

Ökning av antalet vårdbidrag

– perspektiv från flera myndigheter

Under beteckningen RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET ANSER publicerar Riksförsäkringsverket bl. a.

- rättslägesanalyser och rättsfallsöversikter
- viktiga remissyttranden samt rapporter och framställningar till regeringen.

Utgivare: Enheten för handikappfrågor

Upplysningar: Anna Karlsson
Tel 08-786 9897

Skriftserier som ges ut av Riksförsäkringsverket:

RFV Föreskriver (RFFS)	Författningar med bindande föreskrifter
RFV Rekommenderar (RAR)	Allmänna råd om tillämpningen av författningar
RFV Vägledning	Beskrivning av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, rättspraxis, exempel och kommentarer
RFV Analyserar	Resultat av utrednings- och utvärderingsarbete
RFV Anser	Tolkningar av rättsläget, uttalande om verkets åsikt i olika frågor och framställningar till regeringen
RFV Informerar	Redovisning av statistik, upplysningar om regler, rutiner och praxis.
RFV Redovisar	Försäkringsanalyser och rapporter av mer begränsad omfattning

Beställ hos: Riksförsäkringsverkets Kundtjänst Tfn 08-795 23 55
Fax 08-760 58 95. E-post: order@special.lagerhus.se eller på
Internet www.rfv.se
Tryck: Sjuhäradsbygdens tryckeri 2003.

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Bakgrund	8
1.1 <i>Orsaker till ökning av antalet vårdbidrag</i>	8
1.1.1 Orsakerna till att gruppen barn med ADHD/DAMP är den största grupp barn som föräldrar nybeviljas vårdbidrag för kan vara flera:	9
1.1.2 Forskning om ADHD/DAMP.....	10
1.1.3 Stöd i skolan.....	11
1.2 <i>Avgränsning och syfte</i>	13
2 Faktorer som kan vara bidragande till ökningen av antalet vårdbidrag samt orsaker till skillnader mellan pojkar och flickor i antalet beviljade vårdbidrag	14
2.1 <i>Resultat av granskade beslutsunderlag från Försäkringskassan</i>	14
2.1.1 Vård och tillsynsbehov	14
2.1.2 Medicinskt underlag.....	15
2.1.3 Beslut	16
2.2 <i>Sammanställning av material insamlat om kompetensinsatser från Försäkringskassan och barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter</i>	16
2.2.1 Kompetensinsatser inom Försäkringskassan	16
2.2.2 Kompetensinsatser inom barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter.....	17
2.3 <i>Sammanställning av material insamlat om samverkanspartner i neuropsykiatriska utredningar från Försäkringskassan och barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter</i>	18
2.3.1 Försäkringskassan	18
2.3.2 Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter	18
2.4 <i>Sammanställning av telefonrådgivning hos Handikappombudsmannen</i>	19
3 Slutsatser	20
4 Avslutande reflektioner	22
5 Studiens uppläggning och genomförande	23
5.1 <i>Beslutsunderlag från Försäkringskassan</i>	23
5.2 <i>Kompetensinsatser inom Försäkringskassan</i>	24
5.3 <i>Kompetensinsatser inom barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter/mottagningar</i>	24
5.4 <i>Rådgivning från Handikappombudsmannen</i>	25
Bilaga 1 Kort information och förklaringar	26
Bilaga 2 Variabler för datainsamling	29
Bilaga 3 Frekvenstabeller och korstabeller	31
Referenser	38

Sammanfattning

Regeringen har gett Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med Skolverket, Specialpedagogiska institutet, Statens Folkhälsoinstitut, Handikappombudsmannen och Barnombudsmannen samt i samråd med berörda intresseorganisationer fördjupa kunskaperna om de olika faktorer som kan vara bidragande till ökningen av antalet vårdbidragsärenden. Arbetet har utförts tillsammans med Socialstyrelsen och Handikappombudsmannen samt att synpunkter lämnats under arbetets gång av Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar, Skolverket, Statens folkhälsoinstitut och Barnombudsmannen.

Sedan 1998 har föräldrar till ca 2000 barn per år beviljats vårdbidrag avseende diagnoser inom gruppen psykiska sjukdomar och syndrom, vilken också är den största gruppen bland nybeviljade vårdbidrag. Den största ökningen inom gruppen psykiska sjukdomar och syndrom står diagnosen ADHD/DAMP för. För att fördjupa kunskaperna till orsakerna kring ökningen, studeras i denna studie barn med hyperaktivitetsstörningar, ADHD/DAMP eftersom barn med dessa diagnoser är de som beviljas flest vårdbidrag. Studien är indelad i fyra delar: analys av beslutsunderlag insamlat från Försäkringskassan, analys av material insamlat via brev till Försäkringskassor med frågor kring genomförda kompetensinsatser, policydokument, riktlinjer och samverkan, analys av material insamlat via enkäter till barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter med frågor om genomförda kompetensinsatser, förekomst av policydokument, vårdprogram och dokumenterade rutiner samt analys av ämnen upptagna vid telefonrådgivning vid Handikappombudsmannen.

Riksförsäkringsverket har tidigare haft i uppdrag att kartlägga orsakerna till att antalet beviljade vårdbidrag för funktionshindrade barn ökade. I rapporten (RFV Analyserar 2002:10) presenterades ett antal faktorer. Med denna fördjupningsstudie och tidigare angivna förklaringsfaktorer kan ett antal samverkande faktorer ses som orsaker till det ökande antalet vårdbidrag:

- Kunskapen om diagnoserna ADHD/DAMP ökar, och metodiken för att upptäcka, utreda och diagnostisera förbättras och utvecklas.
- Fler får information om samhällets stödformer, till exempel vårdbidrag, och en del av dessa kommer att tillhöra den personkrets barn som beviljas vårdbidrag.
- Det ökade trycket på barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter kan tolkas som att den psykiska ohälsan hos barn ökar eller att det är en effekt av nedskärningar i barnrelaterade verksamheter (Bremberg, 2001:25).

- Svårigheter att få stöd i skolan. En diagnos kan öka förståelsen för barnens svårigheter i skolan och därmed också ge större möjlighet att få stöd. En diagnos kan också öka föräldrars möjligheter att få pedagogisk hjälp, avlösning och ekonomiskt stöd (Kopp1999).
- Möjligheterna att hjälpa barn med svårigheter inom ramen för de generella resurserna har minskat. Skolans krav på självständigt arbete, arbete i grupp, årskursblandade grupper, stora grupper samt minskad lärartäthet med mindre möjlighet att få individuellt stöd, kan medföra att ADHD är ett större handikapp i dag än för några tiotal år sedan (Socialstyrelsen, 2002).

Antalet barn med ADHD/DAMP som föräldrar beviljas vårdbidrag för är en spegling av hur många barn som diagnostiseras. En möjlig förklaring är att de föräldrar i samband med utredning och diagnosticering, får information om de samhälleliga stöd som finns att få. Det är således de som också söker vårdbidrag. Från Försäkringskassans sida tas det ställning till ansökningar från föräldrar, och utifrån materialet i undersökningen kan det inte sägas att flickor skulle missgynnas i samband med att Försäkringskassan tar ställning till vårdbidrag på grund av att de är flickor, eller för att symptomen skiljer sig åt. Att flickor förekommer i lägre utsträckning bland de beviljade vårdbidragen beror på att flickor upptäcks och diagnostiseras i lägre utsträckning än pojkar. Inget tyder heller på att vårdbidraget utnyttjas på ett icke avsett sätt, snarare så att föräldrar till barn med ADHD/DAMP först i samband med utredning och diagnosticering får information om de stöd de har rätt till. Vid en jämförelse med andra, beviljas föräldrar till barn med ADHD/DAMP genomgående låga ersättningsnivåer med hänsyn till vård- och tillsynsbehovet och den ofta stora bundenheten.

Att skolans utformning innebär att fler barn diagnostiseras och att fler barn tillkommer socialförsäkringen på grund av de ökade möjligheter som följer en diagnos kan inte uteslutas. Dock kan vi konstatera att oavsett anledningen till att föräldrar till barn med ADHD/DAMP i dag beviljas vårdbidrag i större utsträckning än tidigare så tillhör barnen den personkrets som omfattas av reglerna för vårdbidrag. Vårdbidrag är en ekonomisk ersättning och förhindrar inte problemtyngden av ADHD/DAMP. Ur ett folkhälsoperspektiv är insatser för att förebygga och minska förekomsten av att ADHD/DAMP utvecklas till ett handikapp det mest gynnsamma.

