

Nära vård för vuxna personer med LSS-insatser i Göteborgsregionen

En förstudie
Karina Tilling
Juni 2023





Göteborgsregionen (GR) består av 13 kommuner som har valt att jobba tillsammans. Vi driver utvecklingsprojekt, har myndighetsuppdrag, forskar, ordnar utbildningar och är storstadsregionens röst i Västsverige, bland mycket annat. I våra nätverk träffas politiker och tjänstepersoner för att utbyta erfarenheter, bolla idéer och besluta om gemensamma satsningar. Allt för att regionens en miljon invånare ska få ett så bra liv som möjligt.

Göteborgsregionen 2023
FoU i Väst
Box 5073, 402 22 Göteborg
gr@goteborgsregionen.se
www.goteborgsregionen.se

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	4
<i>Inledning</i>	6
Syfte och fokus	6
Metod och genomförande	7
Bakgrund	8
<i>Identifierade angelägna utmaningar i utveckling av en god och nära vård ...</i>	<i>18</i>
Bristande kunskaper om målgruppens särskilda behov och förutsättningar	18
Hälso- och sjukvårdsperspektivet krockar med stödperspektivet i LSS.....	23
Dagens vårdlogik matchar inte behov och förutsättningar i målgruppen	23
Otillräcklig vårdkontinuitet.....	24
Bristande medskapande	25
Ouppmärksammas psykisk ohälsa	25
Personer i ordinärt boende hamnar i skymundan.....	27
Digitalt utanförskap	27
Höga kostnader och risk för minskad tillgång till hjälpmedel	27
Otydlig och otillräcklig samordning mellan berörda aktörer.....	28
<i>Förslag på innehåll i fortsatt utveckling av en god och nära vård för målgruppen</i>	<i>29</i>
Att skapa ett fungerande hälsopussel för personer med LSS-insatser.....	29
Utveckling av det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet.....	31
Utveckla och kommunicera begriplig hälso- och sjukvårdsinformation till individen	32
Kartlägga kompetensbehov för baspersonal i LSS-verksamheter och legitimerad personal i kommunens primärvård	33
Kartläggning och uppföljning av befintliga hälso- och sjukvårdsinsatser för LSS-målgruppen.....	33
Utveckling av individuellt hälsoprogram med hälsoplan för personer i målgruppen	34
<i>Nästa steg i GR utifrån förstudiens resultat och förslag</i>	<i>36</i>
<i>Referenser</i>	<i>38</i>
<i>Bilagor</i>	<i>42</i>

Förord

Det här är en förstudie som handlar om att identifiera angelägna utmaningar och utvecklingsområden i en nära vård för vuxna personer med LSS-insatser i Göteborgsregionen (GR).

Initiativet till förstudien kommer från Styrgruppen för utveckling av en god och nära vård i Göteborgsregionen, Temagrupp Hälso- och sjukvård. Styrgruppen består av representanter från socialchefs nätverket i Göteborgsregionen. Uppdragets syfte och innehåll har stämts av i dialog med berörda chefsnätverk. Karina Tilling, forskare vid FoU i Väst, har ansvarat för förstudiens utformning och genomförande.

Arbetet har finansierats av Göteborgsregionens kommuner genom statliga utvecklingsmedel för nära vård som avsatts till FoU i Västs arbete.

Förhoppningen är att denna förstudie ska utgöra ett användbart internt underlag i diskussionen om kommunernas samt GR:s fortsatta arbete på området. Den kan även läsas av andra som är intresserade av att utveckla en god och nära vård.

Göteborg, 1 juni 2023

Karina Tilling

Sammanfattning

Förstudiens syfte är att identifiera angelägna utvecklingsområden för en god och nära kommunal primärvård för vuxna personer med LSS-insatser i Göteborgsregionens (GR) medlemskommuner. Målgruppen i förstudien utgörs huvudsakligen av de personer med LSS-insatser som även avses utifrån kommunernas ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen¹, vilket är personer i bostad med särskild service (LSS-boenden) samt dagliga verksamheter. Förstudien, som bygger på intervjuer och dokumentstudier, gör inte anspråk på att vara uttömmande eller heltäckande utan ger en orienterande överblick utifrån syftet. Resultaten och förslagen förväntas kunna utgöra underlag för fortsatt beredning och utvecklingsarbete i GR utifrån identifierade behov.

Målgruppen som står i fokus i den här förstudien utgör en relativt liten grupp i den kommunala primärvården, men deras behov avser hela livsperspektivet. I målgruppen är ohälsa av olika slag liksom förtida död betydligt vanligare än i befolkningen i övrigt. Psykisk ohälsa och olika livsstilssjukdomar såsom diabetes typ 2 och fetma är exempelvis kraftigt överrepresenterade.

I förstudien har följande angelägna utmaningar för utveckling av en god och nära vård för målgruppen identifierats, utifrån analys av intervjuunderlag och dokumentstudier:

- Svårt att överblicka och följa utvecklingen av hälso- och sjukvårdsinsatser över tid
- Bristande kunskaper om målgruppens särskilda behov och förutsättningar
- Hälso- och sjukvårdsperspektivet krockar med stödperspektivet i LSS
- Dagens vårdlogik matchar inte behov och förutsättningar för personer med LSS-insatser
- Otillräcklig vårdkontinuitet
- Bristande medskapande
- Ouppmärksammas psykisk ohälsa
- Personer i ordinärt boende hamnar i skymundan
- Digitalt utanförskap
- Höga kostnader och risk för minskad tillgång till hjälpmedel
- Otydlig och otillräcklig samordning mellan olika berörda aktörer

Förstudien innehåller flera förslag på utvecklingsområden att arbeta med för att utveckla en god och nära vård för målgruppen:

¹ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) t.o.m. SFS 2023:37.

- Att skapa ett fungerande hälsopussel för personer med LSS-insatser
- Utveckling av det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet
- Utveckla och kommunicera begriplig hälso- och sjukvårdsinformation till individen
- Kartlägga kompetensbehov för baspersonal i LSS-verksamheter och legitimerad personal i kommunens primärvård
- Kartläggning och uppföljning av befintliga hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med LSS-insatser
- Utveckling av individuellt hälsoprogram med hälsoplan för personer med LSS-insatser

I förstudiens avslutande kapitel ges även förslag på nästa steg, att använda som underlag för fortsatt dialog och prioriteringar, tillsammans med GR:s medlemskommuner.

Inledning

Tidigare publikationer från Göteborgsregionens forsknings- och utvecklingsenhet FoU i Väst har beskrivit omställningen till en god och nära vård ur ett kommunalt perspektiv.² Från flera håll har behovet av att belysa omställningen utifrån målgruppen vuxna personer med LSS-insatser lyfts. Under 2022 tog Temagrupp Hälso- och sjukvård inom GR:s socialchefsnätverk initiativ till denna förstudie, för att uppmärksamma området och målgruppens särskilda förutsättningar och behov i utvecklingen av en god och nära vård.

Syfte och fokus

Förstudiens syfte är att identifiera angelägna utmaningar och utvecklingsområden för en god och nära kommunal primärvård för vuxna personer med LSS-insatser i Göteborgsregionens kommuner. Några exempel på frågeställningar utifrån syftet har varit:

- Vilka särskilda behov och förutsättningar finns i målgruppen som behöver beaktas i omställningen till en god och nära vård?
- Hur ser utmaningarna ut för den kommunala primärvården idag i relation till målgruppen?
- Vad krävs för att stödja en god och jämlik hälsa för personer i målgruppen?

Förstudien gör inte anspråk på att vara uttömmande eller heltäckande utan ger en orienterande överblick utifrån syftet. Förstudien lyfter fram perspektiv på kommunal primärvård för målgruppen utifrån tillgängligt underlag. Perspektiven kan vara giltiga för många kommuner. Resultaten är tänkta att tas vidare och processas i berörda GR-nätverk och utgöra underlag för dialog, prioriteringar och inriktning i fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete för en god och nära vård.

Målgruppen i förstudien utgörs huvudsakligen av de personer med LSS-insatser som även avses utifrån kommunernas ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen³, det vill säga ”personer i bostad med särskild service (LSS-boenden) samt dagliga verksamheter som är reglerade i LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)⁴”. Att göra en annan avgränsning av målgruppen har dels visat sig vara svårt utifrån förstudiens syfte, dels inte bedömts gynna resultatet. I rapporten används begreppet ”målgruppen” därför genomgående för att beteckna de vuxna personer som har dessa LSS-insatser, även om fler personer också kan beröras.

Huvudsakliga mottagare av förstudiens resultat är GR och berörda nätverk samt medlemskommunernas verksamheter inom funktionshinderområdet liksom hälso-

² Se till exempel Larsen och Ljung, 2020, Isaksson, 2023.

³ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) t.o.m. SFS 2023:37.

⁴ Kunskapsguiden, 2022.

och sjukvård. Resultaten bedöms även kunna vara relevanta för den övriga hälso- och sjukvården i regionen och nationellt, i arbetet med att utveckla en god och nära vård.

Metod och genomförande

Underlaget till förstudien har hämtats från skriftliga källor samt intervjuer med ett tiotal nyckelpersoner. De skriftliga källorna har huvudsakligen bestått av nationella utredningar, rapporter och underlag med fokus på kommunal hälso- och sjukvård samt behov av densamma i relation till målgruppen. Här har fokus lagts på kunskapsunderlag från Socialstyrelsen (som utgör kunskapsmyndighet för hälso- och sjukvård i Sverige), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt Sveriges kommuner och regioner (SKR). Även regionala underlag har använts, såsom medicinska riktlinjer som berör målgruppen.

Urvalet av respondenter att intervjua har utgjorts av lokala, regionala och nationella tjänstepersoner som har bedömts ha en god överblick över nuläge, behov och utmaningar utifrån förstudiens syfte. En sammanställning över genomförda intervjumöten och respondenter presenteras i bilaga 1.

De semistrukturerade intervjuer som genomförts med nyckelpersoner har syftat till att samla in relevant kunskap och bidra till orientering utifrån förstudiens syfte. Intervjuformen har inneburit att förberedda frågor har ställts, men att utrymme har funnits för att ställa följdfrågor och lägga till nya frågor utifrån de svar och reflektioner som framkommit. Varje intervju har även innehållit en avslutande del där eventuella tillägg, medskick eller aspekter som respondenten upplevt har saknats och velat lägga till särskilt efterfrågats. I flera fall har även relevanta underlag liksom förslag på personer att kontakta kommit upp i dialogen, vilket lett till att nya respondenter lagts till i en form av snöbollsurval. Alla respondenter har i inledningen av intervjun fått information om att alla utsagor kommer att anonymiseras och sammanställas till ett samlat kunskapsunderlag för tematisk analys. På så vis har dialogen om nuläge och utmaningar kunnat öppnas upp mer fritt och fokuseras på respondenternas specifika kunskap och erfarenheter utan att begränsas av formella roller, vilket bedömts gagna syftet.

Analysen av intervjuunderlaget har bestått i att sammanställa respondenternas samlade utsagor utifrån anteckningar och sortera sakinnehållet tematiskt. I en form av iterativ process har intervjumaterialet analyserats och samlats under rubriker parallellt med analys av underlag från skriftliga källor för att framställa en mer sammantagen bild av angelägna utvecklingsområden.

Bakgrund

Målgruppen personer med insatser enligt LSS

Målgruppen för lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade⁵ (LSS) är personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd (personkrets⁶/grupp 1) liksom personer som efter hjärnskada i vuxen ålder fått ett betydande begåvningsmässigt funktionshinder (grupp 2) samt personer som har andra bestående fysiska eller psykiska funktionshinder (grupp 3). Antalet personer i varje grupp i GR:s tretton medlemskommuner enligt Socialstyrelsens statistik presenteras i tabell 1 nedan. Av tabellen framgår att det övervägande antalet personer som får LSS-insatser tillhör grupp 1, med en spännvidd från under hundra personer i tre kommuner till drygt femhundra i de tolv mindre medlemskommunerna. I Göteborg utgör grupp 1 cirka 3500 personer.

Tabell 1: Antal personer med LSS-insatser i GR fördelat på grupper per den 1 oktober 2022⁷.

