



Martin Åberg
Henrik Karlsson
Katarina Piuva

Inventering av behov hos personer med psykiska funktionsnedsättningar: Ekerö, 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 hälsosjukvårdslagen (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 Ekerö kommun. 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 Ekerö vid denna inventering var 157 personer. Vid inventeringen år 2009 identifierades 72 personer i målgruppen¹.

Tabell 1a. Ålder och kön (N=157)

Ålder	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
18-24 år	7 (8)	16 (22)	23 (15)
25-44 år	29 (35)	30 (41)	59 (38)
45-64 år	32 (39)	22 (30)	54 (34)
65- år	15 (18)	6 (8)	21 (13)
Totalt	83 (100)	74 (100)	157 (100)

Åldersgrupperna 25-44 år samt 45-64 år dominerar bilden. De allra yngsta (18-24 år) samt de allra äldsta (65>) utgör en mindre del av de identifierade personerna i målgruppen.

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.

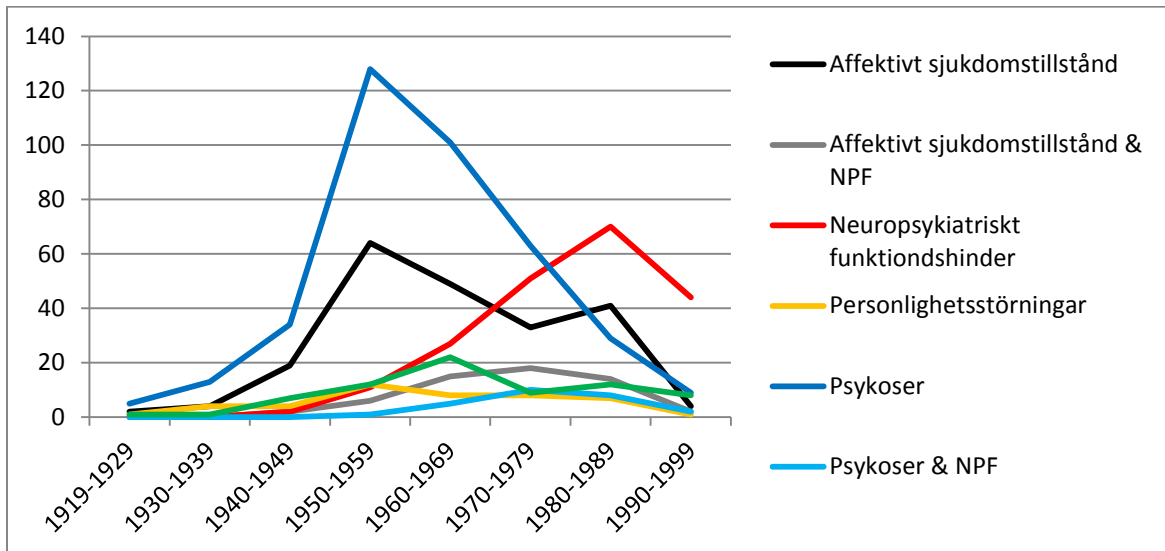
I ett flertal fall har respondenterna angett fler än två diagnoser. I det andra steget (graf 1c) har vi valt att göra materialet överskådligt genom att bortse från tilläggsdiagnoserna. I graf 1c representerar kategorin neuropsykiatriskt funktionshinder alla de som har neuropsykiatriskt funktionshinder 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 kommuner. Notera att ingen brukare förekommer två gånger i statistiken, utan den totala

