otillräcklig forskning och statistik [4-8].

År 2002 fick Socialstyrelsen i uppdrag att analysera kvinnors och mäns tillgång till insatser inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens områden. Uppdraget resulterade i två rapporter som publicerades år 2004, en om socialtjänsten och en om hälso- och sjukvården. I rapporten Jämställd socialtjänst? konstaterade Socialstyrelsen att det fanns skillnader mellan kvinnor och män avseende insatser enligt LSS och SoL, men att det saknades uppgifter om hur många personer som hade funktionsnedsättningar som innebar behov av insatser från socialtjänsten. Därmed kunde Socialstyrelsen inte ställa beviljade insatser mot behov, och inte heller avgöra om insatserna fördelades "rättvist" eller inte mellan kvinnor och män [9].

I systerrapporten Jämställd vård? konstaterade Socialstyrelsen att kvinnor oftare går till läkare och att den sammantagna kostnaden för kvinnors sjukvård är högre än mäns. Kostnaderna för läkemedel är totalt sett högre för kvinnor än för män, men mäns kostnader per recept är högre. Vidare konstaterades att nya, dyra medicinska teknologier och läkemedel sprider sig först till medelålders män. Vid en genomgång av överlevnad, livskvalitet och funktionsförmåga identifierades inga stora skillnader mellan kvinnor och män som fått hjärtintensivvård, strokevård eller ögonsjukvård. Å andra sidan rapporterade kvinnor oftare biverkningar och drabbades oftare än män av läkemedelsrelaterad sjuklighet. Enligt Socialstyrelsens rapport kan detta bero på att kvinnor i genomsnitt ordinerar fler läkemedel än män och därmed löper större risk att få olämpliga kombinationer av läkemedel [10].

² FoU i Sverige är en samlingsplats för personer som är intresserade av forskning, utveckling och kvalitetssäkring inom universitet, högskola, landsting/region och kommun.

Disposition

I avsnitt 2 och 3 redovisas de insatser som kvinnor och män har enligt LSS respektive SoL. Hur många kvinnor och män får insatser? Hur ser könsskillnaderna ut i olika åldrar och personkretsar? Hur har fördelningen av insatser mellan kvinnor och män utvecklats över tid? I avsnitt 4 redovisas hälso- och sjukvårdsinsatser för kvinnor och män med funktionsnedsättning. I avsnitt 5 analyseras orsaker till de identifierade könsskillnaderna och i avsnitt 6 diskuteras tänkbara konsekvenser av dessa.

2. Insatser enligt LSS

Viktiga resultat

- Av de personer som fick insatser enligt LSS den 1 oktober 2010 var 42 procent kvinnor och 58 procent män.
- De antalsmässigt största könsskillnaderna finns bland unga som tillhör personkrets 1, det vill säga har utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd. Antalet pojkar och män i åldrarna 11–30 har i personkrets 1 ökat betydligt mer än andra åldrar och personkretsar de senaste sju åren.
- I personkrets 3 har antalet kvinnor minskat med 13 procent sedan 2003. Minskningen av antalet kvinnor har skett i samtliga åldersgrupper upp till 60 år. Antalet män i personkrets 3 har däremot ökat med 33 procent under motsvarande period.
- Kvinnor och män som beviljas insatser enligt LSS får lika mycket stöd, räknat i timmar eller dygn per månad.

Ålder och personkrets bland personer med LSS-insats

En av förutsättningarna för att få tillgång till insatser enligt LSS är att personerna tillhör någon av de tre personkretsarna:

- (1) personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd
- (2) personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom eller
- (3) personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Den 1 oktober 2010 hade knappt 35 700 män (58 procent) och drygt 26 300 kvinnor (42 procent) någon insats enligt 9 § 2–10 LSS. De allra flesta (84 procent) tillhör personkrets 1 (se tabell 1). Det är även här de antalsmässigt största skillnaderna finns mellan antal kvinnor och antal män, framförallt bland barn och unga.

Tabell 1: Antal personer som hade ett verkställt beslut om LSS-insats den 1 oktober 2010, fördelat efter kön, ålder och personkrets

Ålder	Personkrets 1		Personkrets 2		Personkrets 3	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0–10	943	1 908	0	0	175	211
11–20	4 810	8 252	0	0	296	396
21–30	5 045	6 887	25	50	205	261
31–40	3 525	4 382	93	164	342	380
41–50	2 871	3 613	148	268	684	737
51–60	2 230	2 873	226	381	915	918
61–64	772	942	118	199	471	439
65–	1 475	1 531	112	186	860	753
Samtliga	21 671	30 388	724	1250	3 948	4 095

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registret över insatser enligt LSS

Andel i befolkningen med insatser enligt LSS

I tabell 2 redovisas antal kvinnor och män per 100 000 kvinnor respektive män i befolkningen för varje åldersgrupp som får insatser enligt LSS. Tabellen visar att fler män än kvinnor får insatser i samtliga personkretsar och åldrar, med undantag av åldrarna 51–64 år i personkrets 3.

De relativa skillnaderna mellan kvinnor och män är störst i personkrets 2 men det totala antalet personer är litet i den personkretsen.

De antalsmässigt största könsskillnaderna finns bland unga i personkrets 1. Pojkar i personkrets 1 är den grupp där störst andel av befolkningen beviljas LSS-insatser. I åldersgruppen 11–20 år får 1,40 procent insatser och i åldersgruppen 21–30 år är andelen 1,12 procent. Motsvarande andel för flickor är 0,87 respektive 0,86 procent.

Tabell 2: Antal personer per 100 000 invånare (i varje åldersgrupp) som hade ett verkställt beslut om LSS-insats den 1 oktober 2010 fördelat efter kön, ålder och personkrets

Ålder	Personkrets 1		Personkrets 2		Personkrets 3	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0–10	165	316	0	0	31	35
11–20	865	1 404	0	0	53	67
21–30	864	1 122	4	8	35	43
31–40	587	705	16	26	57	61
41–50	455	553	23	41	108	113
51–60	388	493	39	65	159	158
61–64	309	381	47	81	189	178
65–	154	196	12	24	90	97
Samtliga	459	648	15	27	84	87

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registret över insatser enligt LSS

Antal personer med insatser enligt LSS

Tabell 3 visar att de olika LSS-insatserna förekommer i olika stor utsträckning i olika åldersgrupper. Bland unga upp till 22 år finns fler pojkar än flickor för i stort sett alla insatser. I åldern 23 till 64 år är skillnaderna procentuellt sett störst för avlösarservice och korttidsvistelse. Dessa insatser är dock inte så vanliga bland vuxna. Bland personer över 65 år är könsskillnaderna störst för boende och daglig verksamhet.

Tabell 3: Antal personer per 100 000 i befolkningen (i varje åldersgrupp) som har ett verkställt beslut om LSS-insats den 1 oktober 2010, fördelade efter kön, ålder och insats

	Ålderklasser					
	0–22 år		23–64 år		65 år–	
	Flickor	Pojkar	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Personlig assistans	29	39	44	42	25	32
Ledsagarservice	112	182	85	88	62	59
Kontaktperson	134	166	260	284	91	106
Avlösarservice	85	160	3	4	2	4
Korttidsvistelse	256	423	20	26	1	6
Korttidstillsyn ungdomar	154	245	0	0	0	0
Boende, barn och ungdomar	39	64	0	0	0	0
Boende, vuxna	41	55	318	416	138	190
Daglig verksamhet	91	129	456	575	54	70
Någon av insatserna ovan	945	1467	1195	1448	375	471

Notera att med personlig assistans avses den personliga assistans som beviljas enligt LSS. Personlig assistans som finansieras med Försäkringskassans assistansersättning ingår inte.

