



Martin Åberg
Henrik Karlsson
Katarina Piuva

Inventering av behov hos personer med psykiska funktionsnedsättningar: Solna, 2013

Bearbetning efter Socialstyrelsens inventeringsformulär 2012

Innehåll

1. Inledning
2. Målgruppen - bakgrundsdata
3. Samverkan mellan kommuner och landsting
4. Boendesituation
5. Utbildning, arbete och sysselsättning
6. Försörjning och fritid
7. Behov av ytterligare insatser
 - Vardagsliv*
 - Arbete och fritid*
 - Hälsa*
8. Anhöriga
9. Referenser
10. Bilagor

1. Inledning

Enligt 5 kap. 8 § socialtjänstlagen, SoL, ska socialnämnden göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med psykisk funktionsnedsättning. Av både socialtjänstlagen (5 kap. 8 § SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (7 och 8 §§ HSL) framgår vidare att huvudmännen ska planera sin verksamhet i samverkan med utgångspunkt i målgruppens behov.

Genom att inventera målgruppens livssituation och behov kan huvudmännen få ett underlag för sin planering. Vid regelbundna inventeringar kan målgruppens livssituation samt svårigheter på olika livsområden följas, vilket underlättar planering av insatser. Inventeringar kan också ge en uppfattning om hur stor del av gruppen som får sina behov av insatser tillgodosedda.

Inventeringen omfattar vuxna (18 år). Följande kriterier gäller för målgruppen:

- Har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden
- Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid (årslång eller förutsedd årslång aktivitetsbegränsning)
- Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk sjukdom/störning (alla tillstånd som diagnostiserats eller kunde ha diagnostiserats som psykisk sjukdom/störning)

(Socialstyrelsen personalformulär 2012)

Socialstyrelsens formulär som ligger till grund för denna inventering riktar sig till utvald personal inom kommunerna som har eller har haft kontakt med personer med psykisk funktionsnedsättning under det senaste året.

FoU-Nordväst fick under våren 2013 uppdraget att vara ett stöd för Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Ekerö och Sigtuna kommuner i genomförandet och analysen av Socialstyrelsens enkät. Frågorna i enkäten (personalformulär 2012) överfördes, efter samråd med berörda kommuner, till en webb-enkät av FoU-Nordväst. FoU-Nordväst genomförde därefter utbildningsdagar för de personalkategorier som hade till uppgift att arbeta med enkäten i respektive kommuner. Vidare sammanställdes enkäten på gruppnivå och distribuerades till kommunerna. Därefter besökte FoU-Nordväst samtliga deltagande kommuner och presenterade resultatet. Föreliggande rapport är en sammanställning med fokus på de uppgifter som efterfrågades i mötet med Solna stad. Rapporten behandlar grundläggande uppgifter om målgruppens sammansättning, livssituation, svårigheter och behov av ytterligare insatser. Den fullständiga sammanställningen av samtliga frågor i enkäten bifogas som bilaga till denna rapport.

2. Målgruppen – bakgrundsdata

Antalet personer som identifierades i Solna vid denna inventering var 255. Vid inventeringen år 2009 identifierades 270 personer i målgruppen av socialtjänsten¹. Åldersgruppen (45-64 år) dominerar bilden, liksom vid den tidigare inventeringen. De allra yngsta (18-24 år) samt de allra äldsta (65>) utgör en mindre del av de identifierade personerna i målgruppen.

Tabell 1a. Ålder och kön (N=255)

Ålder	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
18-24 år	11 (9)	12 (10)	23 (9)
25-44 år	45 (35)	46 (37)	91 (36)
45-64 år	68 (53)	66 (52)	134 (53)
65- år	5 (4)	2 (2)	7 (3)
Totalt	129 (100)	126 (100)	255 (100)

53 % av individerna i målgruppen är mellan 45 och 65 år. Samma bild framträdde vid den tidigare inventeringen 2009, dvs. en dominans av medelålders personer.