Riksförsäkringsverket har vid en granskning av beslutsunderlagen inte funnit något som tyder på att vårdbidrag utnyttjas på ett icke avsett sätt. Då föräldrar beviljats vårdbidrag, tillhör barnet personkretsen för vårdbidrag. Vid en jämförelse med andra, beviljas föräldrar till barn med ADHD/DAMP genom-

gående låga ersättningsnivåer. Vård- och tillsynsbehovet och den ofta stora bundenheten skulle i flera fall berättiga till en högre ersättningsnivå.

Riksförsäkringsverket har granskat de medicinska underlagen. Genomgående är underlagen av god kvalitet. Det finns inte några skillnader mellan pojkars och flickors underlag. Inget talar heller för att flickor har en svårare funktionsnedsättning än pojkar för att få motsvarande förmån som pojkar.

Försäkringskassornas handläggning ska vara likformig och tillämpning av socialförsäkringen rättvis. För att nå målen krävs bland annat kompetensinsatser av olika slag. Alla tillfrågade Försäkringskassor har genomfört någon form av kompetensinsats under 2002 med fokus på barn med ADHD/DAMP och dess problematik. Även alla tillfrågade barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter har genomfört någon form av kompetensinsats under 2002. Att döma utifrån antalet genomförda kompetensinsatser är fortbildning kring ADHD/DAMP prioriterat. Dock kan skillnader i pojkars och flickors symptombild behöva uppmärksammas genom framtida kompetensinsatser. Ingen av de genomförda kompetensinsatserna vid de tillfrågade Försäkringskassorna hade som syfte att enbart uppmärksamma skillnader när det gäller symptombild och kön.

För att barn och föräldrar skall få den hjälp de är berättigade till krävs samsyn och samverkan mellan myndigheter i samband med utredning, diagnostik, behandling, vård och tillsyn. Endast ett fåtal av de barnpsykiatriska verksamheter/mottagningar som besvarat enkäten uppgav att det fanns utvecklade samverkansrutiner med försäkringskassan. Inte heller från Försäkringskassans sida beskrevs några utvecklade samverkansrutiner.

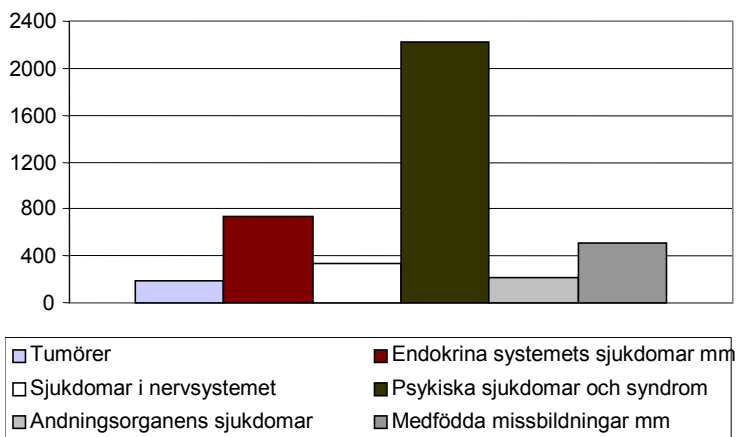
Ett policydokument kan skapa en gemensam kunskapsgrund och möjligheter till samsyn inom och mellan olika aktörer. Ett gemensamt policydokument för samverkan kring neuropsykiatriska funktionshinder skulle bland annat öka möjligheten för likformig och rättvis handläggning och tillämpning av socialförsäkringen, och underlätta för individen att få stöd från andra aktörer. Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen ser det som önskvärt att ett gemensamt policydokument utarbetas av Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Riksförsäkringsverket. Ett policyprogram på central nivå legitimerar för en gemensam handlingsplan på lokal nivå för Försäkringskassa, skola, förskola, fritids, brukarorganisationer och barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter.

1 Bakgrund

1.1 Orsaker till ökning av antalet vårdbidrag

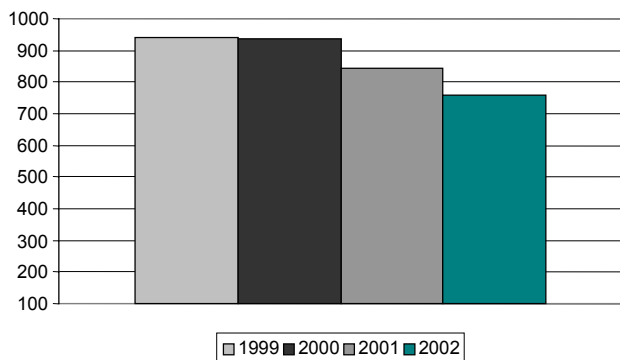
I regleringsbrevet för budgetåret 2002 gavs Riksförsäkringsverket (RFV) i uppdrag att kartlägga orsakerna till att antalet beviljade vårdbidrag för funktionshindrade barn ökade. I rapporten (RFV Analyserar 2002:10) presenteras att antalet vårdbidrag har ökat sedan 1990. Sedan 1998 har föräldrar till ca 2000 barn per år beviljats vårdbidrag avseende diagnoser inom gruppen psykiska sjukdomar och syndrom, vilken är den största gruppen bland nybeviljade vårdbidrag.

Antalet nybeviljade vårdbidrag 2002 fördelade över de sex största diagnosgrupperna



Den största ökningen inom gruppen psykiska sjukdomar och syndrom står diagnosen ADHD/DAMP för. Av de som beviljats vårdbidrag har drygt 760 barn har ADHD/DAMP, hyperaktivitetsstörning, drygt 630 har diabetes och knappt 560 barn har genomgripande psykiska utvecklingsstörningar. Trots att gruppen står för den största ökningen har antalet nybeviljade barn med ADHD/DAMP minskat sedan 1999.

Antalet nybeviljade med ADHD/DAMP



1.1.1 Orsakerna till att gruppen barn med ADHD/DAMP är den största grupp barn som föräldrar nybeviljas vårdbidrag för kan vara flera:

- Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD används som diagnostisk benämning sedan 1987, men har funnits under andra namn sedan 1968. Kunskapen om funktionshindret gör att fler barn identifieras och tillhör den personkrets som omfattas av vårdbidrag. Till en början leder det till en successiv ökning av antalet vårdbidrag. När antalet barn som identifieras når en jämn nivå kommer antalet barn som tillhör personkretsen för vårdbidrag också att stabiliseras, vilket nedgången av antalet vårdbidrag för barn med ADHD/DAMP under de senaste tre åren kan vara en tendens på (Se diagram ovan).
- Kunskapen om diagnoserna ADHD/DAMP ökar och metodiken för att upptäcka, utreda och diagnostisera förbättras och utvecklas hela tiden.
- Fler barn utreds och erbjuds stöd och träning.
- Fler får information om samhällets stödformer, till exempel vårdbidrag, och en del av dessa kommer att tillhöra den personkrets barn som beviljas vårdbidrag.
- Införandet av en fjärdedels nivå har medfört att en ny grupp barn, som tidigare inte varit berättigade till vårdbidrag, kan få rätt till förmånen. I huvudsak tillhör barn med diagnoserna ADHD/DAMP denna grupp. En fjärdedels vårdbidrag dominerar bland ökningen på de olika ersättningsnivåerna och har gjort så sedan 1998.
- Det ökade trycket på barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter, det vill säga antalet barn som söker till barnpsykiatri, kan tolkas som att den

psykiska ohälsan hos barn ökar eller att det är en effekt av nedskärningar i barnrelaterade verksamheter (Bremberg, 2001:25).

- Svårigheter att få stöd i skolan. En diagnos kan öka förståelsen för barnens svårigheter i skolan och därmed också ge större möjlighet att få stöd. En diagnos kan också öka föräldrars möjligheter att få pedagogisk hjälp, avlösning och ekonomiskt stöd (Kopp 1999).
- Om kunskapen kring flickors ADHD/DAMP symtomlogi ökar kommer det med stor sannolikhet att leda till att flickor uppmärksammas både inom hälso- sjukvård och skola samt att fler föräldrar till flickor kommer att vara berättigade till vårdbidrag.