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registret över insatser enligt LSS

Omfattning av beviljade insatser

I registret över insatser enligt LSS finns uppgifter om omfattningen på vissa insatser, räknat som antal timmar eller dygn per månad. För personlig assistans, ledsagarservice och avlösarservice finns uppgifter om antal timmar per månad. För korttidsvistelse redovisas antal dygn per månad.

Enligt tabell 4 syns inte några större skillnader mellan pojkar och flickor eller mellan kvinnor och män. Däremot är omfattningen av samtliga insatser större för vuxna än för barn och unga.

Tabell 4: Genomsnittlig omfattning i timmar per månad och dygn per månad för insatser enligt LSS den 1 oktober 2010, fördelade efter kön, ålder och insats

Omfattning 2010	0–22 år		23–64 år	
	Flickor	Pojkar	Kvinnor	Män
Personlig assistans (timmar/månad)	129	127	158	164
Ledsagarservice (timmar/månad)	20	20	25	25
Avlösarservice (timmar/månad)	26	25	34	33
Korttidsvistelse (dygn/månad)	5	5	6	6

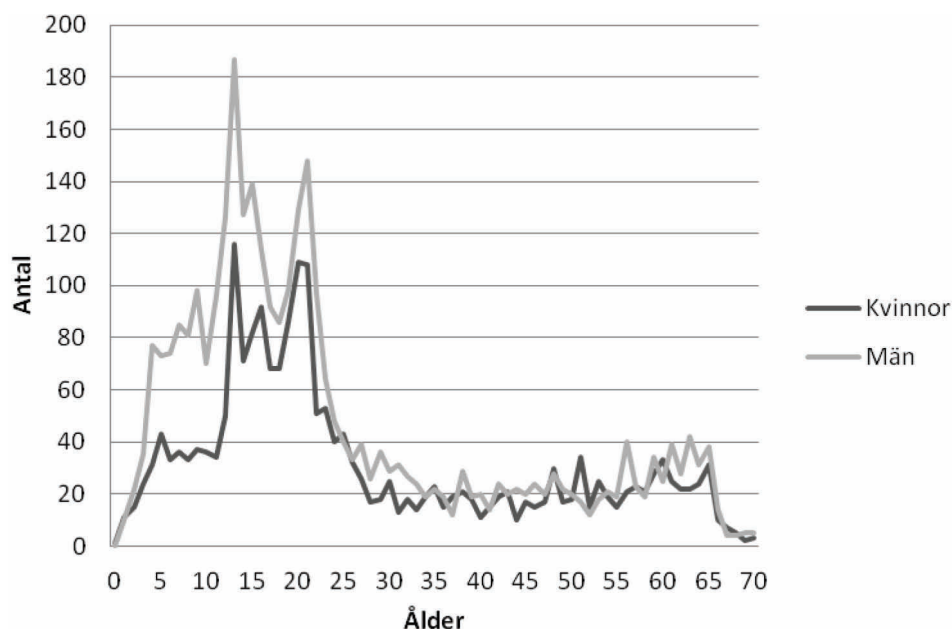
Notera att med personlig assistans avses den personliga assistans som beviljas enligt LSS. Personlig assistans som finansieras med Försäkringskassans assistansersättning ingår inte.

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registret över insatser enligt LSS

Nybeviljade LSS-insatser

Figur 1 visar i vilken omfattning kvinnor och män i olika åldrar får sina första LSS-insatser. Personer med nybeviljande insatser redovisas utifrån de personer som hade LSS-insatser den 1 oktober år 2010 men som varken hade det i oktober 2009 eller i oktober 2008. I de allra flesta åldrar är antalet män med nybeviljade insatser fler än antalet kvinnor. De procentuellt sett största könsskillnaderna finns i åldrarna 5–10 år.

Figur 1: Antal personer med nybeviljade LSS-insatser den 1 oktober 2010, fördelat efter kön och ålder.



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registret över insatser enligt LSS

De allra flesta personer som nybeviljas LSS-insatser är barn och unga upp till 25 års ålder. Därmed finns även de antalsmässigt största könsskillnaderna i denna åldersgrupp. Nybeviljanden bland barn och unga görs nästan enbart till personer i personkrets 1.

Först efter 50 års ålder står personer i personkrets 3 för fler nybeviljanden än personkrets 1. Även i personkrets 3 nybeviljas fler män än kvinnor LSS-insatser. Efter 65 års ålder är det ovanligt med nybeviljanden av LSS-insatser.

Utveckling över tid

Det finns en trend att andelen kvinnor som har insatser enligt LSS minskar över tid. År 2003 var 45 procent av de personer som fick insatser enligt LSS kvinnor. År 2010 var andelen kvinnor 42 procent. Den relativa ökningen av män är ungefär lika stort för samtliga insatser.

Totalt sett har antalet personer som beviljas LSS-insatser ökat. År 2003 hade drygt 49 900 personer någon LSS-insats. År 2010 var antalet drygt 62 000 personer. Hur fördelar sig då denna utveckling mellan kvinnor och män i olika åldrar och personkretsar?

Tabell 5 visar att ökningen nästan helt återfinns i personkrets 1. Personkrets 1 har ökat med drygt 11 000 personer samtidigt som det totala antalet har ökat med drygt 12 000 personer. Ökningen i personkrets 1 består av knappt 4 300 kvinnor och 6 900 män. Störst könsskillnad finns bland unga i åldrarna 11–30 år. Utvecklingen inom personkrets 1 förklaras i stor utsträckning av att antalet personer med diagnoser inom autismspektrat har ökat. Detta diskuteras mer utförligt i avsnitt 5.

I personkrets 2 finns en liten ökning som fördelar sig relativt lika mellan kvinnor och män. I personkrets 3 har antalet kvinnor minskat med 600 personer (13 procent). Minskningen av antalet kvinnor gäller för samtliga åldersgrupper upp till 60 år. Samtidigt har antalet män i personkrets 3 ökat med 1 000 personer (33 procent).

Tabell 5: Förändring i antal personer med LSS-insats mellan den 1 oktober 2003 och den 1 oktober 2010, fördelade efter kön, ålder och personkrets

Ålder	Personkrets 1		Personkrets 2		Personkrets 3	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0–10	-193	-189	0	0	-94	-86
11–20	963	2 094	-2	-6	-107	-101
21–30	1 704	2 702	-6	-30	-59	80
31–40	673	797	3	12	-244	61
41–50	521	565	46	49	-121	347
51–60	80	287	66	62	-277	221
61–64	248	313	63	105	32	128
65–	274	334	80	120	274	358
Samtliga	4 270	6 903	250	312	-596	1 008

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registret över insatser enligt LSS