Diagnoser som ligger till grund för funktionsnedsättningen

För att undersöka populationens diagnoser lades en fråga till i webb-enkäten som konstruerades på så sätt att handläggarna kunde ange en eller flera diagnoser av de fem följande; affektiva sjukdomstillstånd, neuropsykiatriska tillstånd, ångestsyndrom och personlighetsstörning. För att göra resultatet lätt att överblicka väljer vi att redovisa det i två steg.

I det första steget (graf 1b) har vi två kategorier; dels brukare med en diagnos och dels brukare med en diagnos i kombination med en annan diagnos (tilläggsdiagnos). Har brukaren fler än två diagnoser bortses här från den tredje, fjärde osv. Kategoriseringarna har gjorts utifrån hur respondenterna har fyllt i formuläret. Vi tolkar det som att om de exempelvis angett att en person har affektiva sjukdomstillstånd som ett första val och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF) som ett andra val redovisas det som affektiva sjukdomstillstånd i kombination med neuropsykiatriskt funktionshinder.

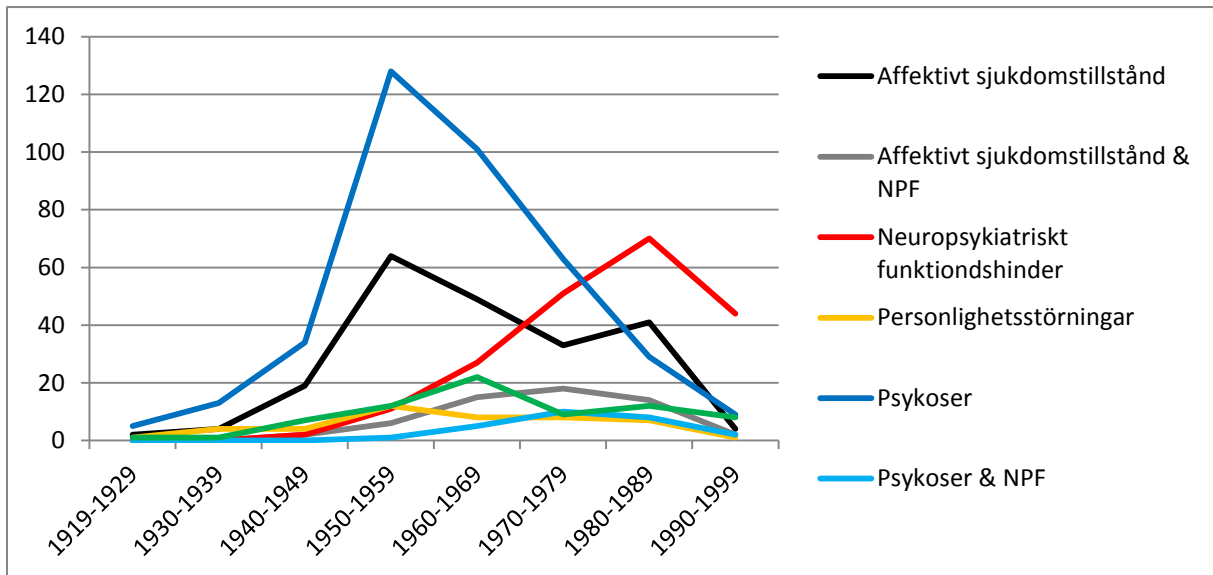
I ett flertal fall har respondenterna angett fler än två diagnoser. I det andra steget (graf 1c) har vi valt att göra materialet överskådligt genom att bortse från tilläggsdiagnoserna. I graf 1c representerar kategorin neuropsykiatriskt funktionshinder alla de som har neuropsykiatriskt funktionshinder i kombination med en annan diagnos. Syftet med det är att försöka ge en överblick över diagnosens utveckling över tid.