1.1.2 **Forskning om ADHD/DAMP**

Flickor och pojkar

I dag utreds och diagnostiseras flest pojkar, men med utveckling och forskning kan även flickors symptom upptäckas. Drygt 63 procent av de nybeviljade vårdbidragen beviljades för pojkar 2001 (RFV Analyserar 2002:10). Förhållandet är detsamma 2002. I huvudsak är det pojkar med diagnoserna ADHD/DAMP vars föräldrar beviljas en fjärdedels vårdbidrag. Bland barn med ADHD/DAMP, är 85 procent pojkar, dvs. 1 flicka på 6 pojkar (RFV Användardatabas). En orsak som diskuteras angående det ojämlika förhållandet mellan pojkar och flickor är att forskningen om ADHD/DAMP-symptom nästan enbart är grundad på pojkar och då är det svårt att upptäcka flickors symptom (Kopp, 1999). Sedan 1960-talet finns det 25 forskningsstudier om flickor och ADHD/DAMP och fler än 5 000 om pojkar (SOU 1998:138).

I Sverige finns ett forskarteam vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, som inriktar sig på flickor med ADHD. I en kohortstudie på 610 barn och ungdomar i åldern 0–18 år studerades retrospektivt bakgrundsvariabler, symptom, diagnoser och typ av behandling. Studien genomfördes på alla nybesök mellan 1992 och 1996, vid en av Göteborgs barn och ungdomspsykiatriska mottagningar. 326 pojkar och 284 flickor registrerades. Mer än vart fjärde barn fick en neuropsykiatrisk diagnos. 1992 fick 14 procent av alla nybesökande barn diagnosen ADHD. 1996 fick 39 procent diagnosen ADHD. Orsakerna förklaras med ökad uppmärksamhet, kunskap och medvetenhet kring dessa barn samt bättre utredningsmetoder. Bland nybesöken var pojkarna flest upp till och med 10 års ålder, efter det utjämnades könsskillnaderna. Över 14 år var flickorna fler än pojkarna. (Kopp, Gillberg 2003). Vidare i en studie gjord av Kopp på samma datamaterial visades att flickor med ADHD underdiagnostiserades. Studien påvisar att pojkar rutinmässigt utreds mer noggrant än flick-

or, samt att pojkarna får fler återbesök. När studien startade fick 26 procent av pojkarna diagnosen ADHD. Vilket ska jämföras med 2 procent av flickorna. För pojkarna utfärdades även fler läkarutlåtanden för vårdbidrag än för flickorna. Arbets sättet ändrades och det gjordes en neuropsykiatrisk bedömning och ett kognitionstest av alla barn. ADHD upptäcktes då hos 36 procent av flickorna och 42 procent av pojkarna. När barnen utreddes mer noggrant ökade också diagnostiseringen både för flickor och pojkar. Hos flickor med 33 procent och 16 procent för pojkar (Kopp, 1999). I Socialstyrelsens rapport (2002-110-16) om barn och vuxna med ADHD framkommer att om det fanns mer kunskap om flickors problem skulle fler få hjälp. Flickor med ADHD behöver uppmärksammas både inom forskning, hälso- sjukvård och skola för att de ska få den hjälp och förståelse som deras funktionsnedsättning kräver.

1.1.3 Stöd i skolan

Barn med ADHD/DAMP är mer beroende än andra av att det finns vuxna i deras omgivning som förstår dem och kan hjälpa dem. Det gäller föräldrar men också personal i förskola och skola. Skolans ansvar är att skapa en miljö som ger barnen en chans att utvecklas utifrån sina förutsättningar. För att klara det behövs vuxnas kunskap om vad barnens svårigheter innebär och hur barnen kan stödjas. Inlärningssvårigheter och bristande skolframgång är en mycket vanlig följd av beteendeproblem och/eller kognitiva svårigheter som finns vid ADHD. Stora insatser måste göras för att möta dessa barns behov och öka deras möjligheter till adekvat utbildning i skolan. Krav på självständigt arbete, arbete i grupp och årskursblandade grupper i kombination med stora grupper, samt minskad lärartäthet kan bidra till att ADHD är ett större handikapp i dag än för några tiotal år sedan (Socialstyrelsen, 2002).

En likvärdig utbildning förutsätter ett särskilt stöd till de elever som har svårt att nå målen för utbildningen. Skolan har också enligt skollagen ett särskilt ansvar för dessa elever. Inga elever får utestängas från skolan. Ökningen av elever i behov av särskilt stöd som rapporteras från flera håll hänger till stor del samman med att skolan sedan slutet av 1990-talet genom nya läroplaner, nytt betygssystem och anpassning till en ny omvärld ställer andra och större krav på skolans personal men också på eleverna. Ett utbildningspolitiskt mål är att alla elever ska ges förutsättningar att nå målen för utbildningen. Kommunen är skyldig att bedriva verksamheten så att den blir tillgänglig för alla elever som har rätt att gå i skolformen, oavsett funktionshinder (Skolverket, 1998).

I och med kommunaliseringen av skolan under 1990-talet har ansvaret delats mellan staten, kommunen och den enskilda skolan. Kommunen har ansvar för

hur resurserna prioriteras men det finns en tydlig tendens till att kommunerna överlåter prioriteringarna till de enskilda skolorna. Kommunerna har också ansvar för att följa upp och utvärdera sina prioriteringar och därmed sitt ansvar för barn i behov av särskilt stöd. I motsats till de generella besparingarna inom barnomsorgen tycks dock resurserna för barn i behov av stöd inte ha minskat under 1990-talet. Däremot kan det antas att möjligheterna till tillgodose stödbehoven inom ramen för de generella resurserna har minskat. Kommunens besparingar på skolans område bidrar till att synliggöra elevers problem på ett annat sätt än tidigare, då dessa lättare kunde hanteras inom ramen för befintliga resurser. I en miljö med goda resurser är färre elever i behov av särskilt stöd (Skolverket 1999). Diagnoser har under 1990-talet, delvis som ett resultat av besparingarna, börjat användas i ökad omfattning för att få expertbedömningar av elever med osynliga funktionsnedsättningar och antagligen också för att få objektiva mått på avvikelser vid prioriteringar. De särskilda resurserna kommer relativt få barn till godo och framförallt barn med funktionshinder vilket gör att den generella kvaliteten är avgörande för många barn som har svårigheter (Skolverket 1999). När det gäller hur elever prioriteras så finns både likheter och skillnader mellan och inom kommuner. Generellt kan sägas att elever med fysiska funktionshinder eller elever med en diagnostiserad nedsättning, genomgående är de som prioriteras. Prioriteringarna sker i regel inte på den enskilda skolan utan skolans utredning utgör underlag, för beslut som fattas inom rektorsområdet/rektorsområden eller på kommunnivå (Skolverket, 1998). I Skolverkets nationella kvalitetsgranskning (1998) av undervisningen av elever i behov av särskilt stöd konstaterades att stödinsatserna bör få ett starkare genomslag än hittills. Skollagen måste vara så formulerad att den täcker in även behoven hos de elever som behöver ett mer omfattande särskilt stöd. Kommittén för 1999 års skollagsutredning konstaterar att elevernas rätt till stöd i dag formuleras på olika sätt. Reglerna om vem som fattar beslut om särskilda stödåtgärder är inte heller enhetliga och uppfattas ofta som otydliga. Utgångspunkten är att stödet bör bedömas efter en analys av elevens behov och inte vara beroende av en medicinsk diagnos. Av rättssäkerhetsskäl måste en sådan bestämmelse förbindas med överprövningsrätt (SOU 2002:121).

Som en del i arbetet med de handikappolitiska målen kommer Skolverket att under 2004 granska hur rätten till skolgång efterlevs generellt med specifik redovisning för personer med funktionshinder liksom tillgänglighet, jämlikhet i villkor och delaktighet för barn med funktionshinder i skolsektorn.

1.2 Avgränsning och syfte

Regeringen har gett Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med Skolverket, Specialpedagogiska institutet, Statens Folkhälsoinstitut, Handikappombudsmannen och Barnombudsmannen samt i samråd med berörda intresseorganisationer fördjupa kunskaperna om de olika faktorer som kan vara bidragande till ökningen av antalet vårdbidragsärenden.

För att fördjupa kunskaperna till orsakerna kring ökningen, studeras i denna studie barn med hyperaktivitetsstörningar, ADHD/DAMP eftersom barn med dessa diagnoser är de som beviljas flest vårdbidrag.

Syftet med studien är att fördjupa kunskaperna kring orsaker till ökningen av antalet vårdbidrag samt att identifiera faktorer som kan vara bidragande till skillnaderna i antalet beviljade vårdbidrag mellan pojkar och flickor.