3. Insatser enligt SoL

Viktiga resultat

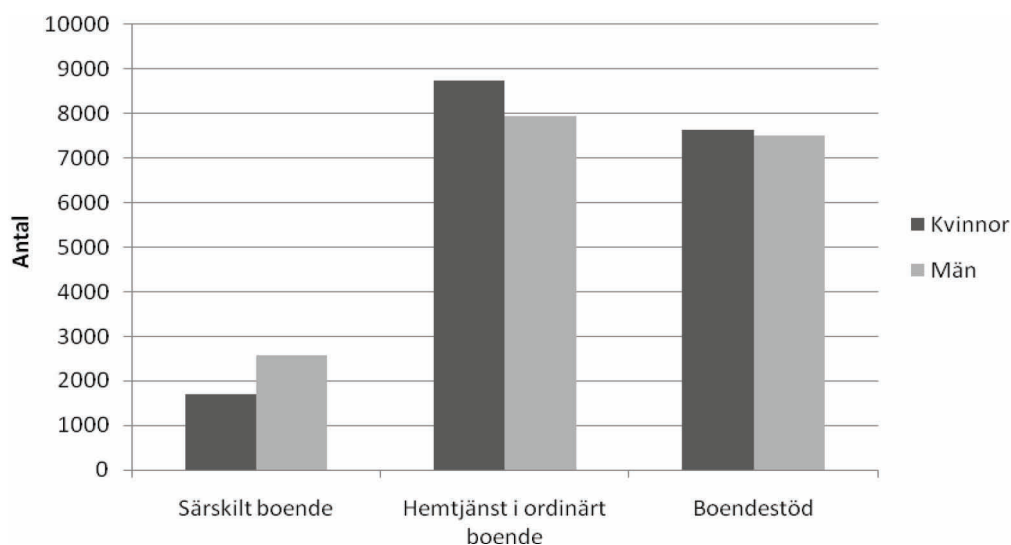
- Andelen kvinnor och män under 65 år som har någon av SoL-insatserna särskilt boende, hemtjänst eller boendestöd är jämn.
- Män bor dock oftare än kvinnor i särskilt boende, medan kvinnor något oftare har hemtjänst i ordinärt boende. Antalet kvinnor och män med boendestöd är ungefär lika stort. Fördelningen mellan kvinnor och män har varit oförändrad de senaste sju åren. Undantaget är att andelen män med hemtjänst ökat i åldersgruppen 0–19 år.
- Hushållens sammansättning spelar roll när det gäller antalet kvinnor respektive män som får hemtjänst. Sammanboende män får bistånd i lägre utsträckning än sammanboende kvinnor.

Antal personer med särskilt boende, hemtjänst eller boendestöd

I detta avsnitt studeras fördelningen mellan kvinnor och män för de vanligaste insatserna till personer med funktionsnedsättning: särskilt boende, hemtjänst och boendestöd. Dagverksamhet ingår inte då många kommuner ger insatsen utan biståndsbeslut. Därmed finns inte uppgift om samtliga personer med dagverksamhet.

År 2010 beviljade kommunerna särskilt boende, hemtjänst eller boendestöd enligt SoL till cirka 36 000 personer under 65 år. Fördelningen mellan kvinnor och män är mycket jämn. När insatserna analyseras var för sig framträder dock skillnader. Andelen män som bor i särskilt boende är högre än andelen kvinnor (se figur 2), 60 procent respektive 40 procent.

Figur 2: Antal personer (0–64 år) med beslut om särskilt boende, hemtjänst i ordinarie boende eller boendestöd år 2010, fördelade efter kön och insats



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registret över socialtjänstens insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

Könsskillnaderna ändrar sig inte särskilt mycket i en analys av antalet personer per 100 000 invånare i befolkningen (tabell 6). Av tabellen nedan framgår att det finns skillnader mellan olika åldersgrupper. Hemtjänst är vanligare bland kvinnor än bland män, totalt sett. Bland barn och unga upp till 20 års ålder är antalet pojkar större än antalet flickor per 100 000 invånare. Bland personer som är 21 år eller äldre är antalet kvinnor som får hemtjänst större än antalet män per 100 000 invånare.

Män bor oftare än kvinnor i särskilt boende, en skillnad som ökar med ökad ålder. Inom boendestöd är könsfördelningen relativt jämn totalt sett. I vissa åldersgrupper är kvinnorna fler och i andra åldersgrupper råder det motsatta förhållandet.

Tabell 6: Antal personer per 100 000 invånare (i varje åldersgrupp) med beslut om hemtjänst, boende eller boendestöd enligt SoL år 2010, fördelade efter kön, ålder och insats

2010	Särskilt boende		Hemtjänst		Boendestöd	
Alder	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0–10	0	0	10	18	0	0
11–20	2	5	21	23	32	29
21–30	13	21	80	66	233	245
31–40	23	36	151	100	261	242
41–50	51	81	271	218	325	292
51–60	104	151	536	514	317	321
61–64	225	308	964	906	260	222
Totalt	45	66	232	203	203	192

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registret över socialtjänstens insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

Utveckling över tid

Tabell 7 visar könsfördelningen bland personer med särskilt boende och hemtjänst vid två tidpunkter: år 2003 och 2010.³ Inom särskilt boende är könsskillnaderna relativt oförändrade över tid. Totalt sett har antalet personer med särskilt boende minskat med knappt 1 000 personer mellan år 2003 och 2010. Kvinnors andel minskade från 42 procent till 40 procent mellan de två tidpunkterna, medan männens andel ökade i motsvarande omfattning. Andelen pojkar och flickor upp till 19 år med särskilt boende redovisas inte, eftersom antalet personer är för lågt för att andelar ska kunna beräknas.

Antalet personer som får hemtjänst har ökat med drygt 1 200 personer mellan år 2003 och 2010. Andelen kvinnor respektive män har dock inte ändrats nämnvärt. Kvinnor utgör drygt hälften av hemtjänstmottagarna både år 2003 och år 2010. I åldersgruppen 0–19 år har andelen flickor minskat, från 46 procent till 38 procent.

³ Uppgift om boendestöd fanns inte år 2003 varför någon jämförelse över tid inte kunnat göras för insatsen.

Tabell 7: Andel kvinnor och män med särskilt boende respektive hemtjänst, år 2003 och 2010, fördelade efter kön, ålder och insats

Ålder	Särskilt boende				Hemtjänst			
	Andel kvinnor		Andelen män		Andel kvinnor		Andel män	
	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010
0–19	-	-	-	-	46 %	38 %	54 %	62 %
20–44	39 %	38 %	61 %	62 %	55 %	57 %	45 %	43 %
45–64	43 %	41 %	57 %	59 %	52 %	52 %	48 %	48 %
Totalt	42 %	40 %	58 %	60 %	53 %	52 %	47 %	48 %

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registret över socialtjänstens insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

Hemtjänst utifrån hushållstyp

Tabell 8 visar att det spelar roll om en person är ensamboende eller delar hushåll när kommunen beviljar hemtjänst. Här framträder en tydlig könsskillnad. Bland ensamboende personer utgör kvinnorna knappt hälften av hemtjänstmottagarna. Bland sammanboende däremot är kvinnorna betydligt fler. Hela 62 procent av de sammanboende hemtjänstmottagarna är kvinnor och 38 procent är män.

Liknande mönster har identifierats inom hemtjänst för äldre [11]. Detta diskuteras mer utförligt i avsnitt 5 och 6.

Tabell 8: Antal personer 23–64 år med hemtjänst i form av service eller personlig omvårdnad i juni 2008, fördelade efter kön och hushållstyp

	Antal personer		Andel personer		Genomsnittligt antal timmar	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Ensamboende	3 801	4 298	47 %	53 %	32	34
Delar hushåll	3 559	2 184	62 %	38 %	42	49
Totalt	7 360	6 482	53 %	47 %	37	42

Uppgift om hushållstyp fanns i registret över socialtjänstens insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning år 2008, däremot inte i den senaste insamlingen från 2010.

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registret över socialtjänstens insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

4. Hälso- och sjukvårdsinsatser

När det gäller tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser för kvinnor och män med funktionsnedsättning redovisar Socialstyrelsen enbart resultat från två tidigare studier. Avgränsningen av gruppen personer med funktionsnedsättning skiljer sig dock sig åt mellan de två studierna. Den första studien har en vid avgränsning, med en definition som ringar in cirka en miljon personer. Den andra studien utgår från personer som får insatser enligt LSS och som tillhör personkrets 1, det vill säga har utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd. Av rubrikerna nedan framgår vilken grupp resultaten avser.