I graf 1b redovisar dels de som har en diagnos, samt de som har en kombination av två diagnoser. I graf 1c redovisar vi materialet med utgångspunkt från samtliga deltagande

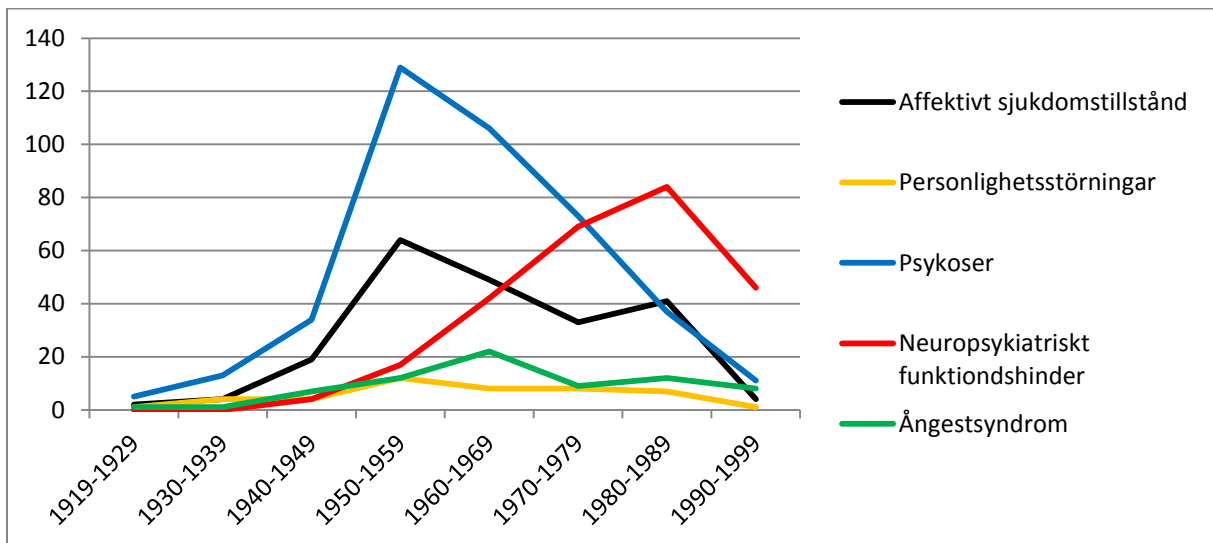
¹ 172 personer som enbart hade kontakt med kommunen + 91 personer som var kända både inom kommunen och inom den psykiatriska vården. Totalt 270 personer (uppgifter 2009).

kommuner. Notera att ingen brukare förekommer två gånger i statistiken, utan den totala populationen uppgår till densamma (N=1003) i båda redovisningarna. I graf 1d redovisar vi hur diagnoserna fördelar sig procentuellt inom ålderskategorierna.

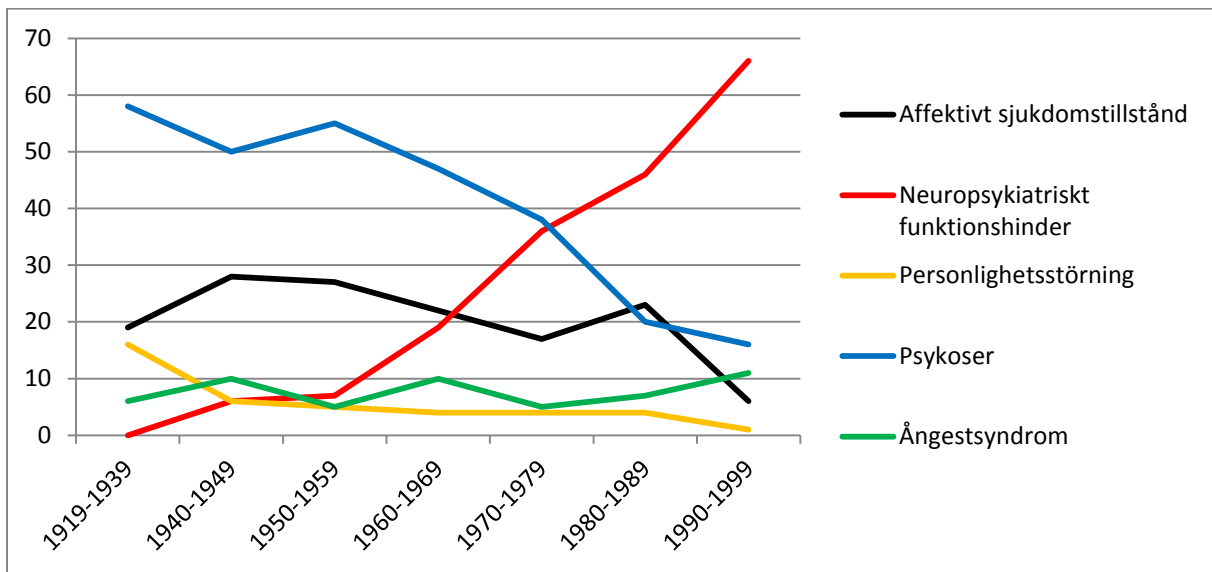
Graf 1b. Diagnoser i förhållande till födelseår i Ekerö, Sigtuna, Sollentuna, Solna & Sundbyberg (N=1003)