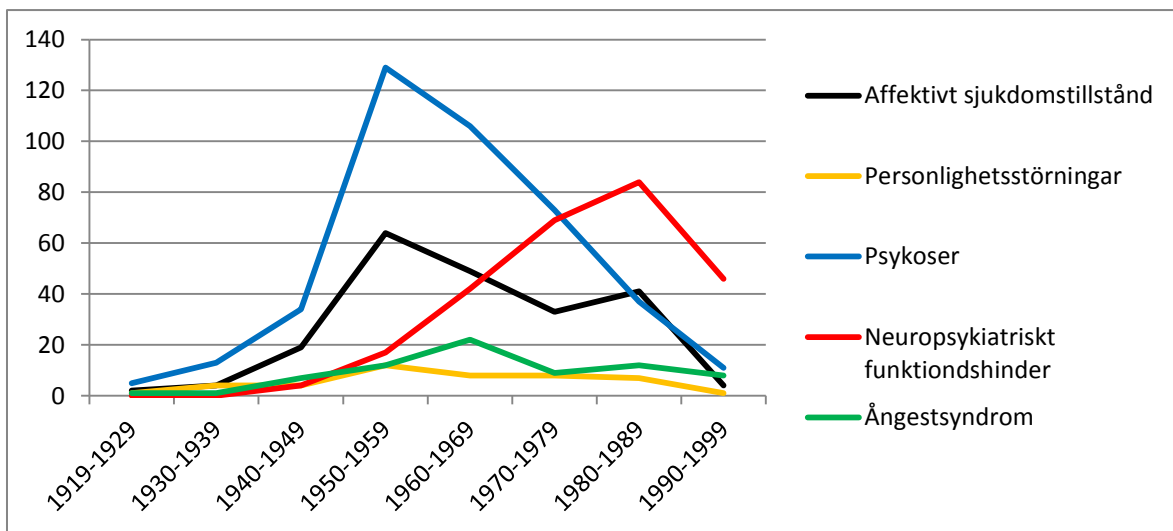
¹ 160 personer som enbart hade kontakt med kommunen + 61 personer som var kända både av kommunen och den psykiatriska vården + 89 personer som endast var kända inom den psykiatriska vården (uppgifter 2009).

populationen uppgår till densamma (N=1003) i båda redovisningarna. I graf 1d redovisar vi hur diagnoserna fördelar sig procentuellt inom ålderskategorierna.

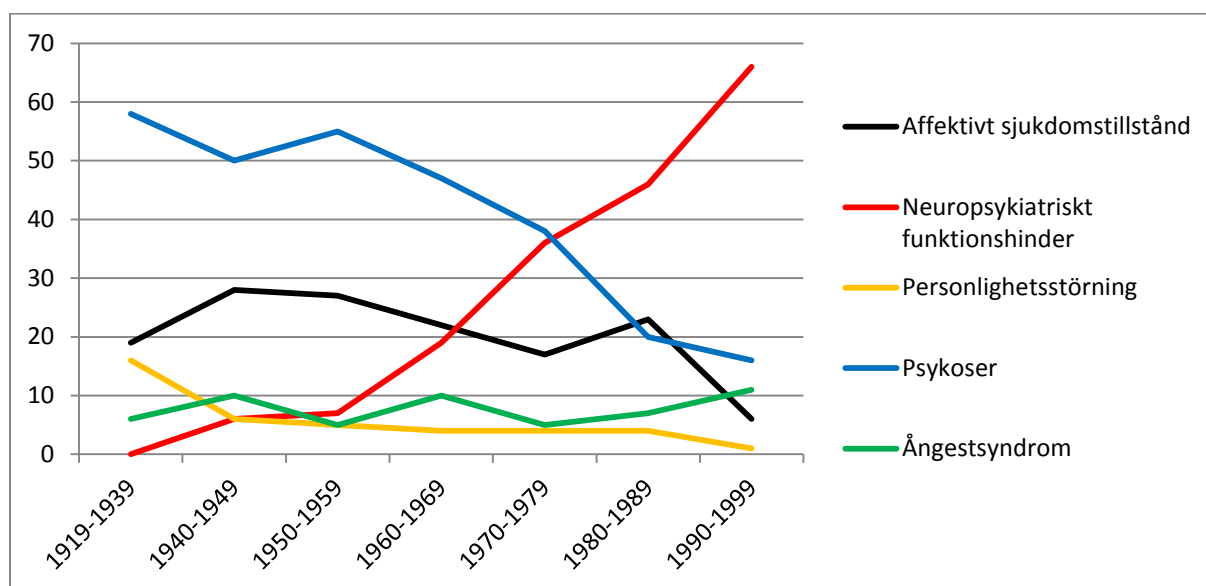
Graf 1 b. Diagnoser i förhållande till födelseår i Ekerö, Sigtuna, Sollentuna, Solna & Sundbyberg (N=1003)



