

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen personer med LSS-insatser ökade under perioden 2004–2009 från 59 till 65 per 10 000 av befolkningen.
- Statsbidraget för att stärka kompetensen hos personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning har bidragit till omfattande kompetenssatsningar i hela landet och har nått avsedda grupper. Enskilda klienters medverkan, förstärkt samverkan och långsiktiga ambitioner präglar satsningarna.
- Tillgängligheten på vårdcentraler och socialkontor är generellt sett god för personer med rörelsehinder. Förutsättningarna för personer med funktionsnedsättning att söka vård och stöd är trots det sämre än för befolkningen i övrigt. Det gäller särskilt dem med överkänslighet och allergier och i synnerhet på socialkontoren.
- Svårigheter på arbetsmarknaden drabbar i särskilt hög grad personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Ungefär 10 procent av de som har insatser enligt SoL eller LSS har en arbetsmarknadsförankring. Daglig verksamhet har för många blivit en ersättning för arbete, framför allt för unga med funktionsnedsättning.
- Socialstyrelsens tillsyn under 2010 visar att begränsnings- och tvångsåtgärder fortfarande används. Socialstyrelsen bedömer att verksamheterna behöver kunskapsstöd för att kunna hantera och undvika de aktuella situationerna. Det behövs både förtydliganden av vad som är juridiskt tillåtet och vilka arbetsmetoder som är lämpliga. Vidare är det viktigt med rekrytering av utbildad personal och kontinuerlig handledning.
- Uppskattningar pekar på att under det senaste året har cirka 6 000 personer haft ett personligt ombud, under längre eller kortare perioder. Personliga ombud är på många sätt ett värdefullt stöd, bland annat genom att den enskildes delaktighet och inflytande ökar.

I detta kapitel redogörs för aktuell utveckling av socialtjänstens stöd till personer med funktionsnedsättning, som ges enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, samt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Även vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL och personlig assistans enligt lagen (1993:389) om assistansersättning, LASS, kommenteras. Vidare redogörs för kommunernas kostnader för dessa insatser samt statens kostnader för LASS.

Resultaten relateras även till de funktionshinderspolitiska målen [1]:

- jämlika livsvillkor
- full delaktighet i samhällslivet
- ett samhälle med mångfald som grund.

Slutligen beskrivs utvecklingen och måluppfyllelsen inom följande kvalitetsområden [2,3,4]:

- tillgänglig vård och socialtjänst
- kunskapsbaserad vård och socialtjänst
- självbestämmande och integritet inom socialtjänsten
- helhetssyn och samordning inom socialtjänsten
- rättssäker socialtjänst.

Ovanstående kvalitetsområden beskrivs mer utförligt i inledningskapitlet och de områden som har beröring med God Vård beskrivs även i bilaga 1.

Aktuell utveckling

Nedan redovisas omfattning och kostnader för insatser enligt LSS och LASS. Till följd av omfattande kvalitetsproblem kan 2009 års insatser enligt SoL för 2009 till personer med funktionsnedsättning inte redovisas.

Vidare diskuteras även det funktionshinderspolitiska målet om jämlika livsvillkor.

Andelen personer med insatser enligt LSS och LASS varierar mellan kommuner

Den 1 oktober 2009 hade cirka 60 200 personer en eller flera insatser enligt LSS från kommunerna, se tabell 6:1 [5]. Landstingen och de kommuner som ansvarar för insatsen råd och stöd enligt LSS uppgav att cirka 5 800 personer hade beviljats sådan insats vid samma tidpunkt.

Andelen personer med beslut om insatser enligt LSS skiljer sig mellan såväl län som kommuner. Hallands och Stockholms län hade de lägsta andelarna, där drygt 0,5 procent av befolkningen hade LSS-insatser och Västerbottens län den högsta andelen, 0,9 procent. Motsvarande andel för riket var 0,65 procent.

Variationerna i landet när det gäller LSS-insatser har tidigare studerats i ett forskningsprojekt i Uppsala [6]. Av resultaten framgår att de kommuner, där de tidigare vårdhemmen för personer med utvecklingsstörning var belägna fortfarande har en hög andel personer med insatser enligt LSS. Det talar för att det sannolikt är skillnader i behov som är orsak till en stor del av de kommunala variationerna. Men alla skillnader kan inte förklaras av behov och det är tänkbart att lokala förutsättningar och prioriteringar är bidragande faktorer.

Av alla dem som hade primärkommunala insatser enligt LSS den 1 oktober 2009 var knappt 34 600 män (57 procent) och drygt 25 600 kvinnor (43 procent) [5]. Antal personer med LSS fördelade efter insats och kön framgår av tabell 6:1. Det totala antalet LSS-insatser uppgick vid denna tidpunkt till närmare 110 000 och 62 500 personer fick del av dem.