Graf 1c. Diagnoser i förhållande till födelseår i Ekerö, Sigtuna, Sollentuna, Solna & Sundbyberg (N=1003)



Graf 1d. Procentuell fördelning av diagnoser inom respektive åldersgrupp Ekerö, Sigtuna, Sollentuna, Solna & Sundbyberg



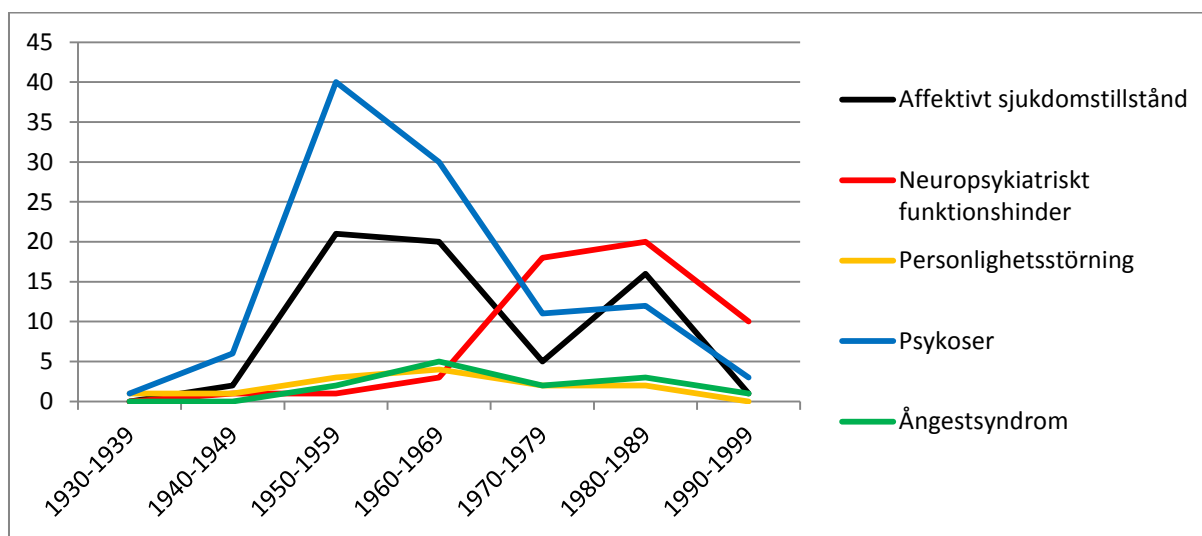
Med denna överblick tar vi oss nu an de lokala förhållandena i Solna med nedanstående frekvenstabell över diagnoserna fördelar sig bland stadens brukare.

Tabell 1e. Psykiatriska sjukdomstillstånd (diagnoser) som ligger till grund för funktionshindret (N=255)

	Totalt (%)
Affektiva sjukdomstillstånd	39 (15)
Affektiva sjukdomstillstånd i kombination med något neuropsykiatriskt funktionshinder (NPF)	4 (2)
Affektiva sjukdomstillstånd i kombination med någon annan diagnos, t.ex. en personlighetsstörning (men ej NPF)	24 (9)
Neuropsykiatriskt funktionshinder (NPF)	36 (14)
Neuropsykiatriskt funktionshinder (NPF) i kombination med någon annan diagnos	15 (6)
Personlighetsstörning i någon form	13 (5)
Psykoser (t.ex. schizofreni)	83 (33)
Psykoser (t.ex. schizofreni) i kombination med någon annan diagnos	21 (8)
Ångestsyndrom (även i kombination med annan diagnos)	15 (6)
Ej känt, ej svar	5 (2)
Totalt	255 (100)