Kommun	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3	Samtliga
Ale	197	X	X	203
Alingsås	335	12	28	375
Göteborg	3 446	172	550	4 168
Härryda	243	10	13	266
Kungsbacka	529	16	27	572
Kungälv	293	8	12	313
Lerum	247	7	20	274
Lilla Edet	83	0	7	90
Mölnadal	471	15	18	504
Partille	269	4	11	284
Stenungsund	166	X	X	173
Tjörn	88	X	X	96
Öckerö	88	X	X	93
GR totalt	6455	244	686	7411
Riket	70 049	1 899	5 598	77 546

⁵ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

⁶ Begreppet personkrets (1-3) används i lagtexten som beteckning på respektive grupp.

⁷ Socialstyrelsen, 2023a.

LSS innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service, som ska vara varaktiga, samordnade och tillförsäkra goda levnadsvillkor för den enskilde individen. Insatserna ska enligt lagen anpassas till individuella behov, vara lätt tillgängliga och stärka förmågan att leva ett självständigt liv.⁸

Boende med särskild service och daglig verksamhet är de två vanligaste LSS-insatserna i kommunerna för vuxna personer mellan 23 och 64 år.⁹ Andra stöd- och serviceinsatser som kan beviljas vuxna personer enligt LSS är personlig assistans, korttidsvistelse, rådgivning och personligt stöd, avlösarservice, kontaktperson och ledsagarservice. Daglig verksamhet ska erbjuda stimulans, utveckling, meningsfullhet och gemenskap för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.¹⁰ I dag har drygt 40 000 personer i Sverige denna insats.¹¹ Gruppboende eller servicebostad kan beviljas vuxna personer som har behov av stöd, service eller omvårdnad.¹² Totalt har cirka 30 000 personer i landet ett sådant boende.¹³ I Göteborgsregionen varierar antalet i boende med särskild service mellan ett 30-tal och drygt 200 personer i de tolv mindre medlemskommunerna medan knappt 1 800 har ett sådant boende i Göteborg. För daglig verksamhet varierar på motsvarande vis antalet mellan knappt femtio och knappt trehundra personer, medan det i Göteborg finns nästan 2 000 personer som har denna insats. För personer i boende med särskild service liksom för personer med daglig verksamhet har kommunen ett hälso- och sjukvårdsansvar¹⁴.

⁸ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

⁹ Socialstyrelsen, 2023b.

¹⁰ Socialstyrelsen, 2022a.

¹¹ Socialstyrelsen, 2023b.

¹² Socialstyrelsen, 2022a.

¹³ Socialstyrelsen, 2023b.

¹⁴ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) t.o.m. SFS 2023:37.

Tabell 2. Antal personer med LSS-insatsen boende med särskild service samt daglig verksamhet i GR:s medlemskommuner per den 1 oktober 2022¹⁵.

Kommun	Antal vuxna personer med LSS-boende	Antal personer i daglig verksamhet
Ale	88	129
Alingsås	170	203
Göteborg	1 781	1 911
Härryda	101	122
Kungsbacka	198	278
Kungälv	142	209
Lerum	100	129
Lilla Edet	31	46
Mölnadal	208	277
Partille	108	165
Stenungsund	86	113
Tjörn	45	50
Öckerö	37	47
Totalt GR	3095	3679
Totalt riket	29 897	40 988

I båda dessa insatser ingår omvårdnad och i insatsen boende med särskild service ingår även fritidsverksamhet och kulturaktiviteter.¹⁶

När en LSS-insats beviljas ska den berörda personen erbjudas att en individuell plan upprättas över beviljade och planerade insatser. I planen ska åtgärder redovisas som vidtas av kommunen, regionen och andra aktörer. Den individuella planen ska omprövas fortlöpande, men minst en gång om året, och kommunen ska verka för att innehållet samordnas. Region och kommun ska även underrätta varandra om upprättade planer.¹⁷ Idag saknas nationell uppföljning av hur många personer som har en individuell plan enligt LSS, liksom i vilken utsträckning befintliga planer följs upp.¹⁸

¹⁵ Socialstyrelsen, 2023b.

¹⁶ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

¹⁷ Lag (2019:883) Lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

¹⁸ Socialstyrelsen, 2022b.

Överrepresentation av ohälsa och sjuklighet i målgruppen

Vuxna med medfödd funktionsnedsättning har kraftigt ökad sjuklighet och dödlighet i såväl somatiska som psykiska sjukdomar.¹⁹

Socialstyrelsen konstaterar att en mycket stor del av den samlade ohälsan finns hos målgruppen personer med funktionsnedsättningar. Exempelvis är både nedsatt psykisk hälsa och dålig tandhälsa mer än dubbelt så vanligt bland personer med funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen i Sverige. Förutsättningarna för en god hälsa är ofta sämre för personer med funktionsnedsättningar, bland annat på grund av svagt inflytande, ekonomisk otrygghet och brist på tillgänglighet.²⁰ Hälsoutmaningar såväl som förtida dödsfall hos personer med mild till måttlig intellektuell funktionsnedsättning eller autism är konstaterade och visar att hälsan inte är jämlik i jämförelse med befolkningen i övrigt.²¹ Exempelvis är medellivslängden för personer med autism i genomsnitt sexton år kortare.²²

Personer som har en intellektuell funktionsnedsättning har en ökad sårbarhet för att drabbas av fysisk ohälsa. Exempel på medicinska problem som kan kopplas till sårbarheten är allergier, diabetes, hudbesvär, hjärtbesvär, inkontinens och hjärtsjukdomar.²³ I målgruppen finns predisposition för sjukdomar och fysiska tillstånd kopplade till specifika syndrom, såsom Downs syndrom, vilket kräver systematisk medicinsk observation och uppföljning över tid. Men det finns även en tydlig överrepresentation av sjukdomstillstånd som är livsstilsrelaterade och som kan förebyggas och/eller påverkas genom individens levnadsvanor. Fetma är exempelvis dubbelt så vanligt och diabetes är tre gånger så vanligt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning, jämfört med genomsnittet i Sverige.²⁴ Många personer med intellektuell funktionsnedsättning går exempelvis upp i vikt när de flyttar hemifrån till en LSS-bostad, vilket i sin tur ökar risken för diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.²⁵ Personer i målgruppen dör även oftare än övriga av sjukdomstillstånd som har potential att förebyggas med hälsointerventioner.²⁶

Återkommande i de intervjuer som genomförts inom ramen för denna förstudie, är att man lyfter fram överrepresentationen i fråga om riskfaktorer och sjuklighet av olika slag i målgruppen som en övergripande problematik. En respondent uttryckte det som "mer av allt", såsom depression, demens, hjärt- och kärlsjukdomar och bröstcancer. Samtidigt lever personer med funktionsnedsättningar generellt sett längre idag än tidigare, vilket innebär att fler personer i målgruppen även drabbas av åldrandets sjukdomar, såsom demens. Exempelvis har medellivslängden hos personer med Downs Syndrom ökat kraftigt över tid sedan 1960-talet och är idag över 60 år.

¹⁹ Västra Götalandsregionen, 2022, s. 4.

²⁰ Kunskapsguiden, 2023a.

²¹ Flygare Wallén et al., 2018.

²² Sveriges kommuner och regioner, 2023a.

²³ Kunskapsguiden, 2023a.

²⁴ Flygare Wallén et al., 2018.

²⁵ Sveriges kommuner och regioner, 2023a.

²⁶ Flygare Wallén et al., 2018.

Personer i målgruppen får inte heller alltid tillgång till likvärdig hälso- och sjukvård. Vid insjuknande får de oftare tillgång till undersökning och behandling först i ett sent skede av sjukdomsförloppet.²⁷ För kvinnor med bröstcancer som har LSS-insatser är exempelvis risken att dö nästan dubbelt så stor jämfört med andra bröstcancerpatienter.²⁸

Sammanfattningsvis har personer i målgruppen en generellt sämre hälsa med kraftig överrepresentation när det gäller olika sjukdomstillstånd och en genomsnittligt kortare livslängd än befolkningen i övrigt, vilket till del beror på ogynnsamma livsstils- och omvärldsfaktorer som kan påverkas, exempelvis genom att hälso- och sjukvården utvecklas.

Utveckling av en god och nära hälso- och sjukvård

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) finns bland annat bestämmelser om övergripande mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för den svenska hälso- och sjukvården. Det lagstadgade ansvaret för hälso- och sjukvården i Sverige är fördelat mellan regioner och kommuner. Det är regionerna som har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården och som även ska verka för en god hälsa hos befolkningen.

Från juli 2021 har primärvården fått en ny definition, som innefattar ”att svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.”²⁹ Primärvårdens grunduppdrag, som berör både kommuner och regioner, beskrivs på följande vis:

”Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.”³⁰

År 2019 presenterades delbetänkandet God och nära vård – Vård i samverkan. I betänkandet beskrivs den framtida målbilden som en ”*personcentrerad, modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården*”³¹.

²⁷ Kunskapsguiden, 2023a.

²⁸ Sveriges kommuner och regioner, 2023a.

²⁹ Kunskapsguiden, 2023b.

³⁰ Kunskapsguiden, 2023b.

³¹ SOU 2019:29. Formuleringen används genomgående i delbetänkandet, se t. ex s.251.

Begreppet nära vård står, enligt utredaren, för ”...ett sätt att tänka, ett förhållningssätt, kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas.”³² Denna nya vårdmodell innebär därmed att alla hälso- och sjukvårdsverksamheter ska samordna sig kring individens behov och komma in i ett tidigt, proaktivt och hälsofrämjande skede, vilket benämns i betänkandet som ”...en mycket omfattande förändringsresa”³³. Sveriges kommuner och regioner (SKR) beskriver i sin målbild för den goda och nära vården ett förändrat förhållningssätt med en förflyttning i sättet att arbeta som består av fyra huvuddelar:

- Från fokus på organisation till fokus på person och relation.
- Från invånare och patienter som passiva mottagare till aktiva medskapare.
- Från isolerad vård och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus.
- Från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande.³⁴

Ett led i omställningen utgörs av den nya definitionen av primärvårdsnivån, vilken ska verka nära invånarna och utgöra navet i hälso- och sjukvården. Primärvårdens två huvudmän, kommuner och regioner, har samma uppdrag men inom olika områden.³⁵

Hälso- och sjukvård för målgruppen

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag nyligen kartlagt och analyserat hur möjligheter och tillgång till hälso- och sjukvård för vuxna personer med funktionsnedsättningar i LSS-boenden ser ut. Resultaten visar att det råder brist på läkare vid vårdcentralerna såväl som i habiliteringsverksamheter, liksom att läkarmedverkan på LSS-boenden är liten. Även tillgången till den specialiserade vården, såsom psykiatri, uppges vara begränsad för målgruppen. Årliga hälsokontroller, som kan förebygga och upptäcka ohälsa, visade sig även fungera olika väl över landet, vilket påverkar möjligheterna till en jämlik hälsa. Att utse en fast läkarkontakt i primärvården, som ansvarar för hälso- och sjukvården vid LSS-boenden och kan göra hembesök, beskrivs däremot av Socialstyrelsen som en framgångsfaktor. Vad gäller habilitering och rehabilitering konstaterar Socialstyrelsen att organiseringen ser olika ut i landets regioner och att det generellt finns behov av fler läkare med habiliteringskompetens.³⁶

³² SOU 2019:29, s. 29f.

³³ SOU 2019:29, s. 251.

³⁴ Sveriges kommuner och regioner, 2023a.

³⁵ Sveriges kommuner och regioner, 2023c.

³⁶ Socialstyrelsen, 2023c.