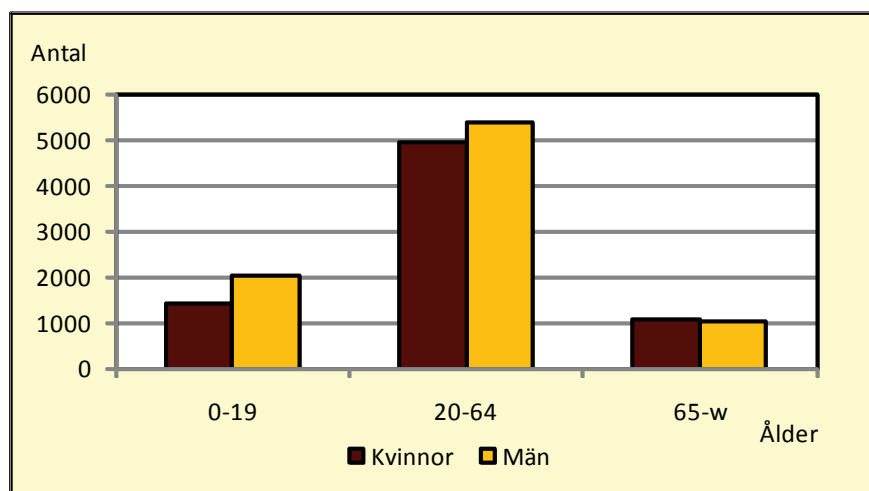
Tabell 6:1. Antal personer år 2009 med insatser enligt LSS fördelade efter kön, avrundade siffror

Insats enligt LSS	Kvinnor	Män	Totalt
Råd och stöd	2 600	3 200	5 800
Personlig assistans	1 600	1 800	3 400
Ledsagarservice	4 300	5 300	9 600
Kontaktperson	8 900	10 300	19 200
Avlösarservice	1 200	2 200	3 400
Korttidsvistelse	3 800	6 200	10 000
Korttidstillsyn	1 900	3 200	5 100
Boende, barn	500	900	1 400
Boende, vuxna	9 900	13 000	22 900
Daglig verksamhet	12 600	16 300	29 000

Källa: Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009, Socialstyrelsen.

LASS beviljas när hjälp med de grundläggande behoven överstiger tjugo timmar per vecka. Den 31 december 2009 hade cirka 15 900 personer personlig assistans med ersättning enligt LASS, se figur 6:1. I de flesta åldersgrupper var männen i majoritet, utom i gruppen 65 år och äldre, där kvinnorna var något fler. Av personer med assistansersättning enligt LASS är det en andel som även har insatser enligt LSS. I lägesrapporten för 2007 konstaterades att cirka 40 procent av dem med LASS även hade någon LSS-insats och ungefär 700 personer hade både personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt LASS [7].

Figur 6:1. Antal personer med assistansersättning enligt LASS år 2009, fördelade efter kön och ålder.



Källa: Försäkringskassan.

Allt fler får insatser enligt LSS och LASS

Sedan 2004 har antalet personer med insatser enligt LSS, exklusive råd och stöd, ökat med 14 procent. Motsvarande ökning under 2009 var 3 procent eller 1 500 personer, se tabell 6:2 [5].

Tabell 6:2. Antal personer med insats enligt LSS åren 2004–2009 fördelade efter ålder, exklusive insatsen råd och stöd, avrundade värden

Ålder	Antal personer med insats enligt LSS					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0–22 år	17 300	17 900	18 400	18 600	19 300	19 700
23–64 år	31 800	32 500	33 400	34 100	35 100	35 900
65–w år	3 800	3 900	4 000	4 100	4 400	4 600
Totalt antal personer	52 900	54 300	55 800	56 800	58 700	60 200

Källa: Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2009, Socialstyrelsen.

Särskilt markant var ökningen för insatserna kontaktperson, boende för vuxna och daglig verksamhet under perioden 2004–2009 (tabell 6:3). Ökningen av daglig verksamhet var mest framträdande bland de yngre. År 2009 hade 2 936 personer daglig verksamhet, vilka inte hade haft det 2008. Av dessa var 1 880 eller 64,1 procent i åldrarna 20–29 år.

Personlig assistans och ledsagarservice är två funktionshinderspolitiskt viktiga insatser, vars syfte är att öka den enskildes delaktighet i samhällslivet. Under 2000-talet har antalet personer med någon av dessa insatser varierat, men mellan 2008 och 2009 ses en minskning. Även om det i nuläget är svårt att dra några slutsatser kring detta, är det en utveckling som är viktig att följa. Det är emellertid möjligt att en del av minskningen inom personlig assistans enligt LSS förklaras av att personerna beviljats fler assistanstimmar och i stället har assistansersättning.

Insatsen råd och stöd, som landstingen är huvudmän för, har emellertid halverats. I många landsting har denna insats ersatts av habilitering och rehabilitering enligt HSL. Övriga insatser har varit relativt konstanta [5].

Tabell 6:3. Antal personer med olika insatser enligt LSS år 2004–2009, avrundade värden