2 Faktorer som kan vara bidragande till ökningen av antalet vårdbidrag samt orsaker till skillnader mellan pojkar och flickor i antalet beviljade vårdbidrag

Resultatdiskussionen delas in i fyra delar. Delarna är:

- Resultat av granskade beslutsunderlag från Försäkringskassan.
- Sammanställning av material insamlat om kompetensinsatser från Försäkringskassan och från barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter.
- Sammanställning av material insamlat om samverkan från Försäkringskassan och från barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter.
- Sammanställning telefonrådgivning hos Handikappombudsmannen.

2.1 Resultat av granskade beslutsunderlag från Försäkringskassan

Lagen (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag ger utrymme för individuella bedömningar i enskilda ärenden. Det sker alltid en utredning vad gäller vård- och tillsynsbehovet. Här är det upp till varje handläggare att utifrån intyg av läkare, yttrande av psykologer och försäkringsläkare att utreda vad som är normalt eller onormalt för barn i olika åldrar, hur mycket barn i olika åldrar bör kunna klara sig själv och hur mycket ansvar föräldern har beroende på barnets ålder.

2.1.1 Vård och tillsynsbehov

Huvudsymptomen vid ADHD är uppmärksamhetssvårigheter, impulsivitet och överaktivitet. För att symptomen ska diagnostiseras som ADHD ska svårigheterna vara mycket omfattande och finnas i en grad som inte väntas utifrån barnets ålder. Svårigheterna ska ge betydande problem i olika vardags-situationer och inverka på barnets sätt att fungera (Socialstyrelsen, 2002). Riksförsäkringsverket har vid en granskning av beslutsunderlagen inte funnit något som tyder på att vårdbidrag utnyttjas på ett inte avsett sätt. Då föräldrar beviljats vårdbidrag, tillhör barnet personkretsen för vårdbidrag. Vid en jämförelse med andra, beviljas föräldrar till barn med ADHD/DAMP genomgående låga ersättningsnivåer med hänsyn till vård- och tillsynsbehovet och den ofta stora bundenheten. Vård- och tillsynsbehovet och den ofta stora bundenheten skulle i flera fall berättiga till en högre ersättningsnivå.

Symptom

Genom att jämföra variabler och de symptom som är upptagna bland flickor och pojkar och det extraarbete som föräldrar uppger kan vi identifiera faktorer som kan vara bidragande till skillnaderna i antalet beviljade vårdbidrag mellan pojkar och flickor och identifiera uppfattningar vid bedömningar av flickor och pojkar. Det framkommer inte några skillnader mellan pojkar och flickor vad gäller åldersfördelning. De flesta barnen i studien, både pojkarna och flickorna är mellan 9 och 12 år gamla (66 procent).

Det är vanligare bland pojkar att beskrivningen innehåller att han gör farliga saker. Även känslig för förändringar och aggressivitet nämns oftare för pojkar. Det finns inga signifikanta skillnader mellan beslutsunderlagen för pojkar och flickor vad gäller symptom som koncentrationssvårigheter, svårt att tolka och förstå sociala relationer, motoriska svårigheter, språkstörning, självdestruktiv, sömnproblem, hyperaktiv, tvångsbeteende, har sönder saker, ängslan och problem kring praktiska vardagsaktiviteter och medicinering.

Förälders merarbete

Det är vanligare för föräldrar till pojkar att merarbete finns för att aktivera barnet. Det finns inga signifikanta skillnader i merarbete för föräldrar till pojkar och flickor vad gäller ständig vuxentillsyn, att sätta gränser, att hjälpa barnet att tolka och förstå omvärlden, påputtning samt hjälpa barnet med praktiska vardagsaktiviteter.

2.1.2 Medicinskt underlag

Endast i 12 av 89 ärenden är försäkringsläkaren hörd. Behovet av att konsultera försäkringsläkare minskar då de medicinska underlagen är tillräckliga. Riksförsäkringsverket har granskat de medicinska underlagen. Genomgående är underlagen av god kvalitet. I några fall där underlagen inte var tillräckliga hade försäkringsläkare konsulterats, dock återstod några beslutsunderlag där det medicinska underlaget inte var tillräckligt och försäkringsläkaren inte hörts.

Det finns inte några skillnader mellan pojkars och flickors underlag. Inget talar heller för att flickor har svårare funktionshinder än pojkar för att få motsvarande förmån som pojkar.

I samtliga ärenden finns ett läkarutlåtande eller utlåtande från annan, till exempel kurator, socionom eller psykolog. Det är vanligare bland flickor med intyg från psykolog, drygt 30 procent av flickorna relativt 7 procent av pojkarna.

2.1.3 Beslut

Riksförsäkringsverket har vid en granskning av beslutsunderlagen inte funnit något som tyder på att vårdbidrag utnyttjas på ett inte avsett sätt. Då föräldrar beviljats vårdbidrag, tillhör barnet personkretsen för vårdbidrag. Vid en jämförelse med andra, beviljas föräldrar till barn med ADHD/DAMP genomgående låga ersättningsnivåer med hänsyn till vård- och tillsynsbehovet och den ofta stora bundenheten.

Av beslutsunderlagen framkommer att både flickor och pojkar beviljas till lika stor del en fjärdedels vårdbidrag. Det finns inte någon signifikant skillnad i beviljande eller avslag mellan könen.

2.2 Sammanställning av material insamlat om kompetensinsatser från Försäkringskassan och barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter

2.2.1 Kompetensinsatser inom Försäkringskassan

RFV och försäkringskassorna administrerar tillsammans socialförsäkringen. De 21 försäkringskassorna handlägger enskilda försäkrings- och bidragsärenden. Försäkringskassornas handläggning ska vara likformig och tillämpning av socialförsäkringen rättvis. För att nå målen krävs kompetensinsatser av olika slag. De tillfrågade Försäkringskassorna hade alla genomfört någon form av kompetensinsats med inriktning på ADHD/DAMP under 2002. För att minska skillnaderna och förbättra kvaliteten är det flera kassor som fokuserat på förbättring av arbetsmetoder*. Flera av Försäkringskassorna har återkommande nätverksträffar med andra aktörer och organisationer samt handläggare från andra försäkringskassor. De tillfrågade Försäkringskassorna genomförde seminarier och temadagar allt ifrån återkommande till enstaka tillfällen. De ämnen som kompetensinsatserna berörde var

* I Regleringsbrevet för Försäkringskassorna och RFV 2002 fanns ett speciellt mål och återrapporteringskrav om kvaliteten i handläggningen av vårdbidrag. Målet är att kvaliteten i handläggningen av vårdbidrag skall öka och skillnaderna mellan försäkringskassorna skall minska. För att minska skillnaderna och förbättra kvaliteten är det flera kassor som fokuserat på förbättring av arbetsmetoder. Direkt-handläggning, utbildningar, koncentration av ärendehandläggning och förändrade arbetsmetoder har resulterat i förbättrad utredningsmetodik och kvalitet.

- barnens behov
- beslutsunderlag
- komponenter, det vill säga symptom relaterade svårigheter, för bedömning av det samlade vård och tillsynsbehovet.

Att döma utifrån antalet genomförda kompetensinsatser är fortbildning kring ADHD/DAMP prioriterat inom Försäkringskassan. Skillnader i pojkar och flickors symptombild behöver ges mer uppmärksamhet vid framtida kompetensinsatser. Ingen av de genomförda kompetensinsatserna hade som syfte att enbart uppmärksamma skillnader när det gäller symptombild och kön.

2.2.2 Kompetensinsatser inom barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter

Samtliga tillfrågade verksamheter har genomfört någon form av kompetensinsats. Vid 48 av de 58 tillfrågade verksamheterna förekom kurser, utbildningar, konferenser, seminarier och andra kompetensinsatser för att öka kunskapen om diagnoserna ADHD/DAMP. Andra kompetensinsatser var exempelvis individuell handledning. De ämnen som kompetensinsatserna berörde var

- utbildning som gällde den neuropsykiatriska problematiken och diagnostiseringen
- insatser för att höja kompetensen när det gäller att stödja familjerna
- insatser för att stödja samverkan när det gäller teambildning och arbete i nätverk.

Färre verksamheter/enheter hade åtnjutit kompetensinsatser när det gäller insatser som specifikt uppmärksammat skillnader mellan pojkar och flickor. Kurser och utbildningar angavs av 17 verksamheter/mottagningar. Det vanligaste innehållet i kompetensinsatserna angavs som föreläsning med tema om flickor med ADHD/DAMP av en forskare inom området.