Viktiga resultat

- Kvinnor med funktionsnedsättning uppger att de har sämre hälsa än män. Detta följer samma mönster som befolkningen i stort.
- Kvinnor med funktionsnedsättning har fler vårdkontakter än män. Även detta mönster följer mönstret i befolkningen i stort. Skillnaden mellan kvinnor och män minskar i de högre åldrarna.
- Kvinnor och män i personkrets 1 använder psykofarmaka och anti-depressiva läkemedel i lika stor utsträckning.

Kontakter med sjukvården bland personer med funktionsnedsättning

Folkhälsoinstitutet gör årligen en nationell folkhälsoundersökning genom en enkät om hälsa, vårdkontakter, läkemedelsanvändning och levnadsvanor som de sammanställer i en folkhälsorapport. År 2008 gav de ut en temarapport om personer med funktionsnedsättning. Funktionsnedsättning definierades utifrån frågor om funktionsförmåga.⁴ Med Folkhälsoinstitutets definition uppskattas cirka en miljon personer i åldrarna 16–64 år ha en funktionsnedsättning. Det är med andra ord en betydligt större grupp än den grupp som får insatser från kommunen enligt LSS eller SoL.

⁴ Folkhälsoinstitutet har definierat gruppen personer med funktionsnedsättning utifrån frågor om långvarig sjukdom eller besvär efter olycksfall samt om besvären medför nedsatt arbetsförmåga. Dessutom har frågor ställts om svårigheter att utföra vissa aktiviteter, exempelvis att läsa en dagstidning, höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer, gå i trappor eller ta en kortare promenad.

Tabell 9 visar att kontakter med sjukvården är vanligare bland kvinnor än bland män med funktionsnedsättning. Könsmönstret bland personer med funktionsnedsättning följer könsmönstret i befolkningen i stort [12]. Bland personer med funktionsnedsättning i åldersgruppen 16–64 år hade 72 procent av kvinnorna och 55 procent av männen haft någon vårdkontakt de senaste tre månaderna. Skillnaderna mellan kvinnor och män är störst när det gäller besök hos kurator, besök hos psykolog samt läkarbesök på vårdcentral. I åldersgruppen 65–84 år utjämnas skillnaden mellan könen för de flesta typer av vårdkontakter. För denna åldersgrupp är andelen män något större än andelen kvinnor när det gäller läkarbesök på sjukhus.

Tabell 9: Andel personer med funktionsnedsättning som hade haft någon vårdkontakt de senaste tre månaderna, åren 2005–2007, fördelade efter kön, ålder och typ av vårdkontakt. Åldersstandardiserat.

	16–64 år		65–84 år	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Någon vårdkontakt	72 %	55 %	77 %	73 %
Läkarbesök på sjukhus	37 %	30 %	42 %	46 %
Läkarbesök på vårdcentral o dyl.	55 %	38 %	63 %	59 %
Besök hos distriktssköterska	18 %	16 %	38 %	37 %
Besök hos kurator	9 %	3 %	1 %	2 %
Besök hos psykolog	11 %	7 %	2 %	2 %
Besök hos sjukgymnast	21 %	17 %	21 %	12 %
Besök hos naprapat	12 %	9 %	5 %	4 %
Inlagd på sjukhus	8 %	7 %	16 %	16 %

Källa: Hälsa på lika villkor. Folkhälsoinstitutet 2008.

Att andelen kvinnor som haft någon vårdkontakt generellt sett är högre än andelen män är förenligt med att fler kvinnor än män uppgivit att de upplever dålig/mycket dålig hälsa eller upplever svåra besvär med ångslan, oro eller ångest (tabell nedan). I gruppen som är 65–84 år upphör i stort sett skillnaden mellan kvinnor och män.

Tabell 10: Andel personer med funktionsnedsättning som har uppgivit att de har dålig hälsa samt besvär med ångslan, oro eller ångest, åren 2005–2007, fördelade efter kön och ålder. Andel i procent. Åldersstandardiserat.

	16–64 år		65–84 år	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Dålig hälsa	26 %	19 %	24 %	22 %
Ångslan, oro eller ångest, svåra besvär	17 %	13 %	8 %	6 %

Källa: Hälsa på lika villkor. Folkhälsoinstitutet 2008.

Läkemedelsanvändning bland personer i personkrets 1

I rapporten Alltjämt ojämnt! studerar Socialstyrelsen läkemedelsanvändningen bland personer i personkrets 1, det vill säga bland personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. I rapporten analyseras hur personer i personkrets 1 använder psykofarmaka och antidepressiva läkemedel. Redovisningen omfattar åldrarna 20–64 år och avser kontinuerlig användning av läkemedel, i detta fall läkemedel som hämtades ut på apotek både i början och i slutet av 2008.

Socialstyrelsens analyser visar att användandet av läkemedel generellt sett var högre i personkrets 1 än i övriga befolkningen. Skillnaden mellan kvinnor och män var dock mindre i personkrets 1 än i övriga befolkningen.

När det gäller användning av psykofarmaka⁵ var andelen användare väsentligt större i personkrets 1, än i den övriga befolkningen. Drygt 30 procent av personerna i personkrets 1 hade minst *ett* sådant preparat. En något mindre andel (strax under 30 procent) i personkrets 1 hade *tre eller fler* olika psykofarmaka. I stort sett inga könsskillnader identifierades i personkrets 1.

Antidepressiva läkemedel används av 20 procent av kvinnorna i personkrets 1 och cirka 17 procent av männen. Ett exempel på antidepressiva läkemedel är Bensodiazepiner. Bensodiazepiner används vid kortare behandling av ångesttillstånd och sömnstörningar. Regelbundet långtidsbruk och hög konsumtion kan ge upphov till oönskade biverkningar. Preparaten kan framkalla beroende och ha en aggressivitetshöjande effekt. Bensodiazepiner bör endast undantagsvis användas av personer med utvecklingsstörning [13]. Ändå använder drygt 10 procent i gruppen läkemedlet kontinuerligt. Ingen skillnad i användandet finns mellan kvinnor och män i personkrets 1.

Till skillnad mot Folkhälsoinstitutets undersökning, där könsskillnader konstaterades både i upplevd hälsa/oro och vårdkontakter, ser vi inte någon skillnad mellan kvinnor och män när det gäller läkemedelsanvändning i personkrets 1.

⁵ Psykofarmaka är läkemedel som påverkar de psykiska funktionerna och här ingår neuroleptika, lugnande medel/sömnmedel eller antidepressiva medel.

5. Orsaker till identifierade skillnader mellan kvinnor och män

Förekomst av funktionsnedsättning och behov av stöd

Vid analys av kvinnors och mäns tillgång till stöd kan det först tyckas vara rättvist att båda könen beviljas samma insatser och "lika mycket". Men om kvinnors och mäns behov skiljer sig åt bör även utfallet vad gäller insatser skilja sig åt. Därför behöver även eventuella skillnader i kvinnors och mäns behov beaktas. I detta avsnitt studerar vi förekomst av funktionsnedsättning bland kvinnor och män i befolkningen samt förekomst av ett antal diagnoser som ofta, men inte alltid, medför behov av stöd.

Ett vanligt sätt att analysera kvinnors och mäns tillgång till insatser, är att utgå från kvinnor och män i befolkningen som har en funktionsnedsättning. Gruppen personer med funktionsnedsättning avgränsas ibland genom att man utgår från någon av de befolkningsbaserade undersökningar som Statistiska centralbyrån (SCB) genomför, exempelvis arbetskraftsundersökningen (AKU). Med AKU:s definition av funktionsnedsättning⁶ omfattar gruppen ungefär en miljon av befolkningen upp till 65 år, knappt 17 procent av kvinnorna och drygt 14 procent av männen [14]. Det är en betydligt större grupp än den som är aktuell för insatser enligt LSS eller SoL. Flera av de grupper som är aktuella för insatser kan dessutom inte redovisas med SCB:s metod, då antalet personer är för litet. Detta gäller framförallt personer med utvecklingsstörning eller Damp/ADHD/Asperger.