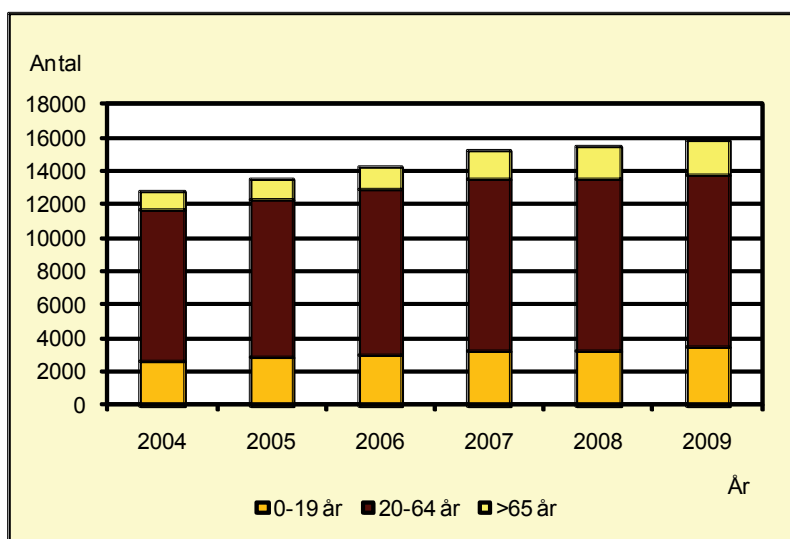
Insats	Antal personer med respektive insats enligt LSS					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Råd och stöd	11 200	10 500	9 500	8 200	6 700	5 800
Personlig assistans	3 900	3 600	3 700	3 300	3 500	3 400
Ledsagarservice	9 400	9 600	9 700	9 700	9 700	9 600
Kontaktperson	16 100	16 700	17 400	18 000	18 400	19 200
Avlösarservice	3 700	3 600	3 500	3 400	3 300	3 400
Korttidsvistelse	10 500	10 500	10 500	10 100	10 200	10 000
Korttidstillsyn	4 400	4 700	4 900	5 100	5 200	5 100
Boende, barn	1 300	1 200	1 200	1 300	1 400	1 400
Boende, vuxna	19 800	20 400	20 900	21 600	22 300	22 900
Daglig verksamhet	24 100	25 000	25 800	27 000	28 100	29 000

Källa: Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009, Socialstyrelsen.

Antalet personer med assistansersättning enligt LASS ökade under perioden 2004–2009 [5]. Ökningen gäller för samtliga åldersgrupper (figur 6:2). Eftersom den enskilde har rätt att behålla assistansersättningen även efter att

hon eller han har fyllt 65 år, kommer sannolikt den äldre gruppen med assistans fortsätta att öka under kommande år.

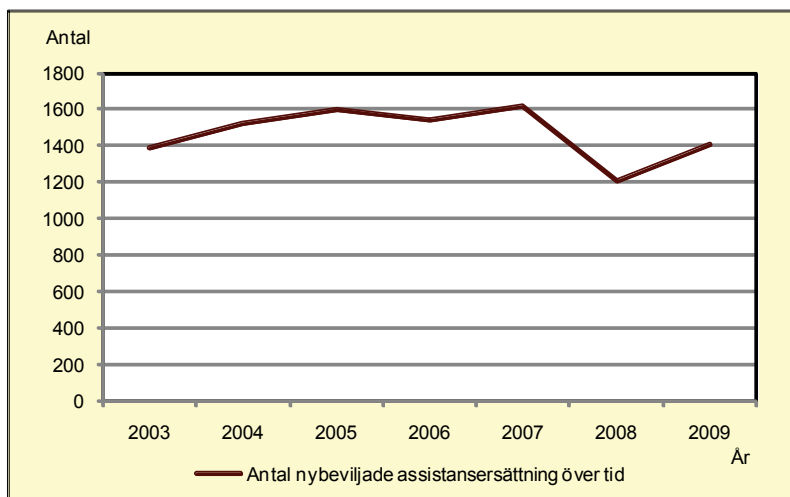
Figur 6:2. Antal personer med assistansersättning enligt LASS 2004–2009, uppdelat på ålder



Källa: Försäkringskassan.

Under 2000-talet har antalet nybeviljade assistansersättningar varierat, men var 2009 i princip på samma nivå som 2003, runt 1 400 personer (figur 6:3). Antalet personer som har assistansersättning ökade med 17 procent mellan 2005 och 2009. Även det genomsnittliga antalet timmar ökade, från 101 till 110 timmar per vecka [8].

Figur 6:3. Antal nybeviljade av assistansersättning 2003–2009



Källa: Försäkringskassan.

Särskilda boendeformer svarar för de största kommunala kostnaderna

År 2009 utgjorde kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 26 procent av socialtjänstens totala kostnader och uppgick därmed till 43,7 miljarder kronor [9]. I fasta priser är det en ökning med 14 procent sedan 2005. En mindre del av denna ökning beror på att kostnader för personer med psykisk funktionsnedsättning har tillkommit sedan 2007.

Av de totala kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning avser 20 procent insatser enligt SoL och HSL, och 80 procent insatser enligt LSS och LASS. Denna fördelning var relativt konstant under perioden 2005–2009. Den största enskilda kostnadsposten, 41 procent av de totala kostnaderna, är boende enligt LSS och avser huvudsakligen bostad med särskild service till vuxna (tabell 6:4).

Tabell 6:4. Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2005–2009. 2009 års priser, miljoner kronor samt procent.

	2005	2006	2007	2008	2009	Förändring 2005–2009, mnkr	Förändring 2005– 2009, %
Insatser till personer med funktionsnedsättning	38 513	39 961	41 820	43 108	43 740	5 227	14
Insatser enligt SoL/HSL^a	7 786	7 889	8 590	8 623	8 625	839	11
Särskilt boende	2 970	3 005	3 254	3 321	3 308	339	11
Ordinärt boende	4 083	4 278	4 667	4 596	4 613	530	13
Hemtjänst/boendestöd	2 787	2 839	3 191	2 917	2 895	108	4
Korttidsboende	398	441	443	415	497	99	25
Övriga insatser	898	998	1 033	1 264	1 221	323	36
Öppen verksamhet	734	607	670	706	704	–30	–4
Insatser enligt LSS/LASS	30 727	32 072	33 230	34 485	35 115	4 388	14
Boende	15 594	16 713	17 486	17 611	17 985	2 391	15
Vuxna	14 363	15 363	16 041	16 143	16 422	2 059	14
Barn/unga i bostad med särskild service	1 165	1 278	1 380	1 412	1 502	337	29
Barn/unga i familjehem	66	72	64	56	61	–5	–7
Personlig assistans	5 939	6 187	6 320	7 132	7 395	1 456	25
Daglig verksamhet	5 001	5 095	5 330	5 500	5 519	518	10
Övriga insatser	4 194	4 77	4 095	4 243	4 216	22	1

^a Ny definition. Fr.o.m. 2007 ingår även insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2005–2009, SCB.