2.3 Sammanställning av material insamlat om samverkanspartner i neuropsykiatriska utredningar från Försäkringskassan och barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter.

2.3.1 Försäkringskassan

Samtliga av de tillfrågade Försäkringskassorna har angett att nätverksträffar med andra aktörer och organisationer samt handläggare från andra försäkringskassor sker både återkommande och vid enstaka tillfällen. De aktörer som angetts vid kontinuerlig samverkan är kuratorer, habiliteringspersonal, lärare och utredningsteam av olika slag. Vid två Försäkringskassor nämndes brukarorganisationer som samverkanspartner i neuropsykiatriska utredningar.

Ingen av de tillfrågade Försäkringskassorna svarade att det fanns policydokument för samverkan. Vad gäller rutiner vid utredning av vård och tillsynsbehov finns faktorer som kan vara lämpliga att ta ställning till beskrivna i vägledning för vårdbidrag, 2002:20. Det är allmänna faktorer och är inte specifikt inriktade på neuropsykiatriska utredningar.

2.3.2 Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter

Knappt tre fjärdedelar av de tillfrågade barn- och ungdomspsykiatriska verksamheterna har angett att de deltar i samverkansteam i samband med ADHD/DAMP utredning. Samverkan sker inom landstinget mellan olika kliniker eller mellan experter. Men samverkan sker även med andra myndigheter som skola. Drygt hälften av alla har uppgett att de har samverkansavtal eller överenskommelser om hur samverkansteamet skall arbeta. Endast ett fåtal (9 procent) av de barnpsykiatriska verksamheter som besvarat enkäten uppgav att utvecklade samverkansrutiner finns med försäkringskassan.

Förekomst av policydokument, vårdprogram och dokumenterade rutiner för den neuropsykiatriska utredningen inom barn- och ungdomspsykiatri

Av de 58 barnpsykiatriska verksamheter som besvarat enkäten angav 21 att det finns policydokument inom landstinget för den neuropsykiatriska utredningen och 29 att det finns vårdprogram utvecklat inom landstinget i egen regi eller tillsammans med andra landsting. Dokumenterade rutiner var betydligt vanligare, 45 enheter/verksamheter (78 procent) uppgav att det finns dokumenterade rutiner för den neuropsykiatriska utredningen.

2.4 Sammanställning av telefonrådgivning hos Handikappombudsmannen

Genom att söka i Handikappombudsmannens telefonlogg på vårdbidrag kunde vi få en uppfattning om omfattningen av telefonrådgivning för föräldrar till barn med funktionshinder och speciellt barn med ADHD/DAMP. Under genomgången syntes inget som tyder på att frågor kring vårdbidrag är vanligare än andra frågor, det kan dock vara så att den låga frekvensen beror på att många inte känner till möjligheten att få rådgivning från Handikappombudsmannen.

3 Slutsatser

De slutsatser som tidigare har redovisats i RFV:s föregående rapport (RFV Analyserar 2002:10) vad gäller ökningen av antalet vårdbidrag står sig. Antalet barn med ADHD/DAMP som föräldrar beviljas vårdbidrag för är en spegling av hur många barn som diagnostiseras. En möjlig förklaring är att föräldrar i samband med utredning och diagnosticering, får information om de samhälleliga stöd som finns att få. Inget tyder på att vårdbidraget utnyttjas på ett icke avsett sätt, snarare så att föräldrar till barn med ADHD/DAMP först i samband med utredning och diagnosticering får information om de stöd de har rätt till. Från Försäkringskassans sida tas det ställning till ansökningar från föräldrar, och utifrån materialet i undersökningen så tillhör barnen den personkrets som omfattas av reglerna för vårdbidrag. Vid en jämförelse med andra, beviljas föräldrar till barn med ADHD/DAMP genomgående låga ersättningsnivåer med hänsyn till vård- och tillsynsbehovet och den ofta stora bundenheten.

Det kan inte heller sägas att flickor skulle missgynnas i samband med att Försäkringskassan tar ställning till vårdbidrag på grund av att de är flickor, eller för att symptomen skiljer sig åt. Att flickor förekommer i lägre utsträckning bland de beviljade vårdbidragen beror på att flickor upptäcks och diagnostiseras i lägre utsträckning än pojkar.

Kommunens besparingar på skolans område bidrar till att synliggöra elevers problem på ett annat sätt än tidigare, då dessa lättare kunde hanteras inom ramen för befintliga resurser. Diagnoser har under 1990-talet, delvis som ett resultat av besparingarna, börjat användas i ökad omfattning för att få expertbedömningar av elever med osynliga funktionsnedsättningar och antagligen också för att få objektiva mått på avvikelser vid prioriteringar (Skolverket 1999). Att skolans utformning innebär att fler barn diagnostiseras och att fler barn beviljas vårdbidrag på grund av de ökade möjligheter som följer en diagnos kan inte uteslutas. Under 1990-talet fick skolan mindre resurser. Det kan vara en av orsakerna till de påföljande årens ökning av antalet nybeviljade vårdbidrag. Dock kan vi konstatera att oavsett anledningen till att föräldrar till barn med ADHD/DAMP i dag beviljas vårdbidrag i större utsträckning än tidigare så tillhör barnen den personkrets som omfattas av reglerna för vårdbidrag.

Alla tillfrågade Försäkringskassor har genomfört någon form av kompetensinsats under 2002 med fokus på barn med ADHD/DAMP och dess problematik. Dock kan skillnader i pojkars och flickors symptom-bild behöva uppmärksammas med framtida kompetensinsatser. Ingen av de genomförda kompetens-

insatserna vid de tillfrågade Försäkringskassorna hade som syfte att enbart uppmärksamma skillnader när det gäller symptombild och kön. Barn och ungdomar i behov av särskilt stöd är en grupp som ofta har en komplex problematik där flera professionella från olika myndigheter agerar samtidigt. För att barn och föräldrar skall få den hjälp de är berättigade till krävs samsyn och samverkan mellan och inom myndigheter i samband med utredning, diagnostik, vård och tillsyn. Samverkan mellan Försäkringskassan och barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter i samband med neuropsykiatriska utredningar förekom dock i liten utsträckning bland de tillfrågade Försäkringskassorna och barn- och ungdomspsykiatriska verksamheterna/mottagningarna.

Samverkan är inget mål i sig utan ett medel för att sätta individen i centrum. En gemensam handlingsplan samt policydokument för samverkan i samband med rehabiliteringsutredning finns mellan Riksförsäkringsverket och Arbetsmarknadsverket. Med rapporten bryt upp reviren (Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2002) har huvudsyftet varit att stimulera till samverkan mellan kommun och landsting runt barn med neuropsykiatriska funktionshinder och deras familjer. Rapporten tar bland annat upp goda exempel på samverkanslösningar och förutsättningar för samverkan men har inte inneburit ett permanentande av rutiner för samverkan mellan olika aktörer. Bland de aktörer som fokuserades i rapporten var Försäkringskassan inte med.

Ett gemensamt policydokument för samverkan kring neuropsykiatriska funktionshinder skulle bland annat öka möjligheten för likformig och rättvis handläggning och tillämpning av socialförsäkringen, och underlätta för individen att få stöd från andra aktörer. Försäkringskassan ska alltid genomföra en individuell prövning, ett policydokument skulle inte ersätta detta utan ett policydokument kan skapa en gemensam kunskapsgrund och möjligheter till samsyn inom enskilda aktörer och mellan olika aktörer. För enskilda individer skulle det innebära en mer likformig handläggning oavsett bostadsort i landet.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen ser det som önskvärt att ett gemensamt policydokument utarbetas av Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Riksförsäkringsverket. Ett policyprogram på central nivå legitimerar för en gemensam handlingsplan på lokal nivå för Försäkringskassa, skola, förskola, fritids, brukarorganisationer och barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter. En handlingsplan för kompetensutbyte och samordning av stödinsatser.

4 Avslutande reflektioner

En diagnos är inget mål i sig utan ett medel för att bättre förstå barnens beteende och för att adekvat omsorg och behandling ska kunna ges. De flickor och de föräldrar vars flickor inte kommer till utredning, inte får ett medicinskt underlag och inte diagnostiseras, har svårt att få del av samhällets stöd. De har också svårt att få den hjälp och den information de behöver för att kunna vara delaktiga i samhället på lika villkor (SOU 1998:138). Om flickor med ADHD uppmärksammas både inom forskning, hälso- och sjukvård samt skola kommer det med stor sannolikhet att leda till att fler föräldrar till flickor kommer att vara berättigade till vårdbidrag.