Kvinnor och män med behov av stöd enligt LSS

Ett annat sätt att närma sig gruppen med behov av stöd är att utgå från diagnoser som är vanligt förekommande bland personer med insatser. I detta avsnitt fokuserar vi på insatser enligt LSS.

För att ta fram uppgifter om vilka diagnoser som är vanliga bland personer med LSS-insatser har Socialstyrelsen använt patientregistret. Det innehåller alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård sedan 1987 och alla läkarbesök i specialiserad öppenvård sedan 2001.⁷

⁶ I AKU definieras gruppen genom att intervjupersonerna besvarar en fråga om de har någon funktionsnedsättning. Därefter följer ett antal följdfrågor om typ av funktionsnedsättningar. De grupper som redovisas är personer med nedsatt syn eller hörsel, ha tal- eller röstproblem, rörelsehinder, allergi eller någon form av psykisk funktionsnedsättning. Det kan handla om diabetes, hjärt-lungproblem, mag-tarmsjukdom, psoriasis, epilepsi, dyslexi eller liknande.

⁷ Uppgifterna omfattar sedan 2001 både offentliga och privata vårdgivare.

Med hjälp av patientregistret har vi tagit fram en lista över de diagnoser som är vanligast bland personer som får insatser enligt LSS. Eftersom besök i slutenvård eller specialiserad öppenvård kan uppstå till följd av andra sjukdomar än de som medför behov av insatser från socialtjänsten, har vi tittat på såväl huvuddiagnos som bidiagnos.⁸ Efter att ha sållat bort diagnoser som rimligen inte är huvudsaklig orsak till beviljande av LSS-insatser⁹ återstår sex diagnoser. Dessa är utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd,¹⁰ Cerebral Pares, Parapares,¹¹ Downs syndrom och ryggmärgsbråck.

Nästa steg var att undersöka hur stor andel av kvinnor respektive män i dessa diagnosgrupper som får insatser enligt LSS. Detta tillvägagångssätt gör det möjligt att jämföra tillgången till insatser i en grupp av personer med liknande behov. En brist med metoden är att förekomst av en diagnos generellt sett säger väldigt lite om behovet av stöd. Två personer med samma diagnos kan ha olika funktionsnedsättningar och olika behov, vilket påverkar behovet av stöd. Vi har dock inte haft någon anledning att tro att det finns systematiska skillnader mellan kvinnors och mäns behov för diagnoserna ovan.

Tabell 11 visar att antalet män är större än antalet kvinnor för samtliga diagnoser utom ryggmärgsbråck. Störst är könsskillnaderna bland personer med autism och autismliknande tillstånd samt Parapares. Att fler män än kvinnor har de aktuella diagnoserna kan i sig vara en förklaring till att fler män än kvinnor får insatser enligt LSS.

⁸ Ett problem med patientregistret är att uppgift om diagnos inte alltid registreras. Det finns dock inte någon anledning att tro att bortfallet skiljer sig åt mellan könen och uppgifterna kan därför användas i det aktuella syftet.

⁹ Exempel på diagnoser som sållades bort är epilepsi och lunginflammation.

¹⁰ Med autism och autismliknande tillstånd avses de diagnoser som återfinns under koden F84 i Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, ICD-10. Rubriken för F84 är Genomgripande utvecklingsstörningar. Under denna rubrik återfinns bland annat diagnoserna autism i barnomen, atypisk autism, annan desintegrativ störning i barndomen och Aspergers syndrom.

¹¹ Parapares innebär dubbelsidig förlamning eller försvagning från midjan och nedåt till följd av en skada i ryggmärgen.

Tabell 11: Antal kvinnor och män i patientregistret med vissa diagnoser, fördelade efter kön och diagnos. Åren 1987–2010

Diagnos	Antal		Andel	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Utvecklingsstörning	13 854	18 306	43 %	57 %
Autism och autismsliknande tillstånd ¹²	7 982	17 203	32 %	68 %
Cerebral Pares	8 155	10 093	45 %	55 %
Parapares	4 088	6 733	38 %	62 %
Downs syndrom	3 271	3 823	46 %	54 %
Ryggmärgsbräck	2 372	2 283	51 %	49 %

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av patientregistret

Hur många av dessa personer får då insatser enligt LSS? Tabell 12 visar att personer med de aktuella diagnoserna har beviljats insatser enligt LSS i ungefär lika stor utsträckning, oavsett om de är kvinnor eller män. Endast för Downs syndrom finns en liten skillnad mellan kvinnor och män, då 66 procent av kvinnorna och 70 procent av männen får LSS-insatser.

Tabell 12: Antal kvinnor och män med vissa diagnoser som fått insats enligt LSS under åren 2004–2010, fördelade efter kön och diagnos

Diagnos	Antal personer med diagnos och LSS-insats		Andel av dem med diagnos som fått LSS-insats	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Utvecklingsstörning	8 712	11 381	62 %	62 %
Autism och autismsliknande tillstånd ¹³	4 424	9 300	55 %	54 %
Cerebral Pares	2 580	3 371	32 %	33 %
Parapares	751	1 153	18 %	17 %
Downs syndrom	2 158	2 690	66 %	70 %
Ryggmärgsbräck	421	377	18 %	17 %

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registret över insatser enligt LSS och patientregistret

När Socialstyrelsen jämför antal personer som har LSS-insatser med hur många som har de aktuella diagnoserna så syns alltså inte någon större skillnad mellan kvinnor och män. Givet att behoven är ungefär lika stora för kvinnor och män med de aktuella diagnoserna, verkar det med andra ord som att kvinnor och män har lika stor tillgång till insatser enligt LSS. Det är en viktig slutsats.

Kvinnor och män med behov av stöd enligt SoL

Någon statistisk bearbetning för att ta fram vanliga diagnosgrupper har inte gjorts för personer med insatser enligt SoL. Anledningen är att gruppen med

¹² Se fotnot 10

¹³ Se fotnot 10

SoL-insatser är mer heterogen, vilket gör en motsvarande statistisk bearbetning mer komplicerad. Inom ramen för detta projekt har Socialstyrelsen inte haft möjlighet att göra en sådan analys. Därför kan vi enbart resonera kring de könsskillnader som identifierades gällande insatser enligt SoL. Av avsnitt 3 framgår att fler män än kvinnor beviljas särskilt boende enligt SoL. Något fler kvinnor än män i befolkningen får hemtjänst. Tillgången till boendestöd är ungefär lika stor för kvinnor och män.

Det finns viss kunskap om de diagnoser, tillstånd eller funktionsnedsättningar som förekommer bland personer med insatser enligt SoL, även om kunskapen är bristfällig. Psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning är vanligt bland personer med insatser enligt SoL under 65 år, särskilt i de yngsta åldersgrupperna. Enligt patientregistret vårdades cirka 1 400 personer upp till 29 års ålder för schizofreni år 2009. Drygt 60 procent av dem var män och 40 procent var kvinnor. Schizofreni är ett samlingsnamn för sjukdomar som många gånger är svåra och funktionshindrande, och personerna som insjuknar kan behöva mycket stöd. Att fler män vårdas för schizofreni kan vara en förklaring till att män oftare beviljas särskilt boende.

I de högre åldersgrupperna finns många personer som drabbats av stroke. Av patientregistret framgår att cirka 6 000 personer under 65 år insjuknar i stroke varje år, varav 65 procent är män och 35 procent är kvinnor. Även detta kan vara en förklaring till att män oftare än kvinnor har särskilt boende.