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



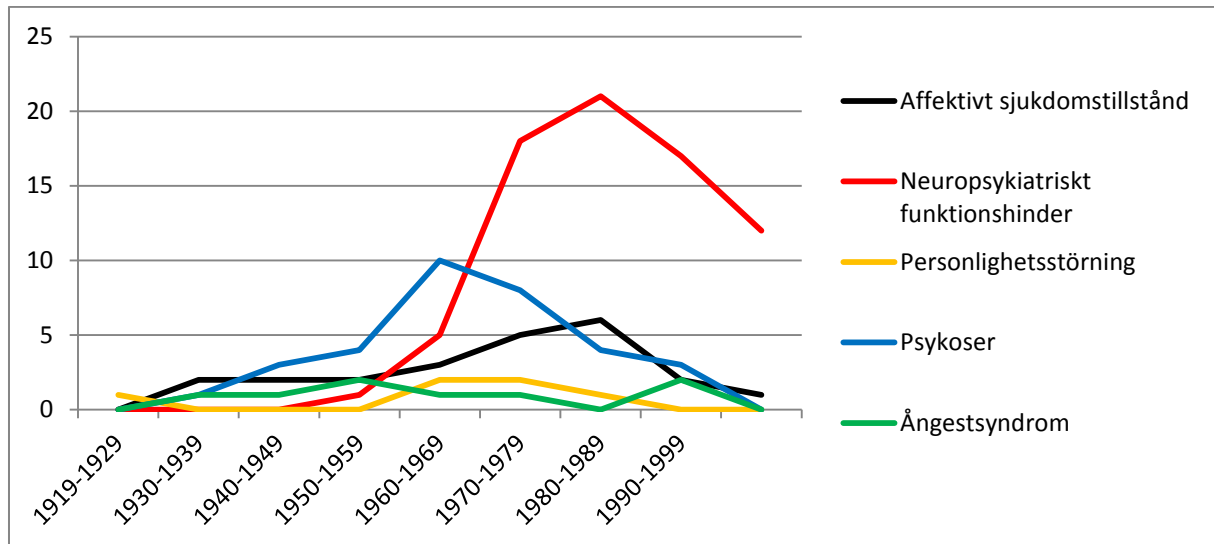
Med denna överblick tar vi oss nu an de lokala förhållandena i Ekerö med nedanstående frekvenstabell över diagnoserna fördelar sig bland kommunens brukare.

Tabell 1e. Psykiatriska sjukdomstillstånd (diagnoser) som ligger till grund för funktionshindret (N=157)

	Totalt (%)
Affektiva sjukdomstillstånd	11 (7)
Affektiva sjukdomstillstånd i kombination med något neuropsykiatriskt funktionshinder (NPF)	19 (12)
Affektiva sjukdomstillstånd i kombination med någon annan diagnos, t.ex. en personlighetsstörning (men ej NPF)	12 (8)
Neuropsykiatriskt funktionshinder (NPF)	35 (22)
Neuropsykiatriskt funktionshinder (NPF) i kombination med någon annan diagnos	19 (12)
Personlighetsstörning i någon form	6 (4)
Psykoser (t.ex. schizofreni)	19 (12)
Psykoser (t.ex. schizofreni) i kombination med någon annan diagnos	16 (10)
Ångestsyndrom (även i kombination med annan diagnos)	7 (4)
Ej känt, ej svar	13 (8)
Totalt	157 (100)

Den vanligaste diagnosgruppen är neuropsykiatriska funktionshinder samt neuropsykiatriskt funktionshinder i kombination med annan diagnos (34 %). Därefter är psykosrelaterade diagnoser (22 %) och affektiva sjukdomstillstånd vanligast (27 %). 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. Ekerö, diagnoser efter födelseår (N=144)²



Ekerö avviker från den samlade bilden för de fem kommunerna. De psykosrelaterade funktionshindren är koncentrerade till åldersgrupperna födda mellan 1950 och 1969 och inte så dominerande som för alla kommunerna sammantagna. Neuropsykiatriska funktionshinder är den vanligaste diagnosen, särskilt bland de yngre, födda efter 1970. 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 46 % av de identifierade individerna i målgruppen.

Tabell 2a. Samverkan (N=157)

	Totalt (%)
Ja	72 (46)
Nej	83 (53)
Ej känt	2 (1)
Totalt	157 (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 ungefär hälften så många (37 personer) som har en SIP eller där SIP är på väg att upprättas, än de där samarbete förekommer (72 personer).