Medicinsk riktlinje för målgruppen i Västra Götalandsregionen

En framgångsfaktor enligt Socialstyrelsens undersökning av vårdkontakter i LSS-boende är att roller och ansvar i både de regionala och kommunala verksamheterna liksom att vad som är omsorg/omvårdnadsinsatser och vad som är hälso- och sjukvårdsuppgifter i kommunerna tydliggörs.³⁷

I Västra Götalandsregionen finns sedan 2017 en regional medicinsk riktlinje, *Ansvarsfördelning för medicinskt omhändertagande av vuxna med medfödd funktionsnedsättning*, som avser hela habiliteringens målgrupp. Syftet med riktlinjen är att ”säkerställa en medicinskt säker och effektiv vård för vuxna med medfödd funktionsnedsättning genom samverkan och en tydlig ansvarsfördelning mellan primärvård, specialistsjukvård och habilitering.”³⁸ I riktlinjen beskrivs exempelvis hur innehållet i de årliga hälsokontrollerna för personer med funktionsnedsättning bör se ut liksom hur samverkan mellan vårdgivare ska utformas för att möjliggöra en personcentrerad vård som utgår från patientens behov³⁹. Riktlinjen beskrivs av ansvarigt regionalt programområde⁴⁰ fungera huvudsakligen som ett ansvarsfördelningsdokument, för att tydliggöra var patienter med medfödda funktionsnedsättningar ska få sina medicinska insatser i den vård som regionen är huvudman för. Någon samlad uppföljning eller utvärdering av följsamheten till riktlinjens innehåll görs inte idag.⁴¹

Avtal och samverkansavtal för vård, habilitering och hjälpmedel mellan region och kommun

I Socialstyrelsens uppföljning av stöd till personer med funktionsnedsättning för 2022 redovisas ett antal nyckeltal som avser hur många av landets kommuner som har en aktuell skriftlig överenskommelse, beslutad på ledningsnivå, om samverkan med vuxenpsykiatri⁴² respektive vuxenhabiliteringen. För Göteborgsregionen rapporteras statistik från tolv av tretton kommuner, se sammanställning i bilaga 2. Resultaten visar att andelen kommuner med överenskommelser är högre i GR:s kommunerna (42 procent respektive 33 procent) än i riket som helhet (28 procent

³⁷ Socialstyrelsen, 2023c.

³⁸ Västra Götalandsregionen, 2022.

³⁹ I riktlinjen beskrivs att uppföljning ska ske enligt följande: ”RPO rehabilitering, habilitering, försäkringsmedicin ansvarar för uppföljning i samverkan med övriga berörda regionala programråden. Avstämning görs med berörda patientorganisationer. Följande indikatorer följs: Antal patienter som under en rullande 12 månaders utsökningsperiod haft någon av följande diagnoser • F70-F79 (intellektuell funktionsnedsättning), F84 (autismspektrumtillstånd), G80 (cerebral pares), Q05 (ryggmärgsbräck), eller Q90 (Downs syndrom), Kombinerat med någon av följande: • Diagnoskod Z133, Z134, Z137, Z139 Årlig hälsokontroll • Kvå-kod AU124 Samordnad individuell vårdplan (SIP)”.

⁴⁰ Ett sjukvårdsregionalt programområde (RPO) utgör en del av det nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården.

⁴¹ Västra Götalandsregionen, 2023.

⁴² Så här lyder Socialstyrelsens beskrivning av indikatorn: ”Kommunen/stadsdelen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden mellan olika verksamhetsområden inom socialtjänsten och externa aktörer.”

respektive 23 procent). Nationellt ses en nedåtgående trend vad gäller andelen kommuner med dessa avtal mellan åren 2018 och 2022.⁴³

I Socialstyrelsens enhetsundersökning för bostäder med särskild service 2022 redovisas nyckeltal som avser om rutiner finns för att säkerställa tillgången till hälso- och sjukvård⁴⁴, se sammanställning för Göteborgsregionens kommuner i bilaga 3. Den genomsnittliga andelen kommuner i Göteborgsregionen som rapporterade att rutiner fanns var 84 procent, vilket var högre än den genomsnittliga andelen för kommunerna i Västra Götalandsregionen (78 procent) och för riket som helhet (77 procent).

Andelen bostäder med särskild service enligt LSS i kommunerna i Göteborgsregionen som redovisade att aktuella rutiner för hjälpmedel⁴⁵ fanns år 2022 var i genomsnitt 65 procent. Det låg strax över genomsnittet för hela Västra Götalandsregionen, där motsvarande andel var 61 procent, liksom för riket som helhet som hade en genomsnittlig andel om 64 procent.

Avtal och samverkansavtal mellan kommuner och regioner reglerar i olika grad vårdkontakter för personer som bor i bostad med särskild service enligt LSS idag. Avtalen i sig behöver tydliggöras, förankras och kommuniceras, eftersom det idag råder tveksamhet om innehåll, ansvarsförhållanden och efterlevnad, menar Socialstyrelsen.⁴⁶

I Västra Götaland bedöms utifrån intervjuunderlaget en fungerande samverkan kring hjälpmedel vara etablerad på länsnivå, där de 49 kommunernas samarbete omfattar regelverk samt avtal och överenskommelse om försörjning och distribution. Däremot upplevs kännedomen om innehåll i avtal och överenskommelser på enhetsnivå inom LSS liksom rutiner på lokal nivå till dels saknas i verksamheterna.

Kommunal primärvård för målgruppen i landet och i Göteborgsregionen

Kommunerna ansvarar för att ”erbjuda en god hälso- och sjukvård i olika särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättningar utifrån socialtjänstlagen, liksom för personer i bostad med särskild service (LSS-boenden) samt dagliga verksamheter som är reglerade i LSS.”⁴⁷ Kommunerna ansvarar även för hemsjukvård medan regionernas primärvårdsansvar omfattar exempelvis vårdcentraler och första-linje-verksamheter.⁴⁸

⁴³ Socialstyrelsen, 2022c.

⁴⁴ Så här lyder Socialstyrelsens beskrivning av indikatorn: ”Andel enheter som har aktuella rutiner för att säkerställa att de som bor på boendet får tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Med aktuell menas att rutinen har utformats eller följts upp de senaste tolv månaderna.”

⁴⁵ Så här lyder Socialstyrelsens beskrivning av indikatorn: ”Enheter har aktuella rutiner för hur samverkan med förskrivare av hjälpmedel till de som bor i boendet ska ske. Med aktuell menas att rutinen har utformats eller följts upp de senaste tolv månaderna.”

⁴⁶ Socialstyrelsen, 2023c.

⁴⁷ Kunskapsguiden, 2022.

⁴⁸ Sveriges kommuner och regioner, 2023c.

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar motsvarar således den regionala primärvårdsnivån, men omfattar inte läkarinsatser.⁴⁹ I den kommunala hälso- och sjukvården är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter de vanligaste legitimationsyrkena. Då läkarinsatser inte ingår i kommunernas ansvar, är det i stället regionen som ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård.⁵⁰

Mer än 82 procent av de personer i Sverige som bor i LSS-boende fick kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser någon gång under 2021, fler kvinnor än män och fler i högre åldersgrupper än i lägre. I åldersgruppen 65+ var andelen högre än 90 procent för båda könen, visar den nationella statistiksammanställningen för pandemiåret 2021. Vanliga vårdåtgärder för personer som bor på LSS-boenden var ”vaccinationer, konferens om och med patient, provtagningar, åtgärder kopplade till läkemedel, bedömning av hud och smärta, muskelfunktions- och styrketräning samt information och rådgivning per telefon med företrädare för patienten”.⁵¹ Även bedömning, rådgivning, förskrivning, utprovning, träning och uppföljning av hjälpmedel är vanliga kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser för målgruppen, enligt Socialstyrelsens statistik.⁵² Den tillgängliga statistiken avseende kommunal hälso- och sjukvård har dock uppvisat brister bland annat vad gäller registrering av KVÅ-koder⁵³ samt att många personer i målgruppen saknas i de insatser som registreras⁵⁴.

Utöver denna övergripande statistik är kunskaps- och dataunderlaget begränsat för den kommunala primärvård som avser målgruppen idag. Eftersom uppföljning och statistik som beskriver innehållet och resultaten i den kommunala vård som ges till stor del saknas är det svårt att skapa en bild av både nuläget och hur utvecklingen ser ut över tid. Även specifik tillgänglig kunskap och evidens om kommunal hälso- och sjukvård för målgruppen är idag knapphändig, exempelvis från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

⁴⁹ Kunskapsguiden, 2022.

⁵⁰ Socialstyrelsen, 2022d.

⁵¹ Socialstyrelsen, 2022d.

⁵² Socialstyrelsen, 2022d.

⁵³ KVÅ-koder betyder klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), som är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister.

⁵⁴ Larsen och Nilsson, 2023a&b.

Två exempel på hälso- och sjukvårdslösningar särskilt anpassade för målgruppen

Exempel finns idag på där man utvecklat en särskild LSS-hälsa respektive ett samordnat medicinska omhändertagande för att tillgodose målgruppens behov inom kommunal primärvård. Nedan beskrivs två sådana, LSS-hälsan i Stockholm liksom samordnat medicinskt omhändertagande i Sörmland, som referenser på anpassade hälso- och sjukvårdslösningar.

LSS-hälsan i Stockholm

Socialförvaltningen i Stockholms stad driver LSS-hälsan, en verksamhet som erbjuder kommunal hälso- och sjukvård för personer som bor eller vistas på LSS-verksamhet, det vill säga gruppbostad, servicebostad och daglig verksamhet. Även närstående till målgruppen är välkomna att ta kontakt. I verksamheten arbetar ett team som består av sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Till LSS-hälsan kan man vända sig om man har eller får behov av en kontakt inom vården. Den hjälp som erbjuds är bedömning av hjälpmedelsbehov, stöd i att tillsammans strukturera vardagen liksom att lägga upp en plan för ökad rörlighet och motorik. Vid behov erbjuds även hjälp med att hantera läkemedel, utredning av omvårdnadsbehov och samordning av vårdkontakter tillsammans med boendepersonalen.

Källa: Stockholms stad, 2023.

Samordnat medicinskt omhändertagande för vuxna personer med funktionsnedsättning – SMO i Sörmland

I Sörmland har regionens habiliteringsverksamhet tillsammans med Hälsoval initierat en särskild satsning som riktar in sig på att ge samordnad och bättre vård och stöd för vuxna personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar. I praktiken innebär det att anpassningar görs till patienternas behov och förutsättningar vid ett antal vårdcentraler i regionen som har detta särskilda uppdrag. SMO innefattar att vårdcentralen har ”...extra engagemang och kunskap kring olika funktionsnedsättningar”, med möjligheter till längre läkartider och ökad kontinuitet liksom mer samarbete mellan olika berörda yrkeskategorier såsom läkare, sjuksköterska, psykolog och fysioterapeut. De patientgrupper som berörs är exempelvis personer med Downs syndrom, utvecklingsstörning, flerfunktionshinder, förvärvad hjärnskada, autismdiagnos eller ett sällsynt syndrom. Även samarbetet mellan olika vårdgivare i kommun och region har utökats och innefattar såväl kommunens hälso- och sjukvård som habiliteringsverksamheten och specialistkliniker. Patienter erbjuds även hjälp med samordning av sina olika vård- och stödinsatser.

Källa: Region Sörmland, 2023.

Identifierade angelägna utmaningar i utveckling av en god och nära vård

I de intervjuer och det bakgrundsmaterial som ligger till grund för analysen framkommer ett antal utmaningar när det kommer till utvecklingen av en god och nära vård för målgruppen. Utifrån förstudiens syfte presenteras här identifierade angelägna utmaningar.

Bristande kunskaper om målgruppens särskilda behov och förutsättningar

Arbetet i den kommunala primärvården utförs framför allt av legitimerad personal, det vill säga sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Även LSS-personal i boende eller daglig verksamhet kan utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation. Trots att hälsan idag är ojämlig till nackdel för målgruppen upplevs en samlad bild av vilken hälso- och sjukvårdskompetens som krävs i de olika yrkesrollerna i relation till målgruppens behov och förutsättningar saknas. Målgruppen är även liten i jämförelse med målgruppen äldre⁵⁵ i den kommunala primärvården, vilket enligt intervjuerna påverkar tillgången till specialiserad kompetens.

I intervjuerna påpekas även att kommunal hälso- och sjukvårdspersonal med grundutbildning i sin profession ofta inte har ett funktionsnedsättningsperspektiv i sin kompetensprofil. Genomgående i intervjuunderlaget lyfts bristande kunskap om målgruppens särskilda behov och förutsättningar hos vård- och omsorgspersonal fram som en stor och avgörande utmaning för att utveckla en god och nära vård. Kommunerna tog över hälso- och sjukvårdsansvaret från dåvarande landstingen i och med att LSS-lagstiftningen infördes för snart trettio år sedan. Flera respondenter har påtalat att det vid de tidigare vårdinstitutionerna för personer med intellektuell funktionsnedsättning fanns en samlad kunskap och kompetens om målgruppen, vilken sedan skingrades och försvann. Samtidigt finns en stor och bred kompetens hos legitimerad personal som arbetar hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande, inte minst hos fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Dessa professioner har däremot ofta lite utrymme för att arbeta med den typen av insatser för målgruppen. Återkommande nämns även det generella behovet av kompetens som möjliggör ett helhetsperspektiv på individens hälsosituation.