I övrigt är kunskapen bristfällig när det gäller vilka sjukdomar och funktionsnedsättningar som ligger bakom beviljande av särskilt boende, hemtjänst och boendestöd enligt SoL. Det behövs ytterligare studier om detta.

Fler pojkar har autism och autismsliknande tillstånd

Av avsnitt 3 framgår att antalet unga i personkrets 1 har ökat kraftigt, och att ökningen till stor del består av pojkar. LSS-kommittén¹⁴ genomförde en enkätundersökning i samtliga kommuner år 2007, där en av frågorna gällde om det finns grupper som ökat mer än andra bland mottagare av insatser enligt LSS. Svarsfrekvensen var 87 procent, och 70 procent av kommunerna angav att diagnoserna inom autism och autismsliknande tillstånd ökat mer än andra [15].

För att fördjupa bilden gjorde LSS-kommittén en kartläggning i tio kommuner som omfattade samtliga unga med LSS-insatser i åldrarna 13–22 år [16]. Totalt ingick 1 120 unga personer i kartläggningen, varav 1 058 tillhörde personkrets 1. Resultatet visade att 623 personer hade en utvecklingsstörning. Antalet flickor var nästan lika stort som antalet pojkar i denna grupp. Ytterligare 154 personer hade en utvecklingsstörning i kombination med autism, och 281 hade autism eller autismsliknande tillstånd. I båda dessa grupper utgjorde pojkarna ungefär 70 procent och flickorna 30 procent.

¹⁴ LSS-kommittén hade i uppdrag att göra en översyn av LSS och personlig assistans. Slutbetänkandet (SOU 2008:77) överlämnades till socialdepartementet i augusti 2008.

Tabell 13: Antal unga personer med LSS-insats i personkrets 1 i tio kommuner år 2007, fördelade efter kön och typ av funktionsnedsättning

Diagnos	Antal		Andel	
	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
Utvecklingsstörning	291	332	47 %	53 %
Utvecklingsstörning och autism	48	106	31 %	69 %
Autism eller autismliknande tillstånd	84	197	30 %	70 %
Totalt	423	635	40 %	60 %

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av uppgifter som LSS-kommittén redovisar [16]

Resultatet ovan bygger på en kartläggning i tio kommuner, och det finns inte någon motsvarande nationell kartläggning.

Populationsstudier visar att 1 av 250 har en autismspektrumstörning i befolkningen. Enligt en svensk studie går det fyra pojkar på en flicka och enligt en litauisk studie går det två pojkar på en flicka. När det gäller kliniskt dokumenterade fall är snedfördelningen ännu mer uttalad. Förhållandet pojkar–flickor när det gäller kliniskt dokumenterade fall med autismspektrumstörning är åtta pojkar på en flicka. Enligt en nyligen genomförd studie håller könsfördelningen på att jämna ut sig, men fler studier behövs innan detta kan bekräftas [17].

Mot bakgrund av att antalet pojkar med diagnos inom autismspektrat är större än antalet flickor är det inte anmärkningsvärt att fler pojkar än flickor får LSS insatser i personkrets 1. De statistiska bearbetningarna av patientregistret och registret över insatser enligt LSS visar att en lika stor andel kvinnor som män med diagnos får insatser enligt LSS. Det finns därmed ingen anledning att tro att kvinnor eller flickor som har fått en diagnos har sämre möjligheter att beviljas insatser enligt LSS än män eller pojkar.

Underdiagnostisering av flickor?

Orsaken till att fler pojkar än flickor får diagnoser inom autismspektrat är inte klarlagd. Vissa forskare menar att pojkar är mer sårbara än flickor för miljöbetingad påverkan. Andra forskare menar att flickor har ett större skydd genom att de har två X-kromosomer [17].

Svenny Kopp lyfter fram ytterligare en förklaring till att fler pojkar än flickor får diagnoser inom autismspektrat. Studier om autism har huvudsakligen baserats på pojkar, och följaktligen utgår diagnoskriterierna från hur autism yttrar sig hos pojkar.¹⁵ Kunskapen om flickor med autism är mindre, vilket gör det svårare att diagnostisera dem. Det är troligt att flickorna i stället får andra diagnoser. Som exempel nämner Kopp störd språklig förmåga, selektiv mutism, ADHD, tvångssyndrom och anorexia nervosa. Bland annat refererar Kopp en svensk studie om anorexia nervosa enligt vilken 18 procent av dem som tio år tidigare hade fått diagnosen anorexia nervosa, visade sig ha någon form av autismspektrumstörning [17].

¹⁵ I Sverige används vanligtvis klassificeringssystemet DSM–IV. I andra länder är det mer vanligt med ICD–10. Det beskrivna problemet gäller enligt Kopp båda dessa klassificeringssystem.

Kopps egen avhandling styrker denna bild. Kopp har intervjuat och gjort detaljerade tester med 100 flickor som remitterats till den barnneuropsykiatriska kliniken vid Sahlgrenska universitetssjukhuset under åren 1999–2000. Flickorna hade besökt läkare (barnläkare, skolläkare eller barnpsykiatriker) eftersom de hade svårigheter med social interaktion eller koncentrationssvårigheter. Flickornas föräldrar hade i allmänhet oroat sig för deras beteende eller deras utveckling redan under de första levnadsåren. De hade också tidigt sökt hjälp, men utan att flickorna fått någon adekvat diagnos. När flickorna till sist remitterades till den neuropsykiatriska kliniken visade det sig att nästan hälften hade autism eller andra autismspektrumstörningar och att lika många hade ADHD som huvuddiagnos. Bara en av tio flickor hade redan fått någon av dessa diagnoser i samband tidigare läkarbesök. I stället hade flickornas svårigheter diagnostiserats som ångest, depression, familjerelationsproblem eller ospecifika anpassningsproblem. Ofta hade de inte fått någon diagnos alls.

En av slutsatserna i Kopps avhandling är att de screeninginstrument som används för att ställa diagnoser inom autismspektrat behöver kompletteras med ”flick-frågor” för att man lättare ska upptäcka autism även hos flickor [18].

Personkrets 1 består av personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. Om flickor underdiagnostiseras påverkar det deras möjligheter att få insatser enligt LSS, eftersom personkretsen för LSS delvis utgår från just diagnos.

Handläggarnas roll

Socialstyrelsens statistiska bearbetningar av registret över insatser enligt LSS och patientregistret visar att kvinnor och män som har diagnoser inom utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd, Cerebral Pares, Parapares, ryggmärgsbräck och Downs syndrom fick insatser enligt LSS i lika stor utsträckning. Det finns därmed inte någon anledning att tro att LSS-handläggare bedömer behovet olika för kvinnor och män. Någon motsvarande bearbetning har inte gjorts för vård och omsorgsinsatser enligt SoL.

I analysen av hemtjänst utifrån hushållstyp såg vi att sammanboende kvinnor har hemtjänst i större utsträckning än sammanboende män. Vi kan dock inte veta om det är handläggarna som ställer högre krav på anhöriga kvinnor än män, eller om det är brukarna själva och deras anhöriga som ansöker om hemtjänst i olika stor utsträckning.