Vårdbidrag är en ekonomisk ersättning och förhindrar inte problemtyngden av ADHD/DAMP. Ur ett folkhälsoperspektiv är insatser för att förebygga och minska förekomsten av att ADHD/DAMP utvecklas till ett handikapp det mest gynnsamma. En preventiv insats som kan minska risken för att ADHD/DAMP utvecklas till ett handikapp eller av tillkommande problem skulle främja barnets och familjens hälsa. Specifika insatser till några få barn får inte ersätta generella förebyggande insatser som gäller alla barn. Ett sådant förhållande kan leda till en ond cirkel, mindre generella resurser för förebyggande insatser till alla barn ersätts av specifika resurser där fler barn behöver genomgå utredning för att diagnostiseras och än mindre generella resurser satsas på förebyggande insatser till alla barn.

Om resurser fanns i skolan för att ta hand elever i behov av särskilt stöd skulle det då innebära att barns psykiska hälsa förbättrades? En konsekvens av förbättrad psykisk hälsa hos barn kan vara att färre barn behöver genomgå utredning för att diagnostiseras samt att färre föräldrar är i behov av vårdbidrag för sina barn.

5 Studiens uppläggning och genomförande

Studiens genomförande kan delas in i fyra delar. De fyra delarna är:

- Analys av insamlade beslutsunderlag från Försäkringskassan.
- Analys av material insamlat via brev till Försäkringskassor med frågor kring genomförda kompetensinsatser, policydokument, riktlinjer och samverkan.
- Analys av material insamlat via enkäter till barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter med frågor om genomförda kompetensinsatser, förekomst av policydokument, vårdprogram och dokumenterade rutiner. Vidare könsfördelning vid diagnostisering och samverkan.
- Analys av ämnen upptagna vid telefonrådgivning vid Handikappombudsmannen.

5.1 Beslutsunderlag från Försäkringskassan

En del av tillämpningen av vårdbidraget är beskrivningar och bedömningar i beslutsunderlaget. Beslutsunderlag, både beviljanden och avslag som rör barn med hyperaktivitetsstörning, samlades in från samtliga Försäkringskassor under december till och med februari. Totalt inkom 660 ärenden. 264 av dessa ärenden gällde barn med enbart en diagnos, antingen ADHD eller DAMP. Ytterligare 40 hade antingen ADHD eller DAMP i kombination med en ytterligare diagnos, vanligen Autism, Asperger eller Tourettes syndrom. Resterande ärenden gällde inte barn med hyperaktivitetsstörning, utan i huvudsak barn med utvecklingsstörning. För att kunna se eventuella skillnader i framställandet av föräldrars vård- och tillsynsbehov samt barnens problem, valde vi att titta på de ärenden där enbart diagnosen ADHD eller DAMP förekom. Motivet till det är att, vård- och tillsynsbehovet eller att det föreligger merkostnader för barnet, ska vara relaterat enbart till diagnosen ADHD/DAMP. Om barnet har en kombination av ADHD/DAMP och Autism, Asperger eller Tourettes syndrom, kan vård- och tillsynsbehovet vara annorlunda än hos ett barn med endast ADHD/DAMP. 44 ärenden gällde beslut för flickor och 220 för pojkar. Bland de 220 ärendena för pojkar slumpades 45 ärenden fram genom att vart femte ärende drogs för analys. Undersökningsgruppen är 44 flickor och 45 pojkar.

Registreringen av data gjordes via ett webbaserat verktyg. Data bearbetades i analysverktyget SPSS. Med studier av ärenden och litteratur utvecklades en granskningsmanual med för studien relevanta variabler. Manualen innehåller frågeområden som omfattar bakgrundsvariabler, beslutet, symptom, förälders

merarbete och läkarintyg. För signifikanstest användes Fishers exakta test. Fishers exakta test används för att analysera kategoriska data när populationen är liten.

Ställning har också tagits till behovet av att konsultera försäkringsläkare och principer kring kravet på det medicinska underlaget. 69 ärenden granskades. Riksförsäkringsverkets har även granskat 20 ärenden i syfte att studera om rätt beslut fattats av Försäkringskassan utifrån befintligt underlag.

5.2 Kompetensinsatser inom Försäkringskassan

För att få svar på frågan om hur kunskap om skillnader mellan pojkar och flickor används har förfrågan gått ut till åtta Försäkringskassor, Västmanlands läns allmänna Försäkringskassa, Värmlands läns allmänna Försäkringskassa, Norrbottens läns allmänna Försäkringskassa, Jämtlands läns allmänna Försäkringskassa, Örebro läns allmänna Försäkringskassa, Skåne läns allmänna Försäkringskassa, Stockholms läns allmänna Försäkringskassa samt Kalmar läns allmänna Försäkringskassa. De åtta försäkringskassorna fick svara på vilka kompetensinsatser som genomförts inom deras respektive Försäkringskassa eller som på annat sätt har givits handläggare för att öka kompetensen och höja kvaliteten i handläggning av ärenden av barn med hyperaktivitetsstörning, ADHD/DAMP. Resultatet redovisas som en frekvensbeskrivning.

5.3 Kompetensinsatser inom barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter/mottagningar

För att inhämta kunskaper kring uppfattningar kring utredningar av barn med ADHD/DAMP, kompetensinsatser och hur uppmärksammade frågor kring diagnoserna är skickade Socialstyrelsen ut enkäter till åtta läns barn och ungdoms psykiatriska verksamheter/mottagningar, totalt 87 enkäter. I samband med enkätutskicket kunde vi inte särskilja barn och ungdoms psykiatriska verksamheter från mottagningar, varför vi redovisar båda. I utskicket visade det sig att det var det fyra mottagningar som hade upphört eller slagits samman med annan mottagning. De enkäter som skickats till de icke existerande mottagningarna togs bort ur materialet. Det slutliga urvalet blev 83 verksamheter/mottagningar. Efter utskick av en påminnelse kunde totalt 58 enkäter (70 procent) sammanställas. Bortfallet består till stor del av att flera mottagningar i samma län endast skickat in ett svar som en verksamhet. Antalet verksamheter/mottagningar i de olika länen har stor variation, Stockholms län har flesta verksamheter/mottagningar 36 stycken och Jämtland län är det län som har minsta antalet 2 stycken.

Frågorna i enkäten fokuserade på kompetensinsatser, förekomst av policydokument, vårdprogram och dokumenterade rutiner. Vidare könsfördelning vid diagnostisering, samverkan i samband med utredningsarbetet samt antal läkarintyg för ansökan av vårdbidrag som skrevs under 2002. Resultatet redovisas som en frekvensbeskrivning.

5.4 Rådgivning från Handikappombudsmannen

Handikappombudsmannen, HO är en statlig myndighet som arbetar för personer som har funktionshinder och en av HO s arbetsuppgifter är att ge råd och stöd till personer med funktionshinder. HO ger bland annat råd på telefon. Det kan vara information om rättigheter, lagar och regler. Det kan till exempel gälla arbetslivet, skolan eller vården. De frågor eller ämnen som berörs i samtalet noteras i en telefonlogg. Genom att söka i telefonloggen på vårdbidrag kunde vi få en uppfattning om omfattningen av telefonrådgivning för föräldrar till barn med funktionshinder, och specifikt för barn med ADHD/DAMP.

Bilaga 1

Kort information och förklaringar

ADHD/DAMP

ADHD och DAMP är diagnoser som baseras på förekomsten av vissa definierade beteenden eller symptom. Beteenden är i hög grad utvecklingsberoende och måste alltid bedömas i relation till individens ålder, kön och utvecklingsnivå (Socialstyrelsen, 2002-110-16). En utredning ska leda fram till en sammanfattande beskrivning av identifierade svårigheter och risk- och skyddsfaktorer samt en bedömning av på vilket sätt det påverkar barnet.

Policydokument

Policydokument för olika fokuserade områden inom vården förekommer i landet i varierande grad. Policydokument är ett dokument som lyfter upp problemområden, ibland speciellt utsatt grupper som har behov av hjälp från flera aktörer. Programmen är ofta utvecklade av ett landsting, ett läns kommunförbund samt någon eller några andra myndigheter och beslutas av politiker i de berörda myndigheterna. Policyprogram legitimerar att de olika myndigheterna utvecklar denna samverkan.