Den vanligaste diagnosgruppen är psykotiska sjukdomstillstånd samt psykotiska sjukdomstillstånd i kombination med andra diagnoser (41 %). Därefter är personer diagnostiserade med affektiva sjukdomstillstånd vanligast (26 %). Personer med neuropsykiatriska sjukdomstillstånd motsvarar 20 % av målgruppen. För att ge en överskådlig blick över hur dessa diagnoser förhåller sig till populationens åldersgrupper redovisar vi dem med samma metod som i graf 1c.

Graf 1f. Diagnos i förhållande till födelseår i Solna (N=247)²



Solna avviker inte från den samlade bilden för de fem kommunerna. De psykosrelaterade funktionshindren är koncentrerade till åldersgrupperna födda mellan 1940 och 1959. Neuropsykiatriska funktionshinder är högre representerat bland de yngre. De affektiva sjukdomstillstånden är mer jämt fördelade inom åldersgrupperna.

² Några personer faller i bort denna redovisning bort, dels de som har en ej känd diagnos och dels de där födelseår ej angetts.

3. Samarbete och samverkan mellan kommun och landsting

Individerna i målgruppen erhåller ofta insatser från både psykiatrisk vård samt socialtjänst, vilket påkallar samarbete och samverkan mellan de bägge huvudmännen (kommuner och landsting). Samverkan kan ske på olika nivåer; på individnivå i den direkta handläggningen eller på administrativa nivåer via upprättande av samverkansavtal. I den fråga som är underlaget till nedanstående tabell avses om samarbete förekommit med annan myndighet/organisation avseende insatser för individen. Som framgår av tabellen är samarbete relativt vanligt, för 59 % av de identifierade individerna i målgruppen.

Tabell 2a. Samverkan (N=255)

	Totalt (%)
Ja	182 (71)
Nej	69 (27)
Ej känt	4 (2)
Totalt	255 (100)

Sedan 1 januari 2010 finns i socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen en bestämmelse om att kommun och landsting ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Denna bestämmelse inbegriper även privata utförare som kommun och landsting har upprättat avtal med. I 2 kap. 7 § socialtjänstlagen och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen sägs följande:

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå 1) vilka insatser som behövs, 2) vilka insatser respektive huvudman ska svara för, 3) vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och 4) vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Lag (2009:981).

Vidare framgår det av Proposition 2008/2009:193³ att den samordnade individuella planen skiljer sig från andra planer då den gäller alla enskilda och syftar till att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen, med målet att alla individers samlade behov av hälso- och sjukvård och

³ ” Vissa psykiatrirfrågor m. m” s. 19.

socialtjänst tillgodoses. Samordnad individuell plan (SIP) kan upprättas för personer i alla åldersgrupper oberoende av om den enskilde har större eller mindre behov av samordning. De som i sin yrkesutövning inom socialtjänst och hälso- och sjukvård upptäcker behov av samordning av insatser kan initiera till denna plan med den enskildes samtycke. Det är betydligt färre (33 personer) som har en SIP eller där SIP är på väg att upprättas, än de där samarbete förekommer (182 personer).

Tabell 2b. Samordnad Individuell Plan (SIP) (N=255)

	Totalt (%)
Ja	26 (10)
Ja, plan håller på att upprättas	7 (3)
Nej	211 (83)
Ej känt	9 (4)
Ej svar	2 (1)
Totalt	255 (100)

En uppgift i enkäten handlar om hur många individer som under de senaste 12 månaderna varit inskrivna i slutna vård eller vid något institutionsboende. 118 personer (47 %) av målgruppen hade under det senaste året vistats på institution.