⁵⁵ Enligt Socialstyrelsens statistik (2022g) är cirka 82 procent av de personer som får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser över 65 år.

Spetskompetens om målgruppen saknas i dagens hälso- och sjukvård och högre utbildning

Den kommunala hälso- och sjukvården är vanligen organiserad under socialförvaltningen och ofta med äldreomsorgen i kommunen, vilket beskrivits få konsekvenser för målgruppen men även övriga mindre grupper såsom barn och personer med missbruk. I underlaget beskrivs att äldreomsorgens målgrupp ofta präglar den kommunala hälso- och sjukvården, dels volymmässigt, dels avseende fokus och kompetens. Jämfört med målgruppen i den här förstudien har många i målgruppen äldre tidigare ofta varit välfungerande och behovet av insatser är åldersrelaterade. De specifika behoven och förutsättningarna för målgruppen i den här förstudien uppges lätt hamna i skuggan av de behov som finns i den större äldregruppen. I de statliga utredningar som gjorts om utveckling av en god och nära vård är det också svårt att hitta skrivningar som specifikt adresserar målgruppen, trots att de utgör en grupp med särskilda behov i relation till de fyra stora förflyttningar som beskrivits ovan (till fokus på person och relation, aktivt medskapande, samordning utifrån personens fokus samt proaktivitet och hälsofrämjande).

I målgruppen ryms många olika diagnoser och syndrom, funktionsnedsättningar och sjukdomar vilket i många fall skapar en komplexitet i samtidiga vård-, rehabiliterings-, stöd- och omvårdnadsbehov. Här krävs ett långsiktigt livsperspektiv på hälso- och sjukvårdsinsatser, från ung vuxen till åldrandets sjukdomar, liksom förändringar över tid i individuella hälso- och sjukvårdsbehov. Den stora spännvidden i fråga om ålder gör också att det finns flera generationer och erfarenheter representerade i målgruppen idag, från äldre personer som bött delar av sitt liv på institution till nyblivna vuxna, födda på 2000-talet. Spontana och livsbejakande aktiviteter utifrån normaliseringsprinciper ställer högre krav på en tillgänglig och anpassningsbar hälso- och sjukvård där både läkemedel, medicinsk teknik och hjälpmedel behöver finnas på plats och fungera.

Mot denna bakgrund lyfts återkommande i intervjumaterialet behovet av spetskompetens i kommunen för att möta upp målgruppens särskilda behov av hälso- och sjukvård, både hos legitimerad personal och hos personal vid LSS-boenden och daglig verksamhet. Exempel på sådana specifika kompetensbehov som framkommit är:

- Hur ”vanliga” sjukdomar utvecklas hos personer med kognitiva funktionsnedsättningar
- Hur målgruppens behov av hälso- och sjukvård skiljer sig från den stora målgruppen äldre
- Hur genomförandeplaner kan skapas med avseende på hälso- och sjukvårdsaspekter

Ett område som beskrivs saknas idag är utbildning på avancerad nivå i hälso- och sjukvård som specifikt avser målgruppen, motsvarande specialistsjuksköterska. Här

ses behov av grundläggande sakkunskap om målgruppens diagnoser och funktionsnedsättningar, vilka ligger till grund för beviljade LSS-insatser liksom vanliga sjukdomstillstånd. Idag ges dock få högre utbildningar vid landets universitet och högskolor som fokuserar på hälso- och sjukvårdsperspektivet för målgruppen, även om enstaka relaterade korta kurser finns. Däremot finns hela utbildningsprogram inom socialpedagogiskt arbete, som innehåller kurser i handikapp- och rehabiliteringsvetenskap.⁵⁶ Inom Yrkeshögskolan ges ettåriga utbildningar till stödpedagog inom funktionsnedsättningsområdet, med inslag av hälsopedagogik, vilka leder till en yrkeshögskoleexamen.

LSS-personalen saknar ofta viktig hälso- och sjukvårdskompetens

Individer i målgruppen har ofta svårt att själva uppmärksamma, förstå och kommunicera sjukdomssymtom eller ett försämrat mående. Det gör att sjukdomar oftare upptäcks i ett senare skede, där både livskvalitet och prognos kan påverkas negativt. Smärta har nämnts som ett exempel på vanligt symtom där kompetensbrist och kommunikationssvårigheter kan leda till sen upptäckt, utredning och åtgärd. Här påtalas vikten av uppmärksamhet på och rutiner för att identifiera avvikelser mot det normala i beteende, humör, ljud, rörelse, kroppsspråk, aptit och ansiktsuttryck utöver sedvanliga åtgärder som att kontrollera exempelvis feber. Personalen som arbetar inom LSS träffar dagligen individen och kan observera och följa måendet och iaktta förändringar. Den legitimerade personalen i kommunen träffar däremot individen vid tillfälliga besök. Det skapar olika förutsättningar för informationsinhämtning, där den legitimerade personalen är beroende av den information som baspersonalen ger.

Personal i LSS-boende och daglig verksamhet har således stor potential att genom sina dagliga kontakter med den enskilde individen skapa både hög personkännedom och tillitsfulla relationer. På så vis utgör baspersonalen nyckelpersoner för att kunna fånga upp behov, dokumentera, följa upp insatser och stödja i olika hälso- och sjukvårdsinsatser. Idag uppges däremot grundläggande kunskap om behov av hälso- och sjukvård ofta saknas hos LSS-personalen. I sin tur leder det till att exempelvis symtom eller förändringar hos individen inte uppmärksammas eller uppmärksammas sent, samt att samverka med den legitimerade personalen försvåras.

På LSS-boendena saknas kompetens avseende läkemedelshantering och delegering samt kunskap om att tolka och känna igen tecken på smärta, sjukdom eller skada hos målgruppen, konstaterar Socialstyrelsen. Däremot finns i de flesta fall generellt rutiner på boendena i landet för hur personalen ska agera om tecken identifieras.⁵⁷

⁵⁶ Vid Malmö universitet ges t ex kursen "Hälsofrämjande stöd för personer med funktionsnedsättning" om 7,5 högskolepoäng samt programmet "Socialpedagogiskt arbete inom funktionshinderområdet".

⁵⁷ Socialstyrelsen, 2023c.

Kommunikation, arbetssätt och bemötande utgör utmaningar i hälso- och sjukvården

Även utbildning för legitimerad personal i bemötande och för att kunna anpassa hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån målgruppens behov och förutsättningar efterfrågas nationellt. Kunskap och kompetens om bemötande av målgruppen uppges även saknas på hälften av landets vårdcentraler, konstaterar Socialstyrelsen, som därför ser behov av generella kompetenshöjande insatser inom dessa områden för hälso- och sjukvårdspersonalen.⁵⁸

I intervjuunderlaget framhålls att kompetens i anpassad pedagogik och kommunikationsstöd generellt saknas hos den legitimerade vårdpersonalen även i Göteborgsregionen. Det skapar otillfredsställande förutsättningar för att fånga behov och önskemål hos den enskilde individen och påverkar i sin tur bedömningen av såväl aktuella vårdbehov som relevanta vårdinsatser. Det beskrivs även återkommande att kompetensen hos vårdpersonalen generellt sett brister vad gäller att kunna kommunicera med individer i målgruppen för att samla in relevant hälsoinformation som underlag för exempelvis bedömning av vårdbehov. Det upplevs även utgöra utmaningar i praktiken att vid behov ta initiativ till och samla in kompletterande relevant information från LSS-personal och/eller närstående för att kunna skapa en samlad bild av livssituation, symtom etc. Omvänt behöver personalen i den kommunala primärvården liksom övriga vården även kunna kommunicera förslag och åtgärder på ett för individen mer tillgängligt vis än idag för att främja delaktighet, förståelse och trygghet i vårdssituationen. Även LSS-personalen, som finns kring individen i vardagen, behöver i ökad utsträckning tänkas in och involveras i hälso- och sjukvårdsrelaterade insatser för att kunna utgöra kompenserande stöd, göra observationer, genomföra och följa upp effekter av vårdinsatser med mera.

Även Socialstyrelsen har identifierat att kommunikation mellan personal vid vårdcentraler och individer i målgruppen utgör ett problemområde idag, vilket inkluderar bristande tillgång till eller användning av befintliga kommunikationsstöd.⁵⁹

Bristande kompetens, samsyn och arbetssätt inom hälsofrämjande och förebyggande arbete

Som beskrivits ovan är livsstilsrelaterade sjukdomar, som kan påverkas genom levnadsvanor, överrepresenterade i målgruppen. Eftersom personer i målgruppen på grund av sina funktionsnedsättningar ofta har svårt att på egen hand ta in, bearbeta och analysera information liksom att planera och genomföra åtgärder som påverkar den egna hälsan, ställs motsvarande krav på det stöd som ges av vård- och stödpersonal, både i vardagen och i olika vårdssituationer. Att hälsosfaktorer som hygien, mat, social aktivitet, rörelse och mediciner kräver ett helhetsgrepp tillsammans med individen beskrivs av respondenterna som en central utgångspunkt för att främja jämlik hälsa.

⁵⁸ Socialstyrelsen, 2023c.

⁵⁹ Socialstyrelsen, 2023c.

Grundkompetens inom LSS för att kunna stödja individen i hälsofrämjande levnadsvanor och i förebyggande insatser uppges däremot saknas idag, men beskrivs som angeläget. Konkreta exempel har getts på hur kompetensbristen får konsekvenser i det dagliga arbetet, såsom att personalens personliga kostpreferenser eller populära hälsoråd från media styr agerandet i arbetet i LSS-bostaden. Tillgängliga kunskapsunderlag, såsom Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor och Livsmedelsverkets aktuella kostrekommendationer för vuxna liksom mer tillämpade kunskapsunderlag för målgruppen, får inte önskat genomslag i praktiken. Av underlaget framkommer att det förekommer stora skillnader mellan olika LSS-bostäder avseende personalens kunskapsnivå, förhållningssätt och metodik i det stöd som ges. Exempelvis beskrivs att det finns stora skillnader mellan frekvens av övervikt på gruppnivå mellan jämförbara bostäder, vilket indikerar att det finns skillnader i innehåll och form i det stöd som ges på de olika boendena.

I underlaget understryks vikten av att LSS-personal, som ger stöd och omvårdnad till personer i målgruppen, får utbildning i det allmänna tillgängliga kunskapsläget om kost, rörelse och social aktivitet för att kunna främja, förebygga och minska dagens ojämlika hälsa i målgruppen. Inte minst påtalas behovet av gemensam grundkunskap om livsstilsrelaterad ohälsa såsom övervikt och diabetes som är kraftigt överrepresenterad i målgruppen. Idag ges exempel på att personalens personliga kostpreferenser, såsom dieter där vissa livsmedel eller produkter utesluts, får genomslag även i arbetet. Det kan innebära att exempelvis kolhydrater eller light-drycker utesluts godtyckligt och i strid med tillgänglig kunskap. Även hos den legitimerade personalen i kommunen beskrivs generell kompetens för att möta upp behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser utifrån målgruppens specifika förutsättningar saknas. Grundläggande kunskap om ohälsosamma faktorer som är relaterade till vanliga diagnoser och funktionsnedsättningar efterfrågas.

Utöver kännedom om och tillämpning av tillgänglig sakkunskap efterfrågas utökad pedagogisk kompetens för att kunna vägleda, motivera och stödja individen så att tillgänglig hälsorelaterad kunskap kan omsättas i praktiken. Hälsopedagogik och samtalsmetodik är två exempel på kompetenser som efterfrågats. Den pedagogiska delen beskrivs som svår och något som både stödpersonal, chefer och legitimerad personal behöver utvecklad kompetens i för att möta upp individers behov. På så vis kan den upplevda konflikten mellan individens självbestämmande och personalens möjlighet att påverka individens val (såsom matinköp), som framhållits som avgörande i praktiken i stället komma att utgöra en möjlighet. Att som personal ha en medveten, kunskapsbaserad, gemensam hälsostrategi och att möjliggöra hälsosamma val i vardagen med hjälp av tillämpning av tillgänglig kunskap⁶⁰ liksom att använda medveten pedagogik och humor har angetts som avgörande för att stärka individers hälsa i praktiken.