Kommunernas kostnader för färdtjänst och riksfärdtjänst var totalt sett konstanta under den aktuella perioden. Kostnaden för denna service till personer med funktionsnedsättning har uppskattats till cirka 600 miljoner kronor under 2009, vilket är samma som för 2008.

Kostnaderna för bostadsanpassningsbidrag som 2005 uppgick till 935 miljoner kronor hade stigit till 1 016 miljoner kronor 2009. Dessa kostnader avser både äldre och personer med funktionsnedsättning [9].

År 2009 var statens kostnader för assistansersättning enligt LASS ungefär 17,6 miljarder kronor, en kostnad som mer än fördubblats sedan 2005 [10]. Anledningarna till de ökande kostnaderna är flera. Dels beviljas fler personer, dels beviljas fler timmar. En väsentlig andel av ökningen beror på att LASS numera får behållas efter 65-årsdagen.

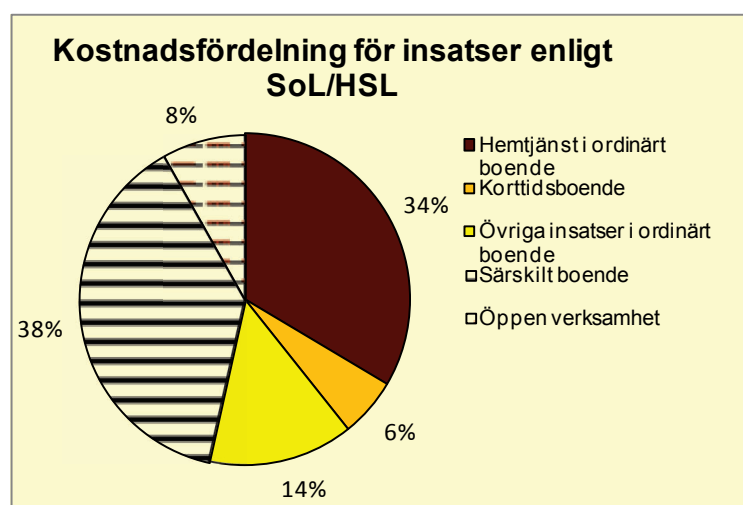
Kostnaderna för insatser enligt SoL och HSL ökar

Kostnaderna för insatser enligt SoL och HSL till personer med funktionsnedsättning uppgick 2009 till sammanlagt 8,6 miljarder kronor. Det var en ökning i fasta priser med 11 procent sedan 2005 [9]. En del av ökningen beror på att även kostnader för insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar redovisas här från och med 2007.

I uppgifterna om hemtjänst ingår numera även kostnader boendestöd. Troligen beror en relativt stor del av kostnadsökningen för insatser i ordinärt boende på denna definitionsändring. Lite mer än hälften av kostnaderna enligt SoL och HSL avser insatser i ordinärt boende som 2009 uppgick till 4,6 miljarder kronor. Av dessa utgjorde hemtjänst inklusive boendestöd den största andelen, 63 procent och uppgick till 2,9 miljarder kronor. Korttidsboendet utgjorde 11 procent och ökade under perioden med 25 procent. Övriga insatser i ordinärt boende utgjorde 26 procent av insatserna i ordinärt boende. Dessa insatser har ökat med 36 procent sedan 2005, vilket beror på att kostnader för hälso- och sjukvårdsinsatser utförda på delegation numera redovisas i SCB:s räkenskapssammandrag i "övriga insatser" i stället för som tidigare under respektive verksamhet.

Kostnaderna för särskilt boende har ökat med 11 procent sedan 2005. Kostnaderna uppgick 2009 till 3,3 miljarder kronor, se tabell 6:5 och figur 6:4 [9].

Figur 6:4. Kostnadsandelar för insatser enligt SoL och HSL till personer med funktionsnedsättning 2009, procent



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2009, SCB.

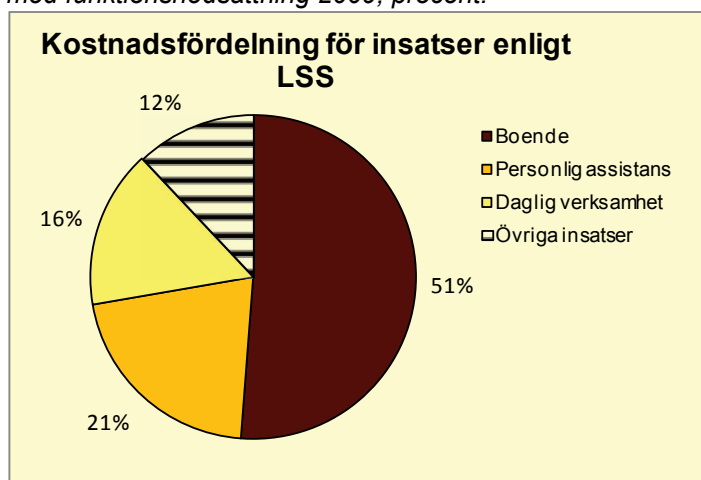
Även kostnaderna för insatser enligt LSS och LASS ökar

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS och LASS uppgick 2009 till 35,1 miljarder kronor [9]. Kostnaderna ökade mellan 2005 och 2009 med 14 procent i fasta priser. Det bör uppmärksammas att kostnader för personer över 65 år som får insatser enligt LSS också redovisas här.