En studie som tyder på att handläggare kan ha olika förväntningar på anhöriga utifrån kön gjordes av dåvarande Riksförsäkringsverket år 2004. Totalt fick 71 handläggare från tre län bedöma ett fiktivt fall. Underlaget bestod av en ansökan om assistansersättning från en gift person med en funktionsnedsättning. I hälften av fallen var personen som ansökte om assistansersättning en kvinna, och i den andra hälften var det en man. När en person är gift eller sammanboende ska handläggaren göra en bedömning av makens eller makans ansvar, dels för det gemensamma hushållet, dels för en viss del av omvårdnaden. I 82 procent av de fall där den sökande var en man kommenterade handläggarna att det inte framgick om hänsyn tagits till makans ansvar. I de fall där sökanden var kvinna kommenterade handläggarna ma-

kens ansvar i endast 68 procent av fallen. Det var alltså påtagligt vanligare att handläggarna i undersökningen underströk partners ansvar i de fall då den anhöriga var kvinna och den sökande man [19].

Studier inom näraliggande områden tyder också på att det kan finnas skillnader i hur handläggare uppfattar och beskriver kvinnors och mäns behov [20-22]. I dessa studier är det dock inte helt klarlagt om de könsskillnader som beskrivs kommer sig av handläggares föreställningar om kvinnor och män eller om det helt enkelt är personerna själva som agerar utifrån samhällets normer om vad som betraktas som kvinnligt respektive manligt.

Sammanfattningsvis finns det inte någon anledning att tro att LSS-handläggare bedömer kvinnors och mäns behov olika, givet den metod som använts. När det gäller hemtjänst får kvinnor och män som är sammanboende insatser i olika stor utsträckning. Det finns ingen kunskap om huruvida detta beror på om handläggarna ställer högre krav på anhöriga kvinnor. Över huvud taget finns det få studier som handlar om handläggares bedömningar av kvinnors och mäns behov, vilket gör det svårt att dra generella slutsatser.

6. Konsekvenser av identifierade skillnader mellan kvinnor och män

Flickor med autism riskerar att inte få LSS-insatser

Registerbearbetningarna visar att kvinnor och män med liknande diagnoser beviljas insatser enligt LSS i lika stor utsträckning. Det finns därmed ingen anledning att tro att något av könen missgynnas när det gäller beviljande av insatser, åtminstone inte bland de personer som har en diagnos. Däremot finns det forskning som tyder på att flickor underdiagnostiseras [17, 18].

Personkrets 1 i LSS omfattar personer med utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd. Forskningen om autism har huvudsakligen gjorts på pojkar, och det är pojkars symptom som har styrt utformningen av diagnoskriterierna. Flickor får i stället andra diagnoser. Eftersom personkrets 1 utgår från diagnos riskerar flickor därför att inte beviljas insatser enligt LSS.

Personer som inte bedöms ingå i personkretsen för LSS kan i stället bedömas ha rätt till insatser enligt SoL. Det ursprungliga syftet med LSS var dock att prioritera en grupp personer som ansågs ha särskilt omfattande behov av insatser. I regeringens proposition 1992/93:159 konstaterades att de insatser som ges enligt SoL och hälso- och sjukvårdslagen inte ger tillräckligt goda levnadsvillkor. Man ville stärka den enskildes rättigheter och skydda personer med omfattande behov även i tider av ekonomiska nedskärningar. Därför infördes LSS [23]. De personkretsar som ingår i LSS kan ses som en prioriterad grupp med utökade rättigheter. De flickor som inte får rätt diagnos får emellertid inte del av den utökade rättighet som LSS var tänkt att innebära.

Anhöriga kvinnor tar ett större ansvar

Av avsnitt 3 framgår att fördelningen av hemtjänst är relativt jämn i enpersonshushåll. Men bland de sammanboende som får hemtjänst utgör kvinnorna 62 procent och männen 38 procent. Samma mönster har observerats inom forskningen när det gäller hemtjänst bland äldre. Marta Szebehely menar att ensamboende äldre kvinnor och män har ungefär lika mycket stöd från hemtjänsten. Men en gift kvinna som behöver hjälp får i större utsträckning stöd från både hemtjänsten och släkten än en gift man. Hennes slutsats är att en gift kvinna med en skröplig man oftare står ensam med omsorgsansvaret än en gift man i motsvarande situation [11].

Liknande mönster har konstaterats av Riksförsäkringsverket när det gäller assistansersättning. Män som bor ensamma beviljas fler timmar assistans än kvinnor som bor ensamma. När det däremot gäller personer som är gifta eller sammanboende beviljas kvinnorna fler timmar än männen. Vidare vi-

sar Riksförsäkringsverkets studie att manliga partners till kvinnliga assistansmottagare har ett heltidsarbete utanför hemmet, medan kvinnliga partners i högre utsträckning arbetar deltid. Det är också vanligare i studien att kvinnor är anställda för att bistå sina funktionshindrade män, än det omvända förhållandet [19].

På motsvarande sätt tar mammor till barn med funktionsnedsättning ett större ansvar än pappor. En studie gjord av Riksförbundet Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (RBU) visar att mammors större ansvarstagande inverkar på deras möjligheter i arbetslivet [24]. RBU:s undersökning visade att 40 procent av mammorna arbetade helt eller delvis i hemmet, som personlig assistent, anhörigvårdare, med vårdbidrag eller helt utan bidrag. Ungefär 60 procent av mammorna hade någon form av förvärvsarbete utanför hemmet. Motsvarande andel bland papporna var 90 procent.

Även hälsan påverkades hos de mammor som deltog i RBU:s undersökning. Nästan 60 procent av kvinnorna uppgav belastningssmärtor på grund av mycket lyftande och bärande som ett hälsoproblem. I de familjer där barnen inte kunde gå eller gick med stora svårigheter hade närmare 80 procent av mammorna problem med belastningssmärtor. Avbruten sömn för att hjälpa barnet på natten var det näst vanligaste problemet. Pappornas hälsoproblem var av liknande art men inte lika vanliga.

Den sammantagna bilden är att kvinnor tar ett större ansvar för sina anhöriga och barn med funktionsnedsättningar jämfört med män. Att ge omsorg till sina nära och kära kan vara förknippat med glädje och tillfredsställelse. Men inom forskningen talar man även om ”anhörigomsorgens pris”. Det handlar om de ekonomiska, hälsomässiga, sociala och känslomässiga kostnader som är förknippade med omsorgsgivande. En utgångspunkt är att det inte finns någon omsorg som är gratis, även om den sker utan betalning [25]. RBU:s studie beskriver några av dessa kostnader.

Ytterst handlar det om jämlika levnadsvillkor

Ytterst handlar funktionshinderspolicen om att personer med funktionsnedsättning ska ha levnadsvillkor som är jämlika med övriga befolkningen. Det finns därför anledning att göra ett nedslag i tidigare studier som handlar om levnadsvillkor för kvinnor och män med funktionsnedsättning. Tanken är att om både kvinnor och män får stöd utifrån behov så borde deras levnadsvillkor dels närma sig övriga befolkningen, dels inte skilja sig så mycket åt mellan könen.

Det är fortfarande förhållandevis outforskat i vilket utsträckning det individuella stödet – utifrån socialtjänstens insatser och i övrigt – faktiskt leder till uppfyllelse av de funktionshinderspolicens målen om jämlika levnadsvillkor och full delaktighet. En mångfald av studier visar dock att personer med funktionsnedsättning har sämre levnadsvillkor än den övriga befolkningen, vilket indikerar att effekten av individuella stöd inte har fått ett fullständigt genomslag. Personer med funktionsnedsättning har generellt sett lägre utbildningsnivå, saknar i stor utsträckning arbete på den öppna arbetsmarknaden, drabbas oftare av ekonomiska svårigheter, har ofta mer begränsade sociala liv och känner sig mindre nöjda med sin tillvaro i stort [12, 26-29].