⁶⁰ Olika nationella kunskapsunderlag om levnadsvanor finns att tillgå. Se exempelvis aktuellt nationellt vårdprogram för ohälsosamma levnadsvanor (Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, 2023), vilket avser hela befolkningen samt kunskapsunderlag avseende målgruppen, såsom exempelvis Sveriges kommuners och regioners förslag på arbetssätt för hälsa för personer med funktionsnedsättning (2018), liksom råd om måltider i LSS-boende (Livsmedelsverket, 2023).

Samtidigt nämns i underlaget att det är kostnadsdrivande att utveckla hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt, åtminstone på kort sikt, då det kräver nya insatser från flera olika aktörer i allt från att ta fram individanpassade förslag och att stödja i genomförandet.

Hälso- och sjukvårdsperspektivet krockar med stödperspektivet i LSS

Det framgår av intervjuerna att det idag ofta sätts fokus på sjukvårdsperspektivet som sådant i omställningen till en god och nära vård och att mindre uppmärksamhet hittills riktats mot det främjande hälsoperspektivet, stödet och omsorgen, som är avgörande för hälsoutvecklingen i målgruppen. Skillnader i synsätt kommer till uttryck i praktiken när hälsoproblem uppstår. Exempelvis när en persons viktuppgång lett till kraftig övervikt som uppmärksammas av sjuksköterska vid boendet som ett hälsoproblem som behöver åtgärdas för att minska symtom såsom högt blodtryck och påverkad andning. Här kan boendepersonal i LSS uppleva att det medicinska perspektivet står i konflikt med personens rätt att göra fria val, exempelvis i form av inköp av snacks och godis. Personalen i LSS kan således uppleva att hälso- och sjukvårdsperspektivet "tar över" och blir ett eget fokus, vilket försvårar en utvecklad konstruktiv samverkan kring hälsoutveckling mellan professionerna, som skulle gynna individen.

Ett aktuellt exempel på hur ett sjukvårdsperspektiv i intervjuunderlaget har beskrivits "ta över" är frågan om personalkläder inom LSS, vilket aktualiserades under pandemin. Här ställdes ett smittskyddsperspektiv mot ett stödperspektiv, där den boende tar emot stöd i sitt eget hem till skillnad från tidigare sjukvårdspräglade institutioner.

Dagens vårdlogik matchar inte behov och förutsättningar i målgruppen

Traditionellt bygger hälso- och sjukvården främst på att individen själv är aktiv och tar initiativ till kontakt vid behov. Undantag är screeninginitiativ, barnhälsovård, vårdprogram för kroniska sjukdomar etc. I sin tur kräver den traditionella logiken egen agens och förmåga att identifiera behov, ta kontakt med aktuell vårdgivare och att kunna beskriva sina symtom liksom ge annan relevant information om sin situation. Den omvända logiken krävs däremot ofta för att möta upp förutsättningar och behov i målgruppen. I underlaget lyfts behov av att utveckla hälso- och sjukvårdens agens för att stödja en mer jämlik vård i målgruppen genom att agera preventivt och kompensera utifrån individens funktionsnedsättningar och särskilda behov. Exempel som framkommit i underlaget på viktiga aspekter specifikt för målgruppen är:

- att lägga tillräcklig tid på att ställa frågor, ringa in och kartlägga hälsoläget
- samverka med personal och närstående till individen (för att exempelvis förstå normalläge i relation till förändring i hälsoläge, beteende etc)

- arbeta systematiskt med regelbundna hälsokontroller liksom att verka för ökad följsamhet till befintliga screeningprogram genom att identifiera hinder och göra anpassning
- följa upp och utvärdera effekt av de vårdinsatser som ges
- anpassa inslag i vårdbesök och öka flexibiliteten, såsom möjlighet till hembesök, förberedelser som skapar trygghet, kommunikationsanpassningar och längre besökstider
- att stödja och koordinera de olika vårdkontakter som krävs för ett aktuellt vårdbehov
- anpassa bemötandet vid vårdbesök, undvika väntetider och se över miljöfaktorer som kan störa eller skrämma

Det framgår även i intervjuunderlaget att det saknas kvalitetsregister och uppföljningsmöjligheter för att överblicka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för målgruppen i den kommunala hälso- och sjukvården, motsvarande Senior Alert som används för målgruppen äldre avseende kost och nutrition, trycksår och fall.

Otillräcklig vårdkontinuitet

Byte av personal och personer runt individen skapar ofta otrygghet och oro, vilket gör att hög kontinuitet i både stöd-, omsorgs- och vårdrelationer är angelägna att uppnå. I underlaget framkommer att en återkommande vårdkontakt i primärvården dels möjliggör personkännedom och helhetsperspektiv, dels möjligheten att följa utveckling och förändringar över tid. Att arbeta i ”punktinsatser” liksom att förlita sig på dokumentation som underlag för vårdbeslut uppges inte vara ovanligt, men ger otillfredsställande resultat. För den enskilde individen möjliggör kontinuiteten i relationen förutsägbarhet och trygghet som i sin tur underlättar både fokus och kommunikation om den egna livssituationen. Här nämns bland annat hur ”dolda” hälsoproblem kan kartläggas, identifieras och uppmärksammas genom att ett ömsesidigt förtroende och personkännedom finns, vilket annars lätt kan missas vid tillfälliga kontakter. För den legitimerade personalen som arbetar med personer i LSS-boende framhålls också vikten av att upparbeta så hög personkännedom som möjligt, då de utifrån sin kompetens behöver kunna göra egna bedömningar av en persons normaltillstånd, behov och förändringar över tid.

Utöver teoretisk kunskap om ohälsa i målgruppen lyfts värdet av upparbetad erfarenhet av att möta personer med intellektuella funktionsnedsättningar och autismspektrumdiagnoser. Det gäller såväl läkare som annan legitimerad vårdpersonal för att möjliggöra att en giltig bild av livssituationen för den enskilde kan skapas, i samspel med individen. Här utgör fungerande kommunikation, personligt bemötande och kompensatoriska insatser utifrån individens behov och förutsättningar kärnkomponenter för att lyckas med de aktuella hälso- och sjukvårdsinsatserna. Socialstyrelsen konstaterar att vårdcentraler ofta saknar

specifika rutiner och arbetssätt för att möta målgruppen.⁶¹ Att personal från boendet, som känner till individens funktionsnedsättning och kommunikationssvårigheter, följer med vid vårdbesök ses som en kompenserande framgångsfaktor. Även tidsfaktorn är avgörande för vårdkvaliteten i den här målgruppen. Här framkommer att reguljära besökstider i såväl primärvård som specialistsjukvård ofta är för korta för att möjliggöra nödvändiga anpassningar som innefattar kartläggning och förståelse av helheten för individen, personlig historik, avvikelser – liksom för att möjliggöra förståelse och delaktighet (vilket krävs för att kunna skapa en effektiv och jämlik vård).

Bristande medskapande

Att vara delaktig i den egna vården, eller medskapare som det beskrivs ovan i förflyttningen till en god och nära vård, kommer med särskilda utmaningar för personer i målgruppen. Exempelvis till följd av funktionsnedsättningar som gör det svårt att koppla samman orsak-verkan-samband liksom att tänka abstrakt, exempelvis avseende olika möjliga handlingsalternativ och val i vården. Individen har ofta svårigheter att tillgodogöra sig sedvanlig muntlig och/eller skriftlig information om den egna vården, vilket också försvårar delaktighet och inflytande. Även rädsla kan uppstå för en obekant vårdsituation, med nya ansikten och ovan miljö, vilket ytterligare påverkar möjligheterna att tillgodogöra sig information och möjliggöra delaktighet i exempelvis ett vårdbesök.

En livslång vana att kompensera för sina funktionsnedsättningar kan också göra att dessa inte uppmärksammas och bemöts på ett adekvat vis i vården. Det beskrivs i underlaget inte vara ovanligt att man skäms och vill framstå som ”normal” och därför inte frågar om det man inte förstår eller undrar över. En respondent beskrev det som att ”en person kan fungera intellektuellt på en nivå motsvarande en sjuåring men har sin levda erfarenhet av att vara 67 år”. Det uppges vara särskilt svårt att möta upp vid kortare vårdkontakter, exempelvis inom både den somatiska och psykiatriska specialistsjukvården. Här krävs att både vård- och stödpersonal i sina arbetssätt bidrar till att skapa förutsättningar för medskapande hos individen som tar hänsyn till den faktiska kapaciteten, vilket kräver såväl personkännedom som pedagogisk och kommunikativ kompetens.

Ouppmärksammas psykisk ohälsa

Beträffande psykisk ohälsa i målgruppen finns liksom när det gäller somatiska sjukdomar en ökad sjuklighet. Det är vanligare i målgruppen än i befolkningen i övrigt med tillstånd som depression och ångest. Det finns också en ökad risk för bipolaritet och psykos. I en ny svensk forskningsartikel framgår att psykisk sjukdom är nio gånger vanligare hos personer med intellektuell funktionsnedsättning än i befolkningen i övrigt⁶². Trots den ökade risken för psykisk ohälsa och sjukdom beskrivs vården för målgruppen vara sämre anpassad för att möta upp behoven. I

⁶¹ Socialstyrelsen, 2023c

⁶² Flygare Wallén, E (kommande).

intervjuerna lyfts vikten av anpassningar och att se till helheten för individen för att kunna möta upp psykisk ohälsa på ett jämlikt vis.

Vid kartläggning av psykisk ohälsa-problematik behöver särskild hänsyn tas till individens funktionsnedsättning, kognitiva nivå och kommunikationsförmåga. Att samtidigt som det görs en adekvat medicinsk bedömning även i dialog kartlägga den sociala aspekten har beskrivits som avgörande. Det kan innefatta hur uppväxten varit, vad personen gör om dagarna, anhörig-/närstående relationer, sömnmönster etc. Exempel på faktorer att uppmärksamma relaterat till tecken på psykisk ohälsa som särskilt nämnts i intervjuunderlaget är:

- eventuella kroppsliga tillstånd/sjukdomar
- den sociala miljön runt individen
- eventuell traumatisering
- ofrivillig ensamhet

Att utforska livssituationen och koppla samman den med den aktuella problematiken framhålls i intervjuerna som ett sätt att skapa en helhetsbild av individens tillstånd, där orsaker och samband relaterade till psykisk hälsa och mående kan tydliggöras. Det påpekas särskilt att individens förmågor generellt ofta överskattas, vilket kan leda till försämrat mående till följd av att exempelvis en förändring i den närmaste omgivningen inte uppmärksammas. Det tycks vara vanligt att det finns tysta, inte uppenbara, orsaker till försämrat psykiskt mående. Orsaken kan vara individens oförmåga att själv förmedla och analysera orsakssamband vilket i sin tur ställer höga krav på uppmärksamhet hos personalen.

Exempelvis nämns ofrivillig ensamhet som en svårupptäckt men inte ovanlig situation i målgruppen. Här krävs att kartläggningen av möjliga orsaker är grundlig och ser till helheten i livssituationen för att det ska gå att hitta möjliga orsakssamband, som exempelvis kan utgöras av att personal på boendet eller arbetsplatsen har bytts ut och skapat tomrum, oro och otrygghet. Det framkommer också att det kan finnas vad som beskrivs som ett sjukdoms- eller diagnosfokus, inte minst hos legitimerad personal, som kan hindra förståelse för och kartläggning av hur exempelvis symtom, som nedstämdhet eller sömnproblem, hänger ihop med den aktuella livssituationen.

För utredning och behandling vid tecken på allvarlig psykisk sjukdom, såsom bipolaritet och psykos, krävs adekvat psykiatrisk vård, som liksom övrig vård behöver utgå från patientens behov och förutsättningar för att vara god och jämlik. I intervjuunderlaget speglas att den reguljära vuxenpsykiatrin inte alltid ser att personer med intellektuella funktionsnedsättningar tillhör deras målgrupp, vilket gör att dessa personer inte får tillgång till rätt vård utifrån sina behov.

I underlaget beskrivs även hur organisatoriska förändringar som genomförs i hälso- och sjukvården får särskilda konsekvenser för målgruppen. Ett sådant konkret exempel är pågående verksamhetsförändringar i öppenvårdspsykiatrin, som medför

koncentration till ett mindre antal öppenvårdsenheter och ett mer begränsat utbud av insatser. Att en nära och känd lokal enhet läggs ned gör att individer ofta får svårt att hantera den nya situationen både socialt och praktiskt när upparbetade relationer, resvägar och kända rutiner påverkas.