Drygt hälften av kostnaderna för insatser enligt LSS och LASS, nästan 18 miljarder kronor, avser boende vilket är en ökning med 15 procent sedan 2005. Kostnaderna för daglig verksamhet uppgick 2009 till 5,5 miljarder kronor, vilket motsvarade en ökning med 10 procent sedan 2005.

Kommunernas kostnader för personlig assistans var 7,4 miljarder kronor under 2009, vilket var en ökning med 25 procent sedan 2005, se tabell 6:5 och figur 6:5.

Figur 6:5. Kostnadsandelar för insatser enligt LSS och LASS till personer med funktionsnedsättning 2009, procent.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2009, SCB.

Väsentlig ökning av köpt verksamhet

Under de senaste åren har allt fler verksamheter lagts ut på entreprenad, vilket har bidragit till att kommunernas köp av insatser ökar. Under 2009 köpte kommunerna insatser till personer med funktionsnedsättning för 7,9 miljarder kronor, se tabell 6:5 [9].

Tabell 6:5. Kostnadsutveckling för kommunernas köp av insatser till personer med funktionsnedsättning 2005–2009. 2009 års priser, miljoner kronor samt procent

	2005	2006	2007	2008	2009	Förändring 2005–09, mnkr	Förändring 2005–09, %
Köpta insatser till personer med funktionsnedsättning	5 896	6 255	6 594	7 109	7 868	1 972	33,4
Insatser enligt SoL/HSL ^a	1 392	1 456	1 625	1 786	1 887	495	35,5
Insatser enligt LSS/LASS	4 503	4 799	4 969	5 324	5 981	1 478	32,8

^a Ny definition. Fr.o.m. 2007 ingår även insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2005–2009, SCB.

I köpen ingick dels köp av hela verksamheter (huvudverksamheter), dels tjänster som behövs för att kunna utföra de kommunala insatserna, till exempel städning, tillagning av måltider och fastighetsskötsel (stödverksamheter). De köpta insatserna utgör en väsentlig ökning från året innan. Sedan 2005 har kostnaderna för köpt verksamhet ökat med 33,4 procent i fasta priser. Kommunernas köp av insatser enligt SoL och HSL har ökat med 35,5 procent och uppgick 2009 till 1,9 miljarder kronor. Insatser enligt LSS och LASS köptes för 6,0 miljarder kronor från andra aktörer år 2009, vilket var en ökning från 2005 med 32,8 procent i fasta priser. Mest verksamhet köps från privata företag, men köp från föreningar och stiftelser samt kommunägda företag förekommer också.

Kostnader per person minskar för vissa insatser

Den genomsnittliga årliga kostnaden per person med insats i boende enligt LSS har ökat med nästan 11 procent för mediankommunen, medan den genomsnittliga kostnaden för daglig verksamhet enligt samma lag har minskat med 9 procent sedan 2005 [9]. Minskningen beror sannolikt på större verksamheter. Under 2009 uppgick genomsnittskostnaden för boende enligt LSS till drygt 783 000 kronor per person och år och för daglig verksamhet till knappt 160 000 kronor per person, tabell 6:7.

Uppgifter för 2009 om kostnader per person i särskilt boende enligt SoL finns inte tillgängliga.

Tabell 6:7. Kommunernas kostnader per person i särskilt boende enligt SoL, boende enligt LSS samt daglig verksamhet enligt LSS 2005–2009. 2009 års priser, kronor samt procent

	2005	2006	2007	2008	2009	Förändring 2005–09 kr	Förändring 2005–09 %
Insatser enl. SoL/HSL							
Särskilt boende per person	583 668	556 676	620 950	573 746	N/A	N/A	N/A
Insatser enl. LSS							
Boende per person	706 485	714 966	694 824	699 212	783 344	76 858	10,9
Daglig verksamhet per person	175 478	170 090	165 009	163 907	159 692	–15 785	–9,0

N/A= uppgifterna är inte tillgängliga.

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten 2005–2009, Funktionshindrade personer 2009 och Personer med funktionsnedsättning/-hinder – insatser enligt LSS 2009, Socialstyrelsen och kommunernas räkenskapssammandrag 2009, SCB.

Fortfarande ojämlika levnadsförhållanden

Med jämlikhet avses en jämlik tillgång till socialtjänstens insatser, men fokus i detta avsnitt ligger på hur jämlika livsvillkoren är för personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. Detta perspektiv utgår från lagstiftningens (SoL och LSS) mål om jämlika livsvillkor och skäliga levnadsförhållanden samt det funktionshinderspolitiska målet om jämlika

livsvillkor. De områden som kommenteras är framförallt ekonomi, arbete och boendestandard.