Vårdprogram och riktlinjer är en tydliggörande av hur en utredning av en eller flera problemområden skall gå tillväga. Ibland finns även handlingsalternativ för behandling föreslagna. Meningen med vårdprogram/riktlinjer är att det skall vara ett stöd för en systematiserad utredning.

Rutiner är enhetens tillämpning av ett vårdprogram eller en tillämpning av enhetens samlade kunskap. Rutiner är till för att klargöra exempel ordningen i en utredning.

Vårdbidrag

Förutsättningar för rätt till vårdbidrag

Vårdbidraget är avsett att vara ett ekonomiskt stöd som ska kompensera föräldrar som har funktionshindrade eller sjuka barn så att de kan vårda barnet i hemmet. Föräldrarna ska kunna ge barnet den tillsyn, vård och stöd i olika former som krävs för att barnet ska kunna utvecklas på bästa sätt.

Särskild tillsyn och vård

Med särskild tillsyn och vård menas sådana behov som går utöver dem som finns hos ett barn utan funktionshinder. Förutom de mer direkta behoven är det lämpligt att Försäkringskassan också beaktar andra yttringar och behov hos barnet som är en följd av sjukdomen eller funktionshindret (prop. 1974:129 s. 102 och Dom 2661-1990, är refererad FÖD 1993:2). Barnet kan till exempel ha störande ovanor, vara speciellt passivt eller aktivt eller sakna begrepp om farliga situationer. Vid bedömningen av rätt till vårdbidrag är det också viktigt att beakta barnets behov av insatser för att kunna utvecklas så långt som möjligt utifrån sina förutsättningar. Det gäller till exempel behov av träning, stimulans och aktivering (prop. 1974:129 med förslag om folkpensionsförmåner och enlagstadgad sänkning av den allmänna pensionsåldern, s. 102 och 111). Under tid som en förälder tränar sitt barn enligt ett utarbetat träningsprogram finns i allmänhet ett omfattande vård- och tillsynsbehov.

Varaktighet

Den grundläggande förutsättningen för rätt till vårdbidrag är att barnet på grund av sjukdom, utvecklingsstörning eller annat funktionshinder är i behov av särskild tillsyn och vård under minst sex månader (8 § HVL) .

Annat merarbete

Barnets sjukdom eller funktionshinder kan föra med sig annat merarbete utöver behovet av vård och tillsyn. Det kan till exempel vara merarbete i form av städning, klädvård och vård av hjälpmedel. Sådant merarbete bör också beaktas vid bedömningen av rätten till vårdbidrag (Ds 1981:15, s. 71).

Försäkringsläkarens roll

En försäkringsläkare har en rent rådgivande och stödjande funktion inom det medicinska området vid handläggningen av försäkringsärende. Det ingår inte i dennes roll att ta ställning i frågan om rätten till ersättning. Det är inte heller avsikten att försäkringsläkaren ska överta den behandlande läkarens roll och undersöka den försäkrade. Samtliga beslut i försäkringsärenden inom Försäkringskassorna fattas av andra tjänstemän än försäkringsläkaren eller av förtroendevalda. De uppgifter som en försäkringsläkaren lämnar och som kan ha betydelse för utgången i ärendet ska antecknas. Detta följer av 15 § FL. Om försäkringsläkarens bedömning är en del av det underlag som ett beslut grundas på ska den försäkrade som huvudregel underrättas om bedömningen. Detta följer av 17 § FL.

Socialförsäkringsnämnd

I alla försäkringskassor ska det finnas socialförsäkringsnämnder (18 kap. 1 § lagen [1962:381] om allmän försäkring, [AFL]). De avgör ärenden som under avsevärd tid har väsentlig betydelse för den enskilde från försörjningssynpunkt och ärenden där ersättningen är ägnad att höja den enskildes livskvalitet (prop. 1997/98:41). Varje försäkringskassa har så många socialförsäkringsnämnder som är lämpligt med hänsyn till kassans storlek och ärendemängd. (18 kap. 16 AFL). Försäkringskassans beslut i försäkringsärenden fattas antingen av en tjänsteman hos kassan eller av en socialförsäkringsnämnd. En socialförsäkringsnämnd ska bestå av sju ledamöter. Det är Försäkringskassans styrelse som utser ledamöter till socialförsäkringsnämnden. Fem av ledamöterna i en socialförsäkringsnämnd ska utses på förslag av de politiska partier som finns representerade i det eller de landsting eller den kommun som utgör Försäkringskassans verksamhetsområde. De övriga två ledamöterna ska utses på förslag av de organisationer på arbetsmarknaden som finns inom Försäkringskassans verksamhetsområde (18 kap. 33 § AFL).

I ärenden som avgörs i en socialförsäkringsnämnd erfordras ett faktaunderlag som är dokumenterat i en föredragningspromemoria med bilagor (prop. 1985/86:73, s. 22). Endast uppgifter som finns dokumenterade i beslutsunderlaget och muntligt lämnade uppgifter får ligga till grund för socialförsäkringsnämndens beslut.

Bilaga 2

Variabler för datainsamling

Beslutsunderlag från Försäkringskassan

89 ärenden granskades utifrån nedanstående variabler.

Från ärendena registrerades:

- handläggares kön
- föredragandeskön
- Försäkringskassa
- sökandes ålder och kön
- barnets ålder och kön.

Utöver dessa persondata även :

- beslut
- vilken nivå som beviljades
- avslag
- anledning till avslag
- merkostnad
- yrkade respektive godtagna merkostnader
- annat samhällsstöd
- barnets symptom
- extra arbete för förälder
- om försäkringsläkaren är hörd
- försäkringsläkarens kön
- om intyg finns från annan instans och varifrån samt dennes kön
- antal upptagna bilagor.

För att samla in beskrivningar av barnens symptom, listades några huvudsymptom. De symptomen är:

- aggressivitet
- koncentrationssvårigheter
- svårt att tolka och förstå sociala relationer
- motoriska svårigheter
- språkstörning
- gör farliga saker
- självdestruktiv
- sömnproblem
- hyperaktiv
- tvångsbeteende
- har sönder saker
- ängslan
- medicinering
- praktiska vardagsaktiviteter
- känslig för förändringar
- om någon fritidsaktivitet var upptagen.

Dessa variabler valdes ut dels utifrån vanligt förekommande i de ärenden vi granskade för att få information samt genom att välja vanligt förekommande symptom för diagnos.

För att samla in information om det extra arbete föräldrar uppger granskades några ärenden utifrån vanligt förekommande beskrivningar.

De variabler som listades är :

- konfliktlösning
- kräver struktur och styrning
- på puttning
- behöver hjälp att tolka och förstå omvärlden
- färdighetsträning
- gränssättning
- aktiveras
- ständig vuxentillsyn
- annat.

Bilaga 3

Frekvenstabeller och korstabeller

Beslutsunderlag från Försäkringskassan

Utifrån granskning av 89 ärenden framkommer följande fördelning.

Tabell 1. Antalet flickor och pojkar

Flickor	44
Pojkar	45

Tabell 2. Antalet flickor och pojkar fördelat över födelseår

Barns födelseår	Flicka	Pojke
87	1	1
88	1	2
89	4	4
90	7	10
91	9	4
92	8	10
93	6	5
94	4	0
95	3	5
96	0	3
97	1	1
Total	44	45

Tabell 3. Beviljad vårdbidrag per nivå

	Flicka	Pojke
En fjärdedel	26	29
Ett halvt	14	11
Tre fjärdedelar	2	1
Avslag	2	4

Tabell 4. Nybeviljat, omprövat

	Flicka	Pojke
Nybeviljat	14	15
Omprövat	30	27
Uppgift saknas	0	3

Tabell 5. Annat samhällsstöd

	Flicka	Pojke
Färdtjänst	0	1
Avlösarservice	6	7
Stödfamilj	5	5
Assistent i skolan	14	11
Annat	7	8
Nej	16	15

- Summan är mer än totalen antalet barn då några barn har fler än ett stöd.