Personer i ordinärt boende hamnar i skymundan

För personer i bostad med särskild service finns legitimerad personal som tillsammans med boendepersonal kan fånga upp och följa individens mående över tid. För de personer som har LSS-insatser eller boendestöd i ordinärt boende saknas dessa resurser och de är i stället hänvisade till att kontakta sin vårdcentral. I intervjumaterialet omnämns att denna målgrupp är viktig att beakta i utvecklingen av en god och nära vård, då dessa individer riskerar att hamna i skymundan, trots att deras behov och förutsättningar i hälso- och sjukvården i olika utsträckning motsvarar målgruppen i boende med särskild service. Några aspekter som särskilt omnämns är behovet av anpassningar vid läkarbesök och övriga vårdkontakter, vilket i sin tur kräver utökade besökstider. Att ha färre listade patienter vid vårdcentralen uppges möjliggöra nödvändiga kontakter med personer runt omkring individen, såsom närstående, gode män, handläggare och andra professioner samt skapa utrymme för hembesök. På så vis uppges förutsättningar för utveckling av en anpassad och personcentrerad hälso- och sjukvård kunna skapas i praktiken för denna målgrupp.

Digitalt utanförskap

I en alltmer digitaliserad hälso- och sjukvårdsutveckling behöver särskild hänsyn tas till målgruppens förutsättningar för att minska riskerna för digitalt utanförskap. I intervjuunderlaget förs digitala plattformars tillgänglighet och begriplighet fram som exempel på potentiella hinder, där både språket och användbarheten utgör exempel på utmaningar för personer i målgruppen.

Socialstyrelsen konstaterar att många personer i målgruppen inte har tillgång till eller möjlighet att använda internet och ofta saknar BankID, vilket försvårar deras vårdkontakter. Regioner och kommuner uppmanas därför särskilt att arbeta med dessa tillgänglighetsfrågor.⁶³

Höga kostnader och risk för minskad tillgång till hjälpmedel

Avseende hjälpmedel påverkar praktiska frågor såväl som nya regelverk möjligheterna att matcha individens behov med rätt hjälpmedel. Två konkreta exempel på faktorer som framkommit utgörs av en ny EU-standard som kan försvåra CE-märkning av kognitiva hjälpmedel. Detta befaras särskilt påverka små företag som kanske tvekar att märka sina produkter, och som därmed inte blir tillgängliga trots att behov finns.

⁶³ Socialstyrelsen, 2023c.

Även höga kostnader för hjälpmedel har lyfts upp som en utmaning i relation till hjälpmedelsinköp i kommunerna. I Västra Götaland finns dock en väl etablerad samverkan mellan kommuner och region som möjliggör ekonomiskt effektiva inköp, distribution och reparation av hjälpmedel, jämfört med om varje enskild kommun skulle göra detta på egen hand.⁶⁴

Otydlig och otillräcklig samordning mellan berörda aktörer

I analysen av underlaget i förstudien framträder ett övergripande behov av en mer sammanhållen hälso- och sjukvård för målgruppen, som inkluderar både det förebyggande och främjande hälsoperspektivet och det sjukvårdande perspektivet. Det innebär särskilda utmaningar för både de enskilda verksamheter som berörs liksom kännedom om ansvarsfördelning och tydlighet i samverkan mellan den kommunala hälso- och sjukvården, LSS-verksamheterna och regionens hälso- och sjukvård (från allmänläkare till specialistsjukvård och habilitering). Effektiv samverkan kräver i sin tur god kännedom om kommunens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen respektive LSS, vilken behöver säkerställas ömsesidigt hos all berörd personal kring målgruppen. Det innefattar såväl hälso- och sjukvårdspersonal som personal med ansvar för stöd och omsorg i LSS, enligt respondenter. I praktiken innebär det att såväl sakkunskap som kompetens krävs för att kunna identifiera, uppmärksamma och bedöma individuella behov liksom för att det ska vara möjligt att koppla dessa behov till rätt hälso- eller sjukvårdsinsats för att kunna agera på ett adekvat vis utifrån intentionerna i lagstiftningen.

Socialstyrelsen konstaterar i sin kartläggning av vårdkontakter för personer i bostad med särskild service att det krävs en fungerande teamsamverkan liksom samverkansrutiner mellan verksamheter för att individen ska få sina behov tillgodosedda av olika professioner.⁶⁵ I intervjuunderlaget framhålls också vikten av utökad teamsamverkan, både för att skapa en sammanhållen och kunskapsbaserad hälso- och sjukvårdssituation för individen och för att möjliggöra utveckling av professionell samverkan mellan olika aktörer med olika perspektiv och arbetssätt.

För att kunna uppfylla dessa krav och hantera den komplexitet som uppstår – i form av skiftande individuella behov, flera yrkesroller och personer inblandade liksom värnandet om den enskilde individens delaktighet – krävs en fungerande intern infrastruktur i den kommunala organisationen. Här behöver de tidigare beskrivna skillnaderna i synsätt mellan legitimerad personal och LSS-personal liksom de kompetensbehov som identifierats i professionsgrupperna samtidigt beaktas för att möjliggöra efterfrågad teamsamverkan som gynnar individens hälsoutfall.

⁶⁴ Vårdsamverkan i Västra Götalandsregionen, 2023.

⁶⁵ Socialstyrelsen, 2023c.

Förslag på innehåll i fortsatt utveckling av en god och nära vård för målgruppen

Utöver tidigare nämnd hälso- och sjukvårds- samt LSS-lagstiftning gäller i Sverige konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, som tar sin utgångspunkt i att uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning, vilket även utgör grunden för svensk funktionshinderpolitik.⁶⁶ En övergripande och central fråga som framträder från det underlag som samlats in i förstudien är: Vad innebär en god och nära vård för vuxna personer med LSS-insatser? Hur kan den kommunala primärvården liksom övrig vård utvecklas för att den ska kunna bli jämlik, *även* för denna målgrupp? Det framhålls genomgående i underlaget att målgruppens specifika behov särskilt behöver uppmärksammas och värnas i betydligt högre utsträckning än idag, vilket i sin tur ställer krav på högre kompetens och nya arbetssätt för att kunna skapa förutsättningar för samordnade insatser utifrån ett helhetsperspektiv.

Flera angelägna utmaningar för utvecklingen av en god och nära vård för personer i målgruppen har identifierats ovan. Många av utmaningarna relaterar till de fyra förflyttningar som beskrivits som avgörande för att utveckla framtidens nära vård och omsorg – men det krävs kompensatoriska och medvetna grepp för att motsvara behoven hos målgruppen.

Utifrån resultaten ges här förslag på innehåll i den fortsatta utvecklingen i Göteborgsregionen. Förslagen ska ses som utkast och är tänkta att fungera som underlag för fortsatt dialog, förankring och utveckling, både regionalt i GR och lokalt.

Att skapa ett fungerande hälsopussel för personer med LSS-insatser

Som beskrivits ovan ska den goda och nära hälso- och sjukvården vara personcentrerad, modern, jämlik, tillgänglig och effektiv, där primärvården utgör fokus.⁶⁷ Att skapa en fungerande helhet för individen mellan den specialiserade vården, habiliteringen och primärvårdsnivån i region och kommun utgör en förutsättning för att utveckla en god och nära vård för målgruppen. Här ingår både enskilda delar (såsom primärvårdens tillgänglighet för personer i målgruppen) och helheter (som samsyn och gemensamt ansvarstagande, för att undvika glapp som påverkar hälsa och livskvalitet för den enskilde). Här inryms även specifika vårdutmaningar såsom behovet av fungerande samverkan mellan specialistsjukvård och kommunal primärvård när en person lever med exempelvis en trakeostomi som behöver kontinuerlig skötsel för att andningen ska fungera. Spännvidden är således

⁶⁶ Regeringskansliet 2008 & 2023.

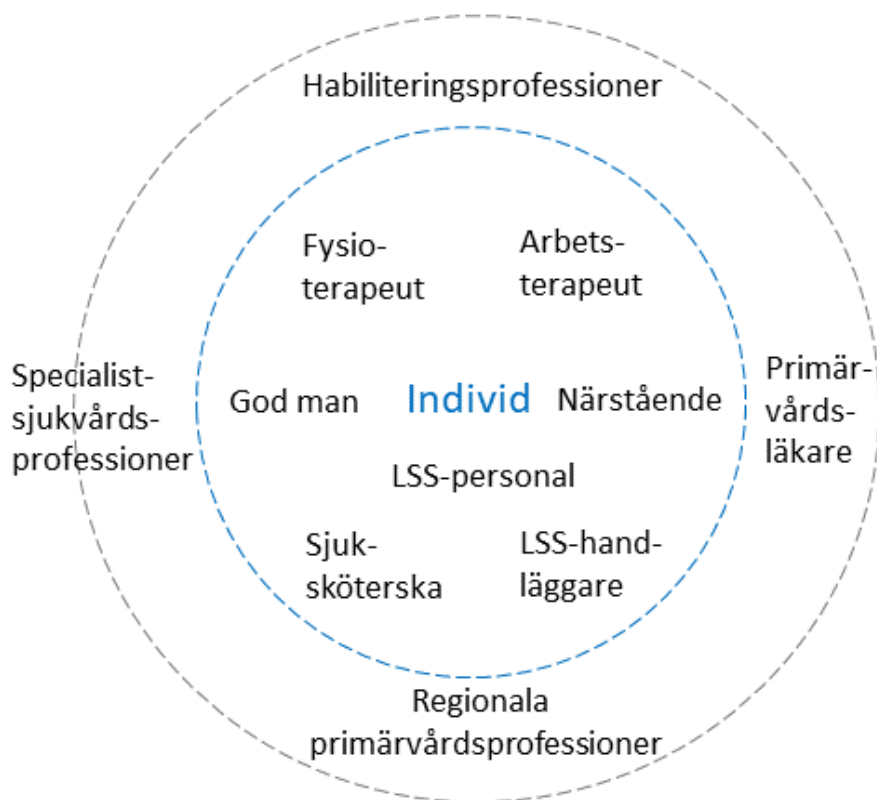
⁶⁷SOU 2019:29. Formuleringen används genomgående i delbetänkandet, se till exempel s.251.

stor när det gäller de utmaningar vi står inför i omställningen till en god och nära vård för målgruppen.

Att både den somatiska och den psykiska hälso- och sjukvården på primärvårdsnivå och specialistsjukvårdsnivå behöver anpassas och utvecklas för att kunna möta upp vårdbehoven i målgruppen är ett återkommande tema i underlaget. Det innebär i praktiken att både primärvården och specialistsjukvården behöver anpassas avseende kunskap om målgruppen, vårdkompetens, bemötande, kommunikation, delaktighet och personcentrering, så att rätt vård kan ges på rätt nivå. Det ställer samtidigt krav på att kopplingarna mellan vårdgivare på olika vårdnivåer och mellan olika huvudmän är genomtänkta och fungerande, och att de kompenserar för de funktionsnedsättningar som individen har. Det kräver i sin tur anpassningar och utveckling i respektive verksamhet liksom i de mellanrum som finns idag mellan olika vårdgivares insatser eller uteblivna insatser.

Att skapa en fungerande helhet för personer med LSS-insatser i den kommunala primärvården kan liknas vid att lägga ett gemensamt hälsopussel med fungerande delar av såväl hälso-, sjukvårds-, stöd- och omsorgsinsatser. För att skapa ett resultat som fungerar väl för en person i målgruppen krävs att alla ingående pusselbitar passas ihop utifrån dennes behov och förutsättningar. Pusslets ”motiv” kan sägas utgöras av en välfungerande hälsosituation för individen, där de fyra förflyttningar som beskrivs för den goda och nära vården (se tidigare avsnitt), omsätts i praktiken. I detta ”hälsopussel” som behöver läggas utgör individen själv huvudpersonen tillsammans med sina ev. närstående och god man – och med kompensatoriskt stöd från den LSS-personal som i sin profession möter individen i det dagliga livet. I den närmaste cirkeln kring individen återfinns därefter den legitimerade personalen i den kommunala primärvården, i form av sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut. På denna nivå har behov av ökad kontinuitet, frekvens och teamsamverkan särskilt efterfrågats för att möta upp målgruppens behov av såväl hälsofrämjande, habiliterande, rehabiliterande och sjukvårdande insatser. Även behov av utökade pedagogiska och handledande inslag har påtalats, för att stödja LSS-personalen i det dagliga arbetet. Med en god personkännedom och ökad samverkan mellan LSS-personal och legitimerad personal som möjliggör att individens hälsosituation stärks, bedöms även kontakterna med den regionala primärvården, habiliteringen och specialistsjukvården kunna utvecklas, i linje med en god och nära vård. Här ingår att gemensamt fånga upp och agera på förändringar i beteende och symtom såväl som i mående och hälsosituation i stort liksom att initiera, följa upp och utvärdera hälsointerventioner.