Boendestandard blir mer jämlik

År 2010 publicerade Socialstyrelsen en undersökning om levnadsförhållandena för vuxna personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt SoL eller LSS. Med undantag av boendestandard har dessa personer sämre levnadsförhållanden än befolkningen i stort inom samtliga undersökta områden. Det gäller ekonomi, utbildning, arbete, fritid och hälsa [11]. När det gäller boendestandard visar resultaten att tillgången till kök eller kokvrå och bad eller dusch är ungefär likvärdig mellan undersökningsgruppen och totalbefolkningen. Samma förhållande gäller för tillgång till telefon och TV i den egna bostaden. Däremot har en betydligt lägre andel i undersökningsgruppen tillgång till dator och Internet jämfört med befolkningen i stort.

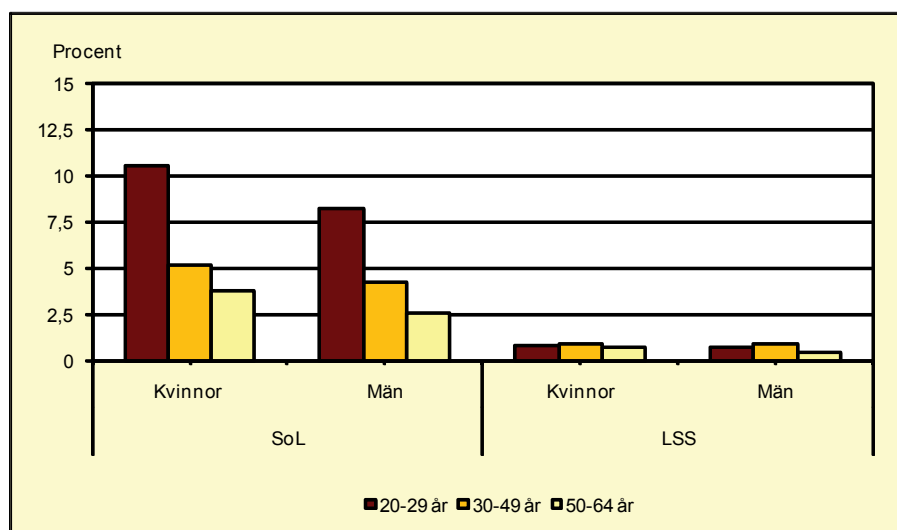
Resultaten tyder på att de senaste decenniernas strävan om jämlika boendeförhållanden har nått framgång.

De ekonomiska villkoren är svåra för många

Socialstyrelsens undersökning om levnadsförhållanden visar att sjuk- eller aktivitetsersättning utgör den huvudsakliga inkomstkällan för personer med insatser enligt LSS [11]. Nivån på sjuk- och aktivitetsersättningen beror på personens ålder och tidigare inkomst. En inkomstrelaterad sjuk- eller aktivitetsersättning omfattar 64 procent av den inkomst som Försäkringskassan antar att personen skulle ha om hon eller han förvärvsarbetade (så kallad antagandeinkomst). Den som inte har haft någon inkomst eller för låg inkomst kan i stället få en garantiersättning som 2010 uppgick till maximalt 101 760 kronor per år. Många i undersökningsgruppen kan antas ha garantiersättning eftersom de beviljas aktivitetsersättning redan i unga år.

Andelen med ekonomiskt bistånd är hög bland personer med insatser enligt SoL. Det är upp till fem gånger så vanligt med ekonomiskt bistånd än i totalbefolkningen och särskilt vanligt bland unga i åldern 20–29 år. Samma mönster gäller även för långvarigt ekonomiskt bistånd (det vill säga tio–tolv månader under ett år), men då är andelarna lägre (figur 6:6). Unga personer med insatser enligt SoL är den grupp där flest får långvarigt ekonomiskt bistånd. Bland personer med insatser enligt LSS är andelen med ekonomiskt bistånd dock lägre än i totalbefolkningen, vilket sannolikt beror på att kommuner ofta har ett högkostnadsskydd för hyror. Undersökningen visar vidare att den genomsnittliga disponibla inkomsten för vuxna personer med insatser enligt SoL eller LSS är cirka 100 000 kronor per år. Inkomstskillnaderna mellan yngre och äldre personer är små, vilket pekar på att individernas inkomstnivåer är konstanta över tid [11].

Figur 6:6. Andel personer 20–64 år med ekonomiskt bistånd under tio–tolv månader 2007, efter kön och ålder (procent)



Källa: Alltjämt ojämlikt, Socialstyrelsen.

Den främsta anledningen till den låga inkomstnivån är att undersökningsgruppens huvudsakliga inkomstkällor är sjuk- och aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd. Sådana inkomstkällor täcker endast de nödvändigaste utgifterna och personerna riskerar ett liv strax ovanför fattigdomsstrecket. Att kompensera för den låga inkomsten är möjligt till en viss gräns, men för att den ekonomiska situationen verkligen ska förbättras krävs att en högre andel kommer ut på arbetsmarknaden.

Familjer där barn har en funktionsnedsättning har sämre ekonomiska villkor än andra familjer. Även unga vuxna med aktivitetsersättning är utsatta och riskerar att hamna i fattigdom tidigt i livet [12]. Den extra påfrestning som en dålig ekonomi innebär kan leda till sämre hälsa, vilket i sin tur kan starta en ond cirkel.