Tabell 3. Inskrivna i psykiatrisk vård eller vistats på institution (N=255)

	Totalt (%)
Psykiatrisk vård	63 (25)
Vistas på institution (i socialtjänstens vård)	55 (22)
Ej inskrivna eller ej känt	137 (54)
Totalt	255 (100)

Beträffande tvångsvård var 11 kvinnor och 9 män under samma tidsperiod omhändertagna inom slutna psykiatrisk vård (LPT). 4 personer (1 kv. och 3 män) hade varit omhändertagna enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Sedan 1 september 2008 kan personer behandlas i öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. För Solna gäller det för 7 (6 kv. och 1 man) respektive 5 (1 kv. och 4 män) personer.

4. Boendesituation

Den normaliseringsprincip som var vägledande för psykiatrireformen 1995 betonade särskilt möjligheten till självständigt boende för målgruppen. Ett självständigt boende utgör basen för ett normalt vardagsliv och kan därmed beskrivas som det tänkta resultatet av avinstitutionaliseringen av vården och omsorgen till personer med långvariga psykiska funktionsnedsättningar. De psykiskt funktionsnedsatta boendesituation samt graden av självständighet i boendet är därför av central betydelse i inventeringen.

Tabell 4. Boendesituation (N=255)

	Totalt
Förfogar själv över kontraktet (ordinärt boende)	125 (49)
Bor där någon annan bor (t.ex. vänner eller familj)	10 (4)
Placerade av socialtjänsten (t.ex. i familjehem, socialt kontrakt)	116 (45)
Hemlös (t.ex. jourboende, vandrarhem eller uteliggare)	4 (2)
Totalt	255 (100)

Hälften av individerna i målgruppen har en bostad där de själva är kontraktsinnehavare (49 %). När normalt boende, utan eget kontrakt räknas in (boende med vän eller familjemedlem) så omfattas 53 % av målgruppen. Ytterligare 45 % bor i normaliserade former (familjehem eller socialt kontrakt) och endast 4 personer beskrivs som hemlösa/bostadsförhållandena är okända för uppgiftslämnaren.

25 personer bor tillsammans med eget barn eller med sammanboendes barn.

5. Utbildning, sysselsättning och arbete

I den senaste offentliga utredningen om psykiskt funktionshindrades levnadsförhållanden (SOU 2006:100) påtalades att personer med psykiska sjukdomar och relaterade funktionshinder diskrimineras på arbetsmarknaden. Även Riksförsäkringsverket (RFV) konstaterade att personer inom målgruppen hade svårigheter att få arbete på öppna marknaden, trots att de hade arbetsförmåga och kompetens (RFV 2004). I denna del av rapporten redovisas först utbildningsnivå, därefter hur många personer som har arbete samt en analys av om utbildningsnivå påverkar möjligheten till arbete.

I Solna har 40 personer inom målgruppen en eftergymnasial utbildning och 72 personer har avslutat gymnasium. För några är utbildningsnivån okänd, 51 personer, vilket till viss del gör uppskattningen av utbildningsnivå osäker.

Tabell 6. Utbildningsnivå (N=255)

	18-24 år (%)	25-44 år (%)	45-64 år (%)	65+ år (%)
Ej slutfört grundskola	4 (17)	4 (4)	7 (5)	-
Grundskola	13 (57)	26 (29)	38 (28)	-
Gymnasium	4 (17)	40 (44)	28 (21)	-
Eftergymnasial utbildning	1 (4)	15 (16)	24 (18)	-
Ej känt	1 (4)	6 (7)	37 (28)	7 (100)
Totalt	23 (100)	91 (100)	134 (100)	7 (100)

I tabellen nedan redovisas hur många individer som haft arbete eller sysselsättning under det senaste året. Cirka hälften (47 %) av individerna har haft arbete eller sysselsättning.

Tabell 7a. Har personen haft arbete eller sysselsättning under minst en månad under de senaste 12 månaderna? (N=255)

	Totalt (%)
Ja	119 (47)
Nej	125 (49)
Ej aktuellt (t.ex. personen har vistats inom sluten psykiatrisk vård, rättspsykiatrisk vård eller motsvarande under större delen av de senaste 12 månaderna)	3 (1)
Ej känt	8 (3)
Totalt	255 (100)

I följande tabell redovisas arbete i någon form, sysselsättning och studier. Det framkommer att arbete i någon form och därefter sysselsättning i kommunal regi är de vanligaste alternativen.