Tabell 2b. Samordnad Individuell Plan (SIP) (N=157)

	Totalt (%)
Ja, plan finns	34 (22)
Ja, plan håller på att upprättas	3 (2)
Nej	106 (68)
Ej känt	14 (9)
Totalt	157 (100)

En uppgift i enkäten handlar om hur många individer som under de senaste 12 månaderna varit inskrivna i sluten vård eller vid något institutionsboende. 29 personer (18 %) av målgruppen hade under det senaste året vistats på institution.

Tabell 3. Inskrivna i psykiatrisk vård eller vistats på institution (N=157)

	Totalt (%)
Inskrivna i psykiatrisk vård	29 (18)
Vistas på institution (i socialtjänstens vård)	28 (18)
Ej inskrivna eller ej känt	100 (64)
Totalt	157 (100)

Beträffande tvångsvård var 3 kvinnor och 4 män under samma tidsperiod omhändertagna inom slutna psykiatrisk vård (LPT). 4 personer (2 kvinnor och 2 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 Ekerö gäller det för tre respektive en person.

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=157)

	Totalt (%)
Förfogar själv över kontraktet (ordinärt boende)	83 (53)
Bor där någon annan bor (t.ex. vänner eller familj)	37 (24)
Placerade av socialtjänsten (t.ex. i familjehem, socialt kontrakt)	36 (23)
Hemlös (t.ex. jourboende, vandrarhem eller uteliggare)	1 (1)
Totalt	157 (100)

Drygt hälften av individerna i målgruppen har en bostad där de själva är kontraktsinnehavare (53 %). När normalt boende, utan eget kontrakt räknas in (boende med vän eller familjemedlem) så omfattas 77 % av målgruppen. Ytterligare 23 % bor i normaliserade former (familjehem eller socialt kontrakt) och endast 1 person beskrivs som hemlösa/bostadsförhållandena är okända för uppgiftslämnaren.

23 personer bor tillsammans med eget barn eller 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 Ekerö har 14 personer inom målgruppen en eftergymnasial utbildning och 37 personer har avslutat gymnasium. För de allra flesta är utbildningsnivån okänd, 75 personer, vilket gör uppskattningen av utbildningsnivå mycket osäker.

Tabell 5. Utbildningsnivå (N=157)

	18-24 år (%)	25-44 år (%)	45-64 år (%)	65+ år (%)
Ej slutfört grundskola	2 (9)	3 (5)	2 (4)	-
Grundskola	9 (39)	13 (22)	2 (4)	-
Gymnasium	9 (39)	17 (29)	9 (17)	2 (10)
Eftergymnasial utbildning	-	5 (9)	7 (13)	2 (10)
Ej känt	3 (13)	21 (36)	33 (6)	16 (76)
Ej svar	-	-	1 (2)	1 (5)
Totalt	23 (100)	59 (100)	54 (100)	21 (100)

I tabellen nedan redovisas hur många individer som haft arbete eller sysselsättning under det senaste året. Cirka hälften 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=157)

	Totalt (%)
Ja	79 (50)
Nej	54 (34)
Ej aktuellt (t.ex. personen har vistats inom sluten psykiatrisk vård, rättspsykiatrisk vård eller motsvarande under större delen av de senaste 12 månaderna)	16 (10)
Ej känt	8 (5)
Totalt	157 (100)

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

Tabell 7b. Arbete (N=79)

	Totalt (%)
Arbete i någon form	30 (38)
Sysselsättning i kommunal regi	40 (51)
Studier	5 (6)
Övrigt	4 (5)
Totalt	79 (100)

I tabellen nedan redovisas utbildningsnivåer i relation till arbete, sysselsättning och studier. Även här är utbildningsnivån okänd för de största grupperna som har arbete eller sysselsättning.

Tabell 8. Arbete och utbildningsnivå (N=79)

Utbildningsnivå	Arbete i någon form (%)	Sysselsättning i kommunen (%)	Studier (%)	Övrigt (%)	Totalt (%)
Ej slutförd grundskola	1	2	-	1	4 (5)
Grundskola	6	5	2	2	15 (19)
Gymnasium	9	11	2	-	22 (28)
Eftergymnasial utbildning	4	5	-	-	9 (11)
Ej känt	10	17	1	1	29 (37)
Totalt	30 (38)	40 (51)	5 (6)	4 (5)	79 (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 11 personer av de som varit aktuella på AF hade arbete i någon form och 49 personer av de som inte varit aktuella på AF hade också arbete i någon form.