Föräldrastödet behöver utvecklas

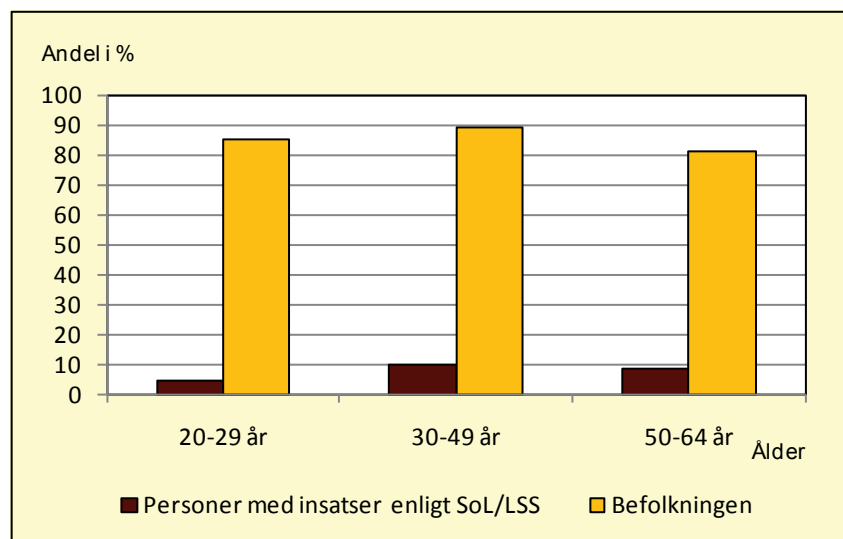
Föräldrar till barn med funktionsnedsättningar upplever i många fall social isolering och stress till följd av bristande resurser i skolan och bristande samordning. Många upplever också att behovet av insatser ifrågasätts av myndigheter, och de som får insatser anser ofta att dessa inte utformas utifrån familjens behov. Familjerna uppger att de både behöver praktiskt stöd, såsom avlastning och psykologiskt stöd i form av föräldrautbildning [13].

Föräldrarnas utrymme att påverka när de önskar avlastning är emellertid många gånger starkt begränsat. I vissa kommuner finns inte heller möjlighet till akut avlastning [15]. Genom att stärka familjernas inflytande och ta tillvara både barnens och föräldrarnas erfarenheter och önskemål kan stödet förbättras. Valfrihetssystem enligt LOV som under 2009 och 2010 infördes i allt fler kommuner kan förväntas öka möjligheterna för enskilda att få service och stöd som är anpassat efter deras önskemål.

Svårt att komma in på arbetsmarknaden

Socialstyrelsen konstaterade under 2010 att personer med insatser enligt SoL och LSS har en klart lägre arbetsmarknadsanknytning än övriga personer med funktionsnedsättning. År 2010 hade ungefär 10 procent av gruppen en förankring på arbetsmarknaden (inklusive subventionerade anställningar) [11]. Andelen med förankring på arbetsmarknaden är något högre bland personer med insatser enligt SoL än för personer med insatser enligt LSS.⁶ Skillnaden mellan kvinnor och män är liten och ser likadan ut som för befolkningen i stort, det vill säga att män har i något högre utsträckning arbetsmarknadsanknytning. Andelen sysselsatta bland personer med insatser från socialtjänsten är lägst i åldersgruppen 20–29 år (figur 6:7). Både i undersökningsgruppen och i totalbefolkningen är andelen sysselsatta högst i åldersgruppen 30–49 år.

Figur 6:7. Andel personer 20–64 år med arbetsmarknadsanknytning, efter ålder, år 2007 (procent).



Källa: Alltjämt ojämnt, Socialstyrelsen.

Det finns flera anledningar till den låga arbetsmarknadsförankringen. Typ och grad av funktionsnedsättning spelar en betydande roll men det finns också problem med såväl bristande tillgänglighet som diskriminering på arbetsmarknaden. Det är också oklart om de arbetsmarknadspolitiska insatser som riktar sig till personer med funktionsnedsättning fungerar optimalt. Arbetsförmedlingen förfogar över en rad olika insatser som syftar till att hjälpa personer med funktionsnedsättning ut på arbetsmarknaden. Här återfinns insatser som till exempel lönebidrag och trygghetsanställning

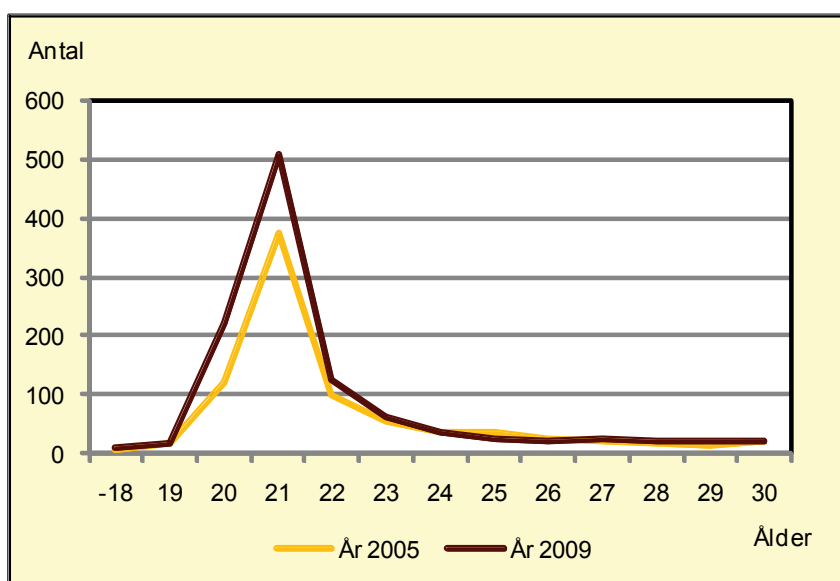
Mycket få personer går till exempel från daglig verksamhet till ett lönearbete (med eller utan subvention) [14]. Det verkar som en del av välfärdssystemens regler försvåra för personer med funktionsnedsättning att komma ut på arbetsmarknaden, så kallade inlåsnings effekter. Ett exempel på sådan inlåsnings effekt handlar om förlängd skolgång. Om en ungdom inte har full-