En illustration över de olika professioner som behöver samverka inom och med den kommunala primärvårdsnivån för att utveckla en god och nära vård utifrån målgruppens behov och förutsättningar presenteras i figur 1 nedan.



Figur 1. Professioner på primärvårdsnivå (kommunal huvudman, i inre cirkel och regional huvudman, i yttre cirkel), och den övriga hälso- och sjukvården (yttre cirkel) som behöver samverka utifrån individuella behov och förutsättningar med individen själv, hans närstående och företrädare, liksom LSS-handläggare samt LSS-personal i boende och daglig verksamhet i kommunen.

Utifrån målgruppens särskilda behov och förutsättningar liksom nuvarande ojämlika hälsoutfall krävs vad som kan kallas för ett "VIP-tänk" i den fortsatta utvecklingen av en god och nära vård. Det innebär att alla led, se figur 1, enskilt och i medveten samverkan emellan aktörerna behöver uppmärksamma, anpassa sig till och kompensera för de funktionsnedsättningar som leder till att ojämlikheten uppstår. Viktiga aspekter att ta hänsyn till och kompensera för i en sådan VIP-anpassning är individuella begränsningar i att inhämta, ta in och analysera hälsoinformation, kommunicera hälsostatus och behov liksom att utöva egen agens.

Utveckling av det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet

Det utgör en del av både den kommunala och regionala primärvårdens uppdrag att förebygga och främja en god och jämlik hälsa i målgruppen, där ohälsan idag är kraftigt överrepresenterad. Det finns ett stort behov av att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för målgruppen, inte minst vad gäller

livsstilssjukdomar och andra sjukdomstillstånd som kan påverkas med kunskapsbaserade preventiva insatser.

Att stödja hälsosamma levnadsvanor i vardagen utifrån behov och förutsättningar i målgruppen, särskilt avseende intellektuella och kognitiva funktionsnedsättningar, beskrivs vara särskilt angeläget. Här finns behov av att utveckla ett nytt gemensamt, kompenserande förhållningssätt i samverkan mellan kommunal och regional primärvård, habilitering och LSS-verksamheter, som utgår från målgruppens särskilda behov och förutsättningar och det livslånga hälsoperspektivet.

I den kommunala primärvården finns exempelvis en god potential i att lyfta fram fysioterapeuters och arbetsterapeuters kompetens i ett uttalat hälsofrämjande och förebyggande syfte, exempelvis genom att utveckla evidensbaserade insatser såsom funktions- och balansträning i vardagen. Utifrån resultaten förefaller även utveckling av regelbunden handledning av LSS-personalen vara viktig för att möjliggöra stöd vid genomförandet av hälsofrämjande och förebyggande insatser i vardagen.

Utveckla och kommunicera begriplig hälso- och sjukvårdsinformation till individen

Utöver att utveckla hälso- och sjukvårdspersonalens kommunikationskompetens föreslås en satsning på att utveckla begriplig och tydlig information anpassad för målgruppen om olika delar som rör den egna hälsan. Förslaget avser såväl regional och kommunal primärvård som specialistsjukvård och möjliggör högre delaktighet och förbättrade förutsättningar för individen till medskapande i den egna hälso- och sjukvården. Exempel på behov av utvecklad och anpassad information är:

- utformning av innehåll i kallelser (vad som ska göras och varför, vilka personer jag kommer att träffa, hur lång tid det tar, vem jag kan ta med, vad jag gör om jag har frågor etc)
- utformning av innehåll i vårdinformation (mediciner, förberedelser, behandlingar etc)
- anpassad information under vårdbesök om vad som ska hända och varför
- tydlig information med konkreta förslag på bra hälsoval i vardagen

Generellt är förtydligande bilder och ett lättläst språk viktiga inslag i all vårdrelaterad information och kommunikation med målgruppen. Utöver det krävs anpassningar, kompensatoriskt stöd och tillräckligt avsatt tid som gör att det fungerar för den enskilde individen att vara delaktig i och kunna påverka sin egen hälso- och sjukvård.

Kartlägga kompetensbehov för baspersonal i LSS-verksamheter och legitimerad personal i kommunens primärvård

Resultaten indikerar att det idag finns generella brister inom kompetensområden som är centrala för att utveckla en god och nära vård för målgruppen. I den kommunala primärvården liksom hos LSS-personalen, som tillsammans utgör nyckelpersoner i den kommunala kontexten, föreslås därför en övergripande kartläggning och bedömning av befintliga kompetensgap. Följande kompetenser har identifierats som viktiga exempel och bör särskilt beaktas:

- grundkunskap om hälso- och livsstilsfaktorer samt relaterade preventiva insatser i LSS-varldagspraktiken
- grundkunskap om vanliga diagnoser, funktionsnedsättningar, hälsoproblem och relaterade särskilda behov i målgruppen
- att kunna uppmärksamma, känna igen och tolka tecken på smärta, skada, sjukdom, förändrat beteende och andra uttryck för fysisk ohälsa och veta hur man ska agera utifrån det
- att kunna identifiera tecken på upplevd ensamhet och symtom på psykisk ohälsa och psykisk sjukdom och veta hur man ska agera utifrån det
- läkemedelshantering, delegering
- hjälpmedelsfrågor; behov, användning etc.
- att kunna anpassa kommunikation och använda relevanta kommunikationsstöd anpassade till individen
- att kunna stödja och vid behov företräda individen i olika vårdkontakter och vårdsituationer
- att känna till vem som ansvarar för vad i hälso- och sjukvårdsfrågor för målgruppen
- att känna till innehållet i beskrivningen av en god och nära vård och hur den egna professionen berörs

Kartläggning och uppföljning av befintliga hälso- och sjukvårdsinsatser för LSS-målgruppen

Idag saknas till stor del nyckeltal och uppföljning av kommunal primärvård liksom övrig vård specifikt för målgruppen, trots konstaterad ojämlig hälsoutveckling liksom behov av kompensatoriska åtgärder. Även följsamheten till den befintliga regionala medicinska riktlinjen avseende bland annat årliga hälsokontroller torde vara av värde att följa upp. För att möjliggöra en överblick av utgångsläget och kunna följa utvecklingen över tid av en god och nära vård föreslås utifrån resultaten en samlad kartläggning utifrån befintlig uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser för

målgruppen i Göteborgsregionen. Denna kartläggning föreslås kombineras med en gapanalys av vilken uppföljning som saknas idag liksom behov av utveckling av nya uppföljningsparametrar och nyckeltal i linje med önskade förflyttningar i utvecklingen av en jämlik, god och nära vård. En samlad bild av utgångsläget skapar även en gemensam utgångspunkt för huvudmän och berörda verksamheter som möjliggör dialog och samverkan utifrån målgruppens specifika behov och förutsättningar.

Utveckling av individuellt hälsoprogram med hälsoplan för personer i målgruppen

Ett utvecklingsförslag utifrån förstudiens resultat är att utreda möjligheten att utveckla individuella hälsoprogram för vuxna personer i målgruppen, med start från övergången till vuxenlivet. Viktiga aspekter att beakta i ett sådant arbete torde vara att anlägga ett helhetsperspektiv på hälsa och livskvalitet för individen, där innehållet i programmet anpassas utifrån personens diagnos, livsfas och funktionsnedsättningar.

Ett förslag på upplägg och innehåll i ett sådant individuellt hälsoprogram är att pröva en enkel modell med nuläge och mål för de tre huvudområdena Fysisk aktivitet, Kost och Social aktivitet/delaktighet i en hälsofrämjande del. En förebyggande del kan förslagsvis innehålla en samlad bild av aktuella hälsokontroller (enligt beskrivning i regional medicinsk riktlinje, se ovan), fallpreventiva åtgärder och andra insatser som syftar till att förebygga fysisk/psykisk ohälsa och sjukdom. En tredje del kan innehålla sjukvårdande och kompenserande insatser, såsom medicinering, hjälpmedel med mera. Genom ett samlat individuellt hälsoprogram kan en överblick över helheten för individens hälsa skapas, som möjliggör ökad jämlikhet i hälsoutfall och ökad samverkan mellan olika aktörer utifrån individens aktuella behov, förutsättningar och önskemål. På så vis finns en gemensam bas, där olika aktörers roller kan överblickas och glapp identifieras.

Förslagsvis administreras och utformas det individuella hälsoprogrammet av det aktuella teamet i den kommunala primärvården i samverkan med berörd kontaktperson i LSS och specifik vårdkontakt från den regionala primärvårdsnivån. Utformning av innehållet i programmet behöver involvera individen själv utifrån dennes behov, förutsättningar och önskemål. Habiliteringen liksom berörd specialistsjukvård utgör viktiga källor att inhämta relevant information och kunskap från.

Det är angeläget att innehållet i hälsoprogrammet uppmärksammar och kompenserar för de funktionsnedsättningar som individen själv har, exempelvis i form av att kunna göra aktiva hälsoval och att bedöma konsekvenser av olika val, så att rätt nivå av vård- och stödinsatser kan utformas.

Utifrån hälsoprogrammet tas förslagsvis en specifik hälsoplan fram, motsvarande den befintliga lagstadgade individuella plan som finns för LSS-insatser. I hälsoplanen samlas och beskrivs de specifika insatser som är kopplade till hälsoprogrammets olika delar, exempelvis grupp promenad på tisdagskvällar, blodsockerkontroll varje

morgon kl 8 och mammografi den 7 augusti kl 13. LSS-personalens medverkan i planering, genomförande och uppföljning av hälsoplanens insatser är avgörande, vilket samtidigt kan stärka den samsyn och samverkan med den legitimerade personalen kring individens hälsa som efterfrågas idag.

Hälsoprogrammets innehåll liksom hälsoplanens olika insatser behöver följas upp, utvärderas och uppdateras regelbundet. Här kan uppföljningen med individen lämpligen ske via strukturerade, vägleda och anpassade hälsosamtal, som möjliggör medskapande i och påverkan på den egna hälsosituationen. Genom att återkommande fokusera på den egna hälsan utifrån hälsoprogrammets olika delar skapas också möjligheter för ömsesidigt lärande om den individuella hälsan.

Nästa steg i GR utifrån förstudiens resultat och förslag

Utifrån de angelägna utmaningar och de förslag som presenterats ovan ges här sju konkreta förslag på hur kommande steg kan se ut. Detta är tänkt som underlag för fortsatta dialoger och prioriteringar i GR, inklusive finansieringsmöjligheter.

- Dialog i berörda nätverk i GR utifrån de utmaningar som identifierats i förstudien, för att möjliggöra prioriteringar i det fortsatta utvecklingsarbetet för en god och nära vård för målgruppen i kommunerna.
- Att GR utifrån dialogerna får i uppdrag att genomföra en gemensam workshop med verksamhetsnära nyckelpersoner i kommunal primärvård, regional primärvård och LSS-verksamheter för att tillsammans fördjupa dialogen om identifierade utvecklingsområden och prioriterade forskningsbehov utifrån förstudiens resultat och förslag.
- Att GR utifrån workshopresultaten får i uppdrag att ta fram en gemensam grundläggande utbildning för legitimerad personal i kommunerna i vanligt förekommande funktionsnedsättningar, särskilt intellektuell funktionsnedsättning och autism, vanliga hälsoproblem och sjukdomstillstånd samt bästa tillgängliga kunskap om hälsofrämjande och förebyggande insatser. Förslagsvis görs innehållet till dels case-baserat för att skapa ett praktiskt lärande, som speglar komplexiteten och stimulerar professionell samverkan.
- Att GR utifrån dialog får i uppdrag att ta fram en professionsgemensam utbildning i hälsofrämjande- och förebyggande insatser i LSS-praktiken, där kunskap om levnadsvanor, aktuella kunskapsunderlag och hälsopedagogik utgör centrala inslag. Förslagsvis genomförs en lokal intervention som en del av utbildningen. En case-baserad metodik tillämpas för att stimulera utbyte och lärande mellan LSS-personal och legitimerad personal.
- Att GR får i uppdrag att undersöka möjligheten att ta fram en kartläggning av aktuella nyckeltal samt övrig uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser som avser målgruppen i medlemskommunerna, inklusive gapanalys utifrån identifierade utmaningar i förstudien.
- Att GR får i uppdrag att undersöka möjligheten att genomföra en övergripande kartläggning av kompetensutvecklingsbehov i medlemskommunerna utifrån förstudiens resultat. Här föreslås att de kompetensbehov som Socialstyrelsen identifierat i LSS-boenden avseende läkemedelshantering, delegering liksom kunskap om att tolka och känna igen tecken på smärta, sjukdom eller skada hos målgruppen⁶⁸ utreds specifikt för GR:s medlemskommuner.