Tabell 9. Har arbete och har varit aktivt arbetssökande på Arbetsförmedlingen under de senaste 12 månaderna (N=79)

Aktuell på Arbetsförmedlingen de senaste 12 månaderna	Arbete i någon form (%)	Sysselsättning i kommunen (%)	Studier (%)	Övrigt (%)	Totalt (%)
Ja	8 (27)	3 (8)	0 (0)	1 (25)	12 (15)
Nej	13 (43)	36 (90)	4 (80)	3 (75)	56 (71)
Ej känt, ej svar	9 (30)	1 (2)	1 (20)	0	11 (14)
Totalt	30 (100)	40 (100)	5 (100)	4 (100)	79 (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=157)

	Totalt (%)
Försörjningsstöd (ekonomiskt bistånd)	43 (27)
Lön	9 (6)
Sjuk- eller aktivitetsersättning	59 (38)
Sjukpenning	11 (7)
Studiemedel	-
Ålderspension	23 (15)
Arbetslöshetsersättning	1 (1)
Övrigt	5 (3)
Ej känt	6 (4)
Totalt	157 (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 endast 9 personer som aktivt deltar i föreningsliv eller regelbundet deltar i en fritidsaktivitet. Så många som 140 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	33	12
Stor eller total svårighet	28	10
Totalt	61	22

Aktivitet: Kommunicera genom att ge eller ta emot information	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Lätt eller måttlig svårighet	32	16
Stor eller total svårighet	11	12
Totalt	43	28

Aktivitet: Formella relationer (t.ex. kontakt med myndigheter)	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Lätt eller måttlig svårighet	39	10
Stor eller total svårighet	18	19
Totalt	57	29

Aktivitet: Lösa vardagsproblem	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Lätt eller måttlig svårighet	38	14
Stor eller total svårighet	13	23
Totalt	51	37

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

Arbete och fritid

Aktivitet: Skaffa eller behålla ett arbete	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Lätt eller måttlig svårighet	7	6
Stor eller total svårighet	9	23
Totalt	16	29

Aktivitet: Hantera egen ekonomi	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Lätt eller måttlig svårighet	22	11
Stor eller total svårighet	27	22
Totalt	49	33

Aktivitet: Delta i förenings- eller intresseorganisationer	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Lätt eller måttlig svårighet	3	0
Stor eller total svårighet	6	13
Totalt	9	13

Ytterligare behov av insatser har också definierats angående att skaffa och behålla ett arbete, hantera ekonomi, delta i föreningsaktiviteter.

Hälsa

Tabell 12a. Hälsa (N=145)

	Problem finns (%)
Somatisk/kroppslig sjukdom	68 (47)
Tandhälsa	25 (17)
Alkohol	23 (16)
Problem med tobak	16 (11)
Narkotikaproblem (inkl. läkemedel)	13 (9)
Totalt	145 (100)

En stor grupp (47 %) har ett somatiskt (kroppsligt) sjukdomstillstånd. 20 av dessa har behov av ytterligare insatser relaterade till sjukdomstillståndet.

Tabell 12b. Hälsa och behov av insatser (N=98)

Hälsa	Har insats som motsvarar behovet	Har behov av insats / större insats
Somatisk sjukdom: Problem finns	38	20
Tandhälsa: Problem finns	12	10
Alkohol: Problem finns	9	9

Personer med alkoholproblem motsvarar 24 % av individerna i målgruppen. 21 av dessa har behov av ytterligare insatser relaterade till problemet 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 70 % 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=157)

	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
Ja	26 (31)	24 (32)	50 (32)
Nej	54 (65)	46 (62)	100 (64)
Vet ej	2 (2)	3 (4)	5 (3)
Ej svar	1 (1)	1 (1)	2 (1)
Totalt	83 (100)	74 (100)	157 (100)

Tabell 13b. Har personen/brukaren haft regelbunden kontakt med någon anhörig/närstående under de senaste 3 månaderna? (N=157)

	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
Ja	57 (69)	48 (65)	105 (67)
Nej	7 (8)	10 (14)	17 (11)
Vet ej	18 (22)	16 (22)	34 (22)
Totalt	83 (100)	74 (100)	157 (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

Ekerö 2013 09 17. *Statistiksammanställning efter kön.*

Ekerö 2013 09 17. *Statistiksammanställning del 2 (efter ålder).*