⁶ Andelen med arbetsmarknadsförankring skiljer sig från andelen med löneinkomst, som beskrivs i kapitel 6. Anledningen är olika mätmetoder.

följt sin ordinarie skolgång i juni det år han eller hon fyller 19 år, kan han eller hon få aktivitetsersättning för förlängd skolgång. En förutsättning för det är att de förlängda studierna har ett direkt samband med att personen har en funktionsnedsättning eller sjukdom. Många unga personer som tillhör personkrets 1 i LSS går i särskola (grundskola och gymnasium). Till stor del är övergången från särskola till aktivitetsersättning en automatiserad process i och med den förlängda skoltiden.

Både 2005 och 2009 var den vanligaste åldern då en person börjar i daglig verksamhet 21 år (figur 6:8) [15]. År 2005 utgjorde åldersgruppen 27 procent av alla personer som började i daglig verksamhet 21 år. År 2009 var motsvarande andel 34 procent. Alltfler går alltså direkt från gymnasiet till daglig verksamhet.

Figur 6:8. Debutålder i daglig verksamhet år 2005 och år 2009.



Källa: Registret över insatser enligt LSS, Socialstyrelsen.

I en vägledning visar Socialstyrelsen hur den dagliga verksamheten kan bli bättre på att skapa förutsättningar för att ge dessa personer en framtida plats på arbetsmarknaden [16]. För att en övergång till lönearbete ska fungera är det nödvändigt med ett långsiktigt stöd till arbetsgivaren. Det är dessutom angeläget att den enskildes arbetsförmåga provas kontinuerligt.

Tillgänglig vård och socialtjänst

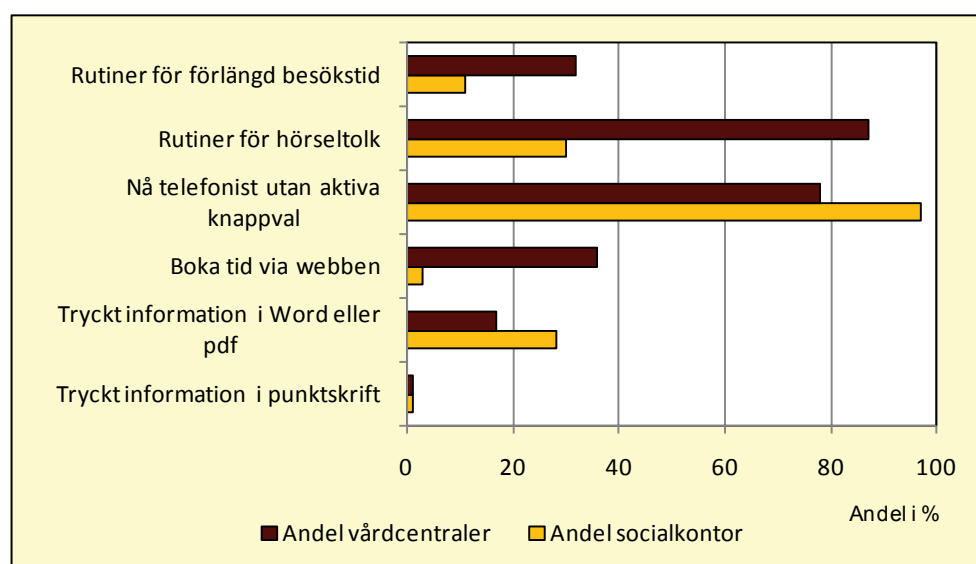
Det är viktigt att information om socialtjänstens insatser är tillgänglig för alla medborgare. I nedanstående avsnitt redovisas hur tillgänglig informationen är för personer med funktionsnedsättning. För denna grupp är det viktigt med framkomlighet i miljön och att tjänster är användbara. Därför redovisas ytterligare uppgifter om tillgänglighet i socialtjänsten. De senare uppgifterna redovisas även för vårdcentraler.

Tillgänglighet till vård och omsorg varierar beroende på funktionsnedsättning

Förutsättningarna för personer med funktionsnedsättning att söka vård och stöd varierar. Det framgår av Socialstyrelsens kartläggning av tillgängligheten på socialkontor och vårdcentraler [17]. För personer med rörelsenedsättning är tillgängligheten i regel god. Det tyder på att Boverkets föreskrifter om enkelt avhjälpna hinder (BFS 2003:19) och de senaste årens riktade informationsåtgärder har gett resultat. För personer med överkänslighet och allergier är situationen sämre, i synnerhet på socialkontoren där endast några procent har förbud mot parfym och knappt hälften har förbud mot pälsdjur.