Tabell 7b. Vad för typ av sysselsättning brukarna haft (N=115)

	Totalt (%)
Arbete i någon form	50 (43)
Sysselsättning i kommunal regi	47 (41)
Studier	13 (11)
Övrigt	5 (4)
Totalt	115 (100)

I tabellen nedan redovisas utbildningsnivåer i relation till arbete, sysselsättning och studier. Grundskola och gymnasium är den vanligaste utbildningsnivån för de som har sysselsättning eller arbete.

Tabell 8. Arbete och utbildningsnivå (N=115)

Utbildningsnivå	Arbete i någon form (%)	Sysselsättning i kommunen (%)	Studier (%)	Övrigt (%)	Totalt (%)
Ej slutförd grundskola	3	4	0	0	7 (6)
Grundskola	18	12	6	3	39 (34)
Gymnasium	15	15	6	1	37 (32)
Eftergymnasial utbildning	9	9	1	0	19 (17)
Ej känt, ej svar	5	7	0	1	13 (11)
Totalt	50 (43)	47 (41)	13 (11)	5 (4)	115 (100)

Utifrån de uppgifter som inventeringen gav undersökte vi om de som varit aktuella på Arbetsförmedlingen (AF) var samma personer som de som idag har arbete. Tabellen nedan visar att det inte finns något samband. 14 personer av de som varit aktuella på AF hade arbete och 18 personer av de som inte varit aktuella på AF hade också arbete. För 18 personer fanns inte några uppgifter angående aktualitet på AF.

Tabell 9. Har arbete och har varit aktivt arbetssökande på Arbetsförmedlingen under de senaste 12 månaderna (N=115)

Aktuell på Arbetsförmedlingen de senaste 12 månaderna	Arbete i någon form (%)	Sysselsättning i kommunen (%)	Studier (%)	Övrigt (%)	Totalt (%)
Ja	14	7	5	0	26 (23)
Nej	18	27	6	5	56 (49)
Ej känt, ej svar	18	13	2	0	33 (29)
Totalt	50 (43)	47 (41)	13 (11)	5 (4)	115 (100)

6. Försörjning och fritid

Att individerna i målgruppen lever under knappa ekonomiska förhållanden är känt. Sjuk- och aktivitetsersättningen är ofta låg och eftersom få i gruppen haft inkomster under längre tid ligger ersättningen ofta på garantinivån.

Tabell 10. Brukarnas huvudsakliga försörjningskälla (N=255)

	Totalt (%)
Försörjningsstöd (ekonomiskt bistånd)	37 (15)
Lön	32 (13)
Sjuk- eller aktivitetsersättning	150 (58)
Sjukpenning	12 (5)
Studiemedel	6 (2)
Ålderspension	7 (3)
Övrigt	10 (4)
Ej känt	1 (1)
Totalt	255 (100)

En person kan ha flera ersättningar samtidigt. Tabellen är konstruerad på det sättet att om en person har en ersättning kombinerat med försörjningsstöd så anger vi försörjningsstöd. Skälet till det är att tydliggöra hur många av individerna som lever på försörjningsstöd (ekonomiskt bistånd).

Beträffande fritid är det 23 personer som aktivt deltar i föreningsliv eller regelbundet deltar i en fritidsaktivitet. 232 personer deltar inte eller så är det inte känt för uppgiftslämnaren.

7. Svårigheter samt behov ytterligare insatser

Inventeringen omfattade ett stort antal frågor om personernas svårigheter, grad av insatser samt behov av ytterligare insatser (se bilaga, s. 15-37). I redovisningen nedan har vi valt de personer där svårigheter finns (lätt eller måttlig samt stor eller total) och de områden där behoven av ytterligare insatser är störst. Analyserna sammanställs under rubrikerna *Vardagsliv*, *Arbete och fritid*, *Formella relationer* samt *Hälsa*.