Vård- och tillsynsbehov

Symptom

Tabell 6. Aggressivitet

	Flicka	Pojke
Aggressivitet, antal	28	34
Andel *, %	63,6	75,6

- Signifikant skillnad, $p < 0,05$

Tabell 7. Koncentrationssvårigheter

	Flicka	Pojke
Koncentrationssvårigheter, antal	28	33
Andel, %	63,6	73,3

Tabell 8. Svårt att tolka och förstå sociala relationer

	Flicka	Pojke
Svårt att tolka och förstå sociala relationer, antal	13	15
Andel, %	46,4	53,6

Tabell 9. Motoriska svårigheter

	Flicka	Pojke
Motoriska svårigheter, antal	17	15
Andel, %	38,6	33,3

Tabell 10. Språkstörningar

	Flicka	Pojke
Språkstörning, antal	12	7
Andel, %	27,3	15,6

Tabell 11. Gör farliga saker

	Flicka	Pojke
Gör farliga saker, antal	11	18
Andel*, %	25,0	40,0

- Signifikant skillnad, $p < 0,05$

Tabell 12. Självdestruktiv

	Flicka	Pojke
Självdestruktiv, antal	5	6
Andel, %	11,4	13,3

Tabell 13. Sömnproblem

	Flicka	Pojke
Sömnproblem, antal	11	11
Andel, %	25,0	24,4

Tabell 14. Hyperaktiv

	Flicka	Pojke
Hyperaktiv, antal	20	17
Andel, %	45,5	37,8

Tabell 15. Tvångsbeteende

	Flicka	Pojke
Tvångsbeteende, antal	4	2
Andel, %	9,1	4,4

Tabell 16. Har sönder saker

	Flicka	Pojke
Har sönder saker, antal	16	20
Andel, %	36,4	44,4

- Signifikant skillnad, $p < 0,05$

Tabell 17. Ängslan

	Flicka	Pojke
Ängslan, antal	7	10
Andel, %	15,9	22,2

Tabell 18. Medicinering

	Flicka	Pojke
Medicinering, antal	5	2
Andel, %	11,4	4,4

Tabell 19. Känslig för förändringar

	Flicka	Pojke
Känslig för förändringar, antal	11	18
Andel, %	25,0	40,0

- Signifikant skillnad, $p < 0,05$

Merarbete för förälder

Tabell 20. Praktiska vardagsaktiviteter

	Förälder till flicka	Förälder till pojke
Praktiska vardagsaktiviteter, antal	25	27
Andel, %	56,8	60,0

Tabell 21. Konfliktlösning

	Förälder till flicka	Förälder till pojke
Konfliktlösning, antal	11	15
Andel, %	25,0	33,3

Tabell 22. Kräver struktur och styrning

	Förälder till flicka	Förälder till pojke
Kräver struktur och styrning, antal	18	24
Andel, %	40,9	53,3

Tabell 23. Påputtning

	Förälder till flicka	Förälder till pojke
På puttnig, antal	28	27
Andel, %	63,6	60,0

Tabell 24. Behöver hjälp att tolka och förstå omvärlden

	Förälder till flicka	Förälder till pojke
Behöver hjälp att tolka och förstå omvärlden, antal	9	7
Andel, %	20,5	15,6

Tabell 25. Färdighetsträning

	Förälder till flicka	Förälder till pojke
Färdighetsträning, antal	15	19
Andel, %	34,1	42,2

Tabell 26. Aktiveras

	Förälder till flicka	Förälder till pojke
Aktiveras, antal	7	14
Andel, %	15,9	31,1

- Signifikant skillnad, $p < 0,05$

Tabell 27. Gränssättning

	Förälder till flicka	Förälder till pojke
Gränssättning, antal	6	5
Andel, %	13,6	11,1

Tabell 28. Ständig vuxentillsyn

	Förälder till flicka	Förälder till pojke
Ständig vuxentillsyn, antal	13	12
Andel, %	29,5	26,7

Medicinskt underlag

Tabell 29. Försäkringsläkare hörd n=89

	Flicka	Pojke
Ja	7	5
Nej	37	40

Tabell 30. Antal bifogade intyg från läkare med flera

Intyg från	Barnets kön			
	Flickor		Pojkar	
	Antal	Andel av alla flickor, %	Antal	Andel av alla pojkar, %
Psykolog	14	32	3	7
Barnhabilitering	15	34	10	22
Barnpsykiatri	17	39	20	44
Neuropsykiatri	4	9	1	2
Annan	17	39	18	40

Kompetensinsatser inom Försäkringskassan

Sammanställning av material insamlat om kompetensinsatser från Försäkringskassan.

Tabell 31. Kompetensinsatser vid 8 tillfrågade Försäkringskassor. n=8

	Kurser/ utbildningar	Konferenser	Seminarier/ temadagar	Nätverksträffar	Inga
Kompetensinsatser	3	1	8	7	0
Kompetensinsatser specifikt inriktade på symptombild/kön	0	0	1	0	7

Tabell 32. Fokusområden för kompetensinsatser

	Antal Försäkringskassor som genomfört kompetensinsatser med inriktning på:
Komponenter för det samlade vård och tillsynsbehovet	5
Barnens behov	6
Diagnoskriterier	4
Merarbete förälder	4
Kunskap om funktionshinder	4
Beslutsunderlag	5
Utredningsmetodik	1
Vanliga merkostnader	1

• Summan är mer än totalen då flera Försäkringskassor genomfört flera insatser med olika inriktning.

Kompetensinsatser inom barn och ungdomspsykiatri

Sammanställning av material insamlat om kompetensinsatser från barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter/enheter.

Tabell 33. Antal ungdoms psykiatriska verksamheter/mottagningar och svarsfrekvens fördelade på län.

Län	Antal verksamheter/mottagningar	Svarsfrekvens
Kalmar län	5	4
Jämtlands län	2	2
Norrbottens län	4	2
Skåne län	15	10
Stockholms län	37	24
Värmlands län	5	5
Västmanlands län	8	6
Örebro län	7	5
Total	83	58

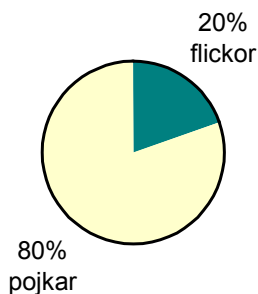
Tabell 34. Kompetensinsatser vid tillfrågade barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter/mottagningar. n=58

	Kurser, utbildningar	Konferenser	Seminarier	Annan	Inga alls
Kompetensinsatser	48 (71 %)	41 (71 %)	33 (57 %)	24 (41 %)	0
Kompetensinsatser som specifikt uppmärksammat skillnader när det gäller symtombild / kön	17 (29 %)	11 (19 %)	14 (24 %)	8 (14 %)	

Tabell 35. Förekomst av policydokument, vårdprogram och dokumenterade rutiner för neuropsykiatriska utredningar. n=58

	Ja	Nej	Vet ej	Total
Policydokument	21	22	15	58
Vårdprogram	29	18	11	58
Dokumenterade rutiner	45	11	2	58
De dokumenterade rutinerna uppmärksammar flickors symtombild	7	35	6	48

Figur 1. Könsfördelning vid diagnostisering av ADHD/DAMP under 2002. n=16



Tabell 36. Förekomst av samverkansteam, samverkansavtal/överenskommelse hur teamet skall arbeta samt samverkansrutiner med försäkringskassa för ADHD/DAMP problematiken. n=58

	Ja	Nej	Vet ej/ej svar	Total
Samverkar med andra i utredningen av barnet	22 (38 %)	36 (68 %)	0	58 (100 %)
Samverkansteam	45 (78 %)	12 (21 %)	1 (1 %)	58 (100 %)
Samverkansavtal	29 (50 %)	15 (26 %)	7 (12 %)	51 (88 %)
Samverkansrutiner med försäkringskassan	5 (9 %)	44 (76 %)	89 (15 %)	58 (100 %)

Referenser

Bremberg, Hur kan förskolan förbättra barns psykiska hälsa? 2001:25

Kopp. Who attends the department of child psychiatry? Visits to a child and adolescent psychiatry center in Gothenburg over five years. Läkartidningen 1999 Nov 17;96(46):5071-6

Kopp, Gillberg. Swedish and adolescent psychiatric out-patients, A five-year cohort. European child & Adolescent Psychiatry 12:30-35 3003 DOI 10.1007/s 00787-003-0309-3

Lagen (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag

RFV Analyserar 2002:10. Vårdbidragen ökar – en kartläggning av orsakerna

Skolverket. Bryt upp reviren. Underlag till Välfärdsbokslut över 1990 talet 1999. Dnr 99:1942

Skolverket. Elever i behov av särskilt stöd. En temabild utgiven av skolverket, 1998

Socialstyrelsen. ADHD hos barn och vuxna 2002. 2002-110-16

SOU 1998:138. Kvinnor, män och funktionshinder

SOU 2002:121. Skollag för kvalitet och likvärdighet. Betänkande från 1999 års skollags kommitté

Vägledning vårdbidrag 2002:20