⁶⁸ Socialstyrelsen, 2023c.

- Att GR får i uppdrag att undersöka möjligheten vidare att utreda förstudiens förslag om utveckling av en individuell hälsoplan för målgruppen i samverkan med verksamhetsrepresentanter.

Ett stort engagemang och intresse har funnits för förstudiens resultat i medlemskommunerna, vilket lett till att dialog har förts i GR:s nätverk underhand utifrån preliminära resultat. En utkomst av detta är den pågående planeringen av en digital utbildning för legitimerad personal som nu sker inom ramen för utvecklingen av en god och nära vård. Den planerade utbildningen föregås av fördjupande workshoppar med verksamhetsföreträdare i medlemskommunerna, där studiens resultat utgör ett underlag.

Referenser

Flygare Wallén, E., Ljunggren, G., Carlsson, A. C., Pettersson, D., & Wändell, P., 2018, High prevalence of diabetes mellitus, hypertension and obesity among persons with a recorded diagnosis of intellectual disability or autism spectrum disorder, *Journal of Intellectual Disability Research*, Volume 62, part 4, s. 269–280.

Flygare Wallén, E., (kommande), *Presentation av författaren vid SKR:s forskningsfrukost Nära Vård*, 2023-02-03.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) t.o.m. SFS 2023:37.

Isaksson, M., 2023, *Nära vård för barn och unga i Göteborgsregionen, En förstudie*, FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Kunskapsguiden (Socialstyrelsen), 2022, *Ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården*.

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/kommunal-halso--och-sjukvard/ansvarsfordelning-for-halso-och-sjukvarden/>

Hämtat 2022-12-07.

Kunskapsguiden (Socialstyrelsen), 2023a, *Hälsan hos personer med funktionsnedsättning*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/halsa-hos-personer-med-funktionsnedsattning/halsan-hos-personer-med-funktionsnedsattning/>

Hämtat 2023-03-28.

Kunskapsguiden (Socialstyrelsen), 2023b, *Ny definition av primärvården*.

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/kommunal-halso--och-sjukvard/ny-definition-av-primarvarden/>

Hämtat 2023-03-28.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, t.o.m. SFS 2022:1253.

Lag (2019:883) om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Larsen, T., & Nilsson, Å., 2023, *Nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen 2022*, FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Larsen, T., & Ljung, M., 2020, *Omställningen till nära vård ur ett kommunalt perspektiv. Förstudie med fokus på GR-kommunerna*. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Larsen, T., & Nilsson, Å., 2023 (kommande), *Utveckling av nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen*, FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Livsmedelsverket, 2023, *Mat och måltider i gruppboheter (LSS)*

<https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/maltider-i-var-d-skola-och-omsorg/gruppboheter-lss>

Hämtat 2023-04-13.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård, 2023, *Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling, Nationellt programområde för levnadsvanor*, Version 3, 2022-11-18.

<https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/globalassets/nkk/media/dokument/kunskapsstod/var-dprogram/nationellt-var-dprogram-vid-ohalsosamma-levnadsvanor-prevention-och-behandling.pdf>

Hämtat 2023-04-14.

Regeringskansliet, 2008, *Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och fakultativt protokoll till konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. Konventionen är publicerad i publikationsserien Sveriges internationella överenskommelser SÖ 2008:26, utgiven av Utrikesdepartementet.

<https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/funktionshinder/konvention-om-rattigheter-for-personer-med-funktionshinder-a4-webboptimerad.pdf>

Hämtat 2023-04-19.

Regeringskansliet, 2023, *Mål för funktionshinderspolitiken*.

<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/funktionshinder/mal-for-funktionshinderspolitiken/>

Hämtat 2023-04-21.

Region Sörmland, 2023, *Samverkanswebben*.

<https://samverkan.regionsormland.se/for-var-dgivare/medicinska-omraden/rehabilitering-habilitering-och-forsakringsmedicin/funktionsnedsattning/smo/>

Hämtat 2023-01-09.

Socialstyrelsen, 2022a, *Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2021*,

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-4-7847.pdf>

Hämtat 2023-03-27.

Socialstyrelsen, 2022b, *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, Lägesrapport 2022*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7815.pdf>

Hämtat 2023-03-21.

Socialstyrelsen, 2022c, *Öppna jämförelser 2022 – Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7932.pdf>

Socialstyrelsen, 2022d, *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2021* (publicerat 2022-05-31). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-5-7941.pdf>

Hämtat 2023-03-23.

Socialstyrelsen, 2022e, *Öppna jämförelser LSS*.

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.socialstyrelsen.se%2Fglobalassets%2Fsharepoint-dokument%2Fartikelkatalog%2Foppna-jamforelser%2F2022-6-7932-resultat.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>

Hämtat 2023-03-31.

Socialstyrelsen, 2022f, *Enhetsundersökning LSS 2022*.

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.socialstyrelsen.se%2Fglobalassets%2Fsharepoint-dokument%2Fartikelkatalog%2Foppna-jamforelser%2F2022-6-7976-resultat.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>

Hämtat 2023-03-31.

Socialstyrelsen, 2022g, *Statistik om insatser i kommunal hälso- och sjukvård*.

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/insatser-i-kommunal-halso-och-sjukvard/>

Hämtat 2023-04-14.

Socialstyrelsen, 2023a, *Statistik om stöd och service till personer med funktionsnedsättning*. Tabell 6. Antal insatser enligt LSS den 1 oktober 2022 fördelade efter personkrets, kön och insatstyp.

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.socialstyrelsen.se%2Fglobalassets%2Fsharepoint-dokument%2Fartikelkatalog%2Fstatistik%2F2023-4-8480-tabeller.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>

Hämtat 2023-03-22.

Socialstyrelsen, 2023b, *Statistik om stöd och service till personer med funktionsnedsättning*. Tabell 7. Antal insatser enligt LSS den 1 oktober 2022 fördelade efter insatstyp och kommun.

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.socialstyrelsen.se%2Fglobalassets%2Fsharepoint-dokument%2Fartikelkatalog%2Fstatistik%2F2023-4-8480-tabeller.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>

Hämtat 2023-03-22.

Socialstyrelsen, 2023c, *Vårdkontakter i LSS-boende*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-2-8374.pdf>

Hämtat 2023-03-20.

SOU 2019:29, *God och nära vård – Vård i samverkan, Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.*

<https://www.regeringen.se/contentassets/3fcc1ab1b26b47bb9580c94c63456b1d/god-och-nara-var-d-sou-2019-29.pdf>

Hämtat 2023-04-06.

Stockholms stad, 2023, *LSS-hälsan finns för personer som bor i gruppbostad, servicebostad eller deltar i daglig verksamhet.*

<https://funktionsnedsattning.stockholm/halso-och-sjukvard-i-gruppbostad-eller-servicebostad/>

Hämtat 2023-01-31.

Sveriges kommuner och regioner (SKR), 2018, *Hur skapar vi bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning? Beskrivning av ojämlikheter idag samt förslag på förändrade arbetssätt.*

Sveriges kommuner och regioner, 2023a, *Bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning*, publicerad 2023-02-23.

<https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/funktionshinder/battrehalsa.24420.html>

Sveriges kommuner och regioner (SKR), 2023b, *Omställning till Nära vård.*

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnaravard.57446.html>

Hämtat 2023-04-12.

Sveriges kommuner och regioner, 2023c, *Primärvård – ett uppdrag två huvudmän.*

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/nara.var-d/gemensamplanprimarvard/primarvardenvardniva.69558.html>

Hämtat 2023-04-12

Vårdsamverkan i Västra Götalandsregionen, 2023, *Medicintekniska hjälpmedel,*

<https://www.vardsamverkan.se/omraden/hjalpmedel-och-lakemedelsnara-produkter/>

Hämtat 2023-05-14.

Västra Götalandsregionen (VGR), 2022, *Regional medicinsk riktlinje, Ansvarsfördelning för medicinskt omhändertagande av vuxna med medfödd funktionsnedsättning*, version giltig från 2022-11-15 till 2024-04-01.

<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/HS9766-305841775-92/SURROGATE/Ansvarf%c3%b6rdelning%20of%c3%b6r%20medicinskt%20omh%c3%a4ndertagande%20av%20vuxna%20med%20medf%c3%b6dd%20ofunktionsneds%c3%a4ttning.pdf>

Hämtat 2023-04-13.

Västra Götalandsregionen, 2023, *Personligt meddelande, Regionalt programområde RPO Rehabilitering, Habilitering och Försäkringsmedicin*, 2023-04-18.

Bilaga 1. Genomförda intervjumöten

Respondent	Titel/funktion	Organisation	Datum
Cecilia Axelsson	Planeringsledare (funktionshinderfrågor)	Göteborgsregionen	2022-10-28
Ann Bergman	Utredare	Socialstyrelsen	2022-12-22
Iréne Nilsson Carlsson	Folkhälsoråd	Socialstyrelsen	2022-12-22
Lena Karlsson	Handläggare (hälso- och sjukvårdsfrågor)	Sveriges kommuner och regioner (SKR)	2022-11-30
Maria Ljung	Planeringsledare (hälso- och sjukvårdsfrågor)	Göteborgsregionen	2022-11-24 2023-04-14
Malin Nystrand	Läkare, specialist i allmänmedicin	Västra Götalandsregionen: Omsorgspsykiatri, Mölndal, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/ Närhälsan Lövgärdet, Vårdcentral	2023-01-14
Anna Thomsson	Handläggare (funktionshinderfrågor)	Sveriges kommuner och regioner (SKR)	2022-11-14
Linnéa Winkler	Projektledare, Nära vård	Göteborgsregionen	2022-12-13
Eva Flygare Wallén	Forskare	Östersunds kommun och Karolinska institutet	2022-12-20
Magnus Wallinder	Enhetschef, Kunskapsstyrning, socialtjänst	Socialstyrelsen	2022-12-22

Bilaga 2. Kommuner i GR med överenskommelser med vuxenpsykiatri respektive vuxenhabiliteringen

Kommun	Skriftlig överenskommelse med vuxenpsykiatri	Skriftlig överenskommelse med vuxenhabiliteringen
Ale	Uppgift saknas	Uppgift saknas
Alingsås	Nej	Nej
Göteborg	Nej	Nej
Härryda	Ja	Ja
Kungsbacka	Ja	Nej
Kungälv	Ja	Ja
Lerum	Nej	Nej
Lilla Edet	Ja	Ja
Mölndal	Nej	Nej
Partille	Nej	Nej
Stenungsund	Nej	Nej
Tjörn	Nej	Nej
Öckerö	Ja	Ja
Andel i %	42	33

Datakälla: Socialstyrelsen, 2022e, Öppna jämförelser LSS.

Bilaga 3. Andel enheter (bostäder med särskild service enligt LSS) i GR med rutiner för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård.

Kommun	Rutiner för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård (%-andel på enhetsnivå)
Ale	64
Alingsås	0
Göteborg	80
Härryda	100
Kungsbacka	80
Kungälv	100
Lerum	92
Lilla Edet	100
Mölndal	81
Partille	100
Stenungsund	100
Tjörn	100
Öckerö	100
Genomsnitt i %	84

Datakälla: Socialstyrelsen, 2022f, Enhetsundersökning LSS 2022.

Bilaga 4. Kommuner i GR med rutiner för samverkan kring hjälpmedel

Kommun	Rutiner för samverkan kring hjälpmedel
Ale	36
Alingsås	0
Göteborg	67
Härryda	78
Kungsbacka	72
Kungälv	85
Lerum	85
Lilla Edet	83
Mölndal	57
Partille	83
Stenungsund	0
Tjörn	100
Öckerö	100
Andel i %	65

Datakälla: Socialstyrelsen, 2022f, Enhetsundersökning LSS 2022.