Vardagsliv

Tabell 11a. Aktiviteter/behovstillfredsställelse i förhållande till insats

Aktivitet: Städa och tvätta	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Lätt eller måttlig svårighet	62	8
Stor eller total svårighet	56	10
Totalt	118	18

Aktivitet: Kommunicera genom att ge eller ta emot information	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Lätt eller måttlig svårighet	55	12
Stor eller total svårighet	17	4
Totalt	72	16

Aktivitet: Formella relationer (t.ex. kontakt med myndigheter)	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Lätt eller måttlig svårighet	77	13
Stor eller total svårighet	41	7
Totalt	118	20

Aktivitet: Lösa vardagsproblem	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Lätt eller måttlig svårighet	84	15
Stor eller total svårighet	39	8
Totalt	123	23

Psykiska funktionsnedsättningar kan på olika sätt påverka kvaliteten i vardagslivet. Beträffande de aktuella personerna i Solna är det främst aktiviteterna städa och tvätta, att kommunicera, kontakter med myndigheter samt lösa vardagsproblem, där det finns behov av ytterligare insatser.

Arbete och fritid

Tabell 11b. Skaffa eller behålla ett arbete

Aktivitet: Skaffa eller behålla ett arbete	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Lätt eller måttlig svårighet	20	20
Stor eller total svårighet	24	27
Totalt	44	47

Ytterligare behov av insatser för 20 personer har också definierats angående att skaffa och behålla ett arbete.

Hälsa

Tabell 12a. Hälsa (N=240)

	Problem finns (%)
Somatisk/kroppslig sjukdom	100 (42)
Alkohol	46 (19)
Tandhälsa	45 (19)
Narkotikaproblem (inkl. läkemedel)	31 (12)
Problem med tobak	18 (8)
Totalt	240 (100)

42 % i gruppen har också en kroppslig sjukdom.

Tabell 12b. Hälsa och behov av insatser (N=161)

Hälsa	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Somatisk sjukdom: Problem finns	68	17
Alkohol: Problem finns	24	15
Tandhälsa: Problem finns	30	7

En stor grupp har ett somatiskt (kroppsligt) sjukdomstillstånd. 17 personer av dessa har behov av ytterligare insatser relaterade till sjukdomstillståndet. Personer med alkohol- och drogproblem motsvarar 31 % av individerna i målgruppen. 15 av dessa har behov av ytterligare insatser relaterade till problem med alkohol.

8. Anhöriga

Den 1 juli 2009 infördes en bestämmelse i 5 kap.10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som anger 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.”

De följande frågorna tillkom i syfte att få en bild av dels om personal haft kontakt med anhöriga och dels hur många brukare som har regelbunden kontakt med anhöriga. I svaren framkom att 76 % av målgruppen har regelbunden kontakt med anhöriga. Det var mindre vanligt att handläggare eller annan personal haft kontakt med anhöriga.

Tabell 13a. Har du (eller någon kollega) haft kontakt med någon anhörig/närstående till personen under de senaste 3 månaderna? (N=255)

	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
Ja	22 (17)	39 (31)	61 (24)
Nej	102 (79)	81 (64)	183 (72)
Vet ej	5 (4)	4 (3)	9 (4)
Ej svar	-	2 (2)	2 (1)
Totalt	129 (100)	126 (100)	255 (100)

Tabell 13b. Har personen/brukaren haft regelbunden kontakt med någon anhörig/närstående under de senaste 3 månaderna? (N=255)

	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
Ja	99 (77)	94 (75)	193 (76)
Nej	16 (12)	8 (6)	24 (9)
Vet ej	14 (11)	24 (19)	38 (15)
Totalt	129 (100)	126 (100)	255 (100)

9. Referenser

Riksförsäkringsverket. (2004). *Psyksiska sjukdomar och stressrelaterade besvär*. (Rapport nummer 8). Riksförsäkringsverket.

Socialstyrelsen. (2013). *Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen*.

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar*. Nationell psykiatrisamordning.

10. Bilagor

Solna 2013 09 17. *Statistiksammställning efter kön.*

Solna 2013 09 17. *Statistikstammanställning del 2 (efter ålder).*