När det gäller könsskillnader i levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning visar flertalet studier att skillnaderna i denna grupp är mindre än i befolkningen i stort. Enligt Statistiska centralbyråns arbetskraftsundersökning (AKU) syns inte någon könsskillnad i sysselsättningsgrad för personer med funktionsnedsättning.¹⁶ Resultatet skiljer sig från befolkningen i stort där män har en högre sysselsättningsgrad än kvinnor [14]. Enligt en studie gjord av Riksförsäkringsverket fanns inga skillnader mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning¹⁷ när det gäller sysselsättning på den öppna arbetsmarknaden. Däremot hade fler män än kvinnor tillgång till sysselsättning utanför arbetsmarknaden i form av exempelvis Samhall, praktikplats och daglig verksamhet. Bland personer med utvecklingsstörning noterades dock ingen skillnad mellan kvinnor och män i detta avseende [30].

Även inkomstskillnaden är mindre bland kvinnor och män med funktionsnedsättning¹⁸ än i befolkningen i stort, enligt Socialstyrelsens bearbetning av SCB:s undersökning om hushållens ekonomi (HEK) [31]. Dock visar Riksförsäkringsverkets studie att kvinnor oftare än män har svårt att klara sina löpande utgifter. Samtidigt var det fler kvinnor än män som uppgav att de med kort varsel kunde skaffa fram 14 000 kronor [30].

Öje Umb Karlsson har undersökt levnadsförhållanden och hälsa hos 112 personer med utvecklingsstörning i Uppsala län. I denna studie var skillnaden mellan kvinnor och män med utvecklingsstörning mindre än mellan kvinnor och män i befolkningen i stort inom områdena sociala relationer och samhällelig delaktighet. Det faktum att personerna hade en utvecklingsstörning var mer utslagsgivande än det faktum att de var kvinnor eller män [27, 32]. Magnus Tideman konstaterar att vissa könsskillnader finns mellan kvinnor och män med utvecklingsstörning inom området sociala relationer. Som exempel nämns att kvinnorna med utvecklingsstörning oftare hade nära vänner och en mer intensiv kontakt med grannar och släktingar. Kvinnornas inflytande över vardagslivet var större än männens, liksom deras tillfredsställelse med sina förhållanden. Överlag hade kvinnorna mer utåtriktade liv än männen [26].

De studier som Socialstyrelsen har tagit del av visar att könsskillnaderna i levnadsvillkor bland personer med funktionsnedsättning är mindre än vad som är fallet i befolkningen i stort. Det är dock svårt att svara på huruvida detta är en funktion av de individuella stöden eller om det snarare är så att könsskillnaderna generellt är mindre påtagliga i grupper med sämre levnadsvillkor.

¹⁶ I undersökningen definieras personer med funktionsnedsättning utifrån att de själva angett att de har en funktionsnedsättning samt har nedsatt arbetsförmåga.

¹⁷ Riksförsäkringsverkets undersökning utgår från en administrativ definition av gruppen med funktionsnedsättning, som inkluderar personer med handikappersättning, bilstöd eller assistansersättning.

¹⁸ I undersökningen (HEK) har personerna själva fått ange om de har en funktionsnedsättning.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens förslag till delmål i den funktionshinderspolitiska strategin år 2011–2016. 2011.
2. Socialdepartementet. Regleringsbrev för budgetåret 2011 avseende Socialstyrelsen. Regeringsbeslut 2010-12-22.
3. FoU i Sverige. Samlingsplats för FoU-information i Sverige. [2011-10-10]; Available from: <http://www.researchweb.org/is/sverige/>.
4. Socialstyrelsen. Handikappomsorg. Lägesrapporter 2002. 2003.
5. Socialstyrelsen. Handikappomsorg. Lägesrapporter 2003. 2004.
6. Socialstyrelsen. Handikappomsorg. Lägesrapporter 2005. 2006.
7. Socialstyrelsen. Insatser till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapporter 2007. 2008.
8. Socialstyrelsen. Handikappomsorg. Lägesrapporter 2006. 2007.
9. Socialstyrelsen. Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten. 2004.
10. Socialstyrelsen. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. 2004.
11. Szebehely M. Hjälp i hemmet i nedskärningstid - hemtjänstens och anhörigas insatser för gamla kvinnor och män. In: Sandquist A-M., editor. Åt var och en efter behov. Stockholm: Svenska Kommunförbundet; 1998. p. 93-179.
12. Statens folkhälsoinstitut. Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning. 2008.
13. Näslund I. & Björkman S. Läkemedel hos utvecklingsstörda. Läkemedelsboken 2009-2010. Apoteket AB.
14. Statistiska centralbyrån. Funktionsnedsattas situation på arbetsmarknaden 2008. Information om utbildning och arbetsmarknad 2009:3.
15. SOU 2008:77. Möjlighet att leva som andra. Slutbetänkande av LSS-kommittén
16. LSS-kommittén. Bilagor SOU 2008:77: Kartläggning av ungdomar med LSS-insatser i tio kommuner, Bilaga 25
17. Kopp S. Kön och autism - Med fokus på flickor med någon form av autismspektrumstörning. Stockholms läns sjukvårdsområde: Autismforum, 2004.
18. Kopp S. Girls with social and/or attention impairments [Doktorsavhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2010.
19. Riksförsäkringsverket. Assistans för kvinnor och män. En genderanalys av assistansersättningen. RFV Analyserar 2004:11. Återfinns på Försäkringskassans hemsida.

20. Skarp E. & Skoglund J. Genus och funktionshinder. En journalstudie gjord på barn- och ungdomshabiliteringen. [Studentuppsats]: Örebro universitet; 2009.
21. Kullberg C. Socialt arbete som kommunikativ praktik. Samtal med klienter [Doktorsavhandling]: Linköpings universitet; 1994.
22. Kåhl I. Socialarbetarkåren: den lindansande professionen [Doktorsavhandling]: Lunds universitet; 1995.
23. Prop 1992/93:159. Stöd och service till vissa funktionshindrade. Socialdepartementet: Regeringens proposition.
24. Paulsson K. & Fasth Å. "Man måste alltid slåss på byråkraternas planhalva". Livsvillkorsprojektet - en studie av livsvillkoren för familjer med barn med funktionshinder. Stockholm: Riksförbundet för Rörelsehindrade barn och Ungdomar (RBU). 1999.
25. Ulmanen P. Anhörigomsorgens pris för döttrar och söner till omsorgsbehövande äldre. In: Gunnarsson E. & Szebehely M, editor. Genus i omsorgens vardag. Stockholm: Gothia förlag; 2009.
26. Tideman M. Normalisering och kategorisering. Om handikappideologi och välfärdspolitik i teori och praktik för personer med utvecklingsstörning [Doktorsavhandling]. Institutionen för socialt arbete: Göteborgs universitet; 2000.
27. Umb-Carlsson Ö. Living Conditions of People with Intellectual Disabilities. Uppsala universitet; 2005.
28. Riksförsäkringsverket. Ojämlighet i levnadsvillkor - en jämförelse mellan personer med funktionshinder och övriga befolkningen. RFV Analyserar 2003:15. Återfinns på Försäkringskassans hemsida.
29. HANDU. Levnadsnivåundersökning 2005. En rapport om levnadsnivån för rörelsehindrade, hörselskadade, döva och synskadade personer. Utredningsinstitutet HANDU, 2005.
30. Riksförsäkringsverket. Idé och verklighet i handikappolitiken. Socialförsäkringsboken. 2002. Återfinns på Försäkringskassans hemsida.
31. Socialstyrelsen. Inkomster och utgifter för vissa personer 20-64 år med funktionsnedsättningar - Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK. 2010.
32. Umb-Carlsson Ö. Living conditions of adults with intellectual disabilities from a gender perspective. Journal of Intellectual Disability Research. 2006; 50: 326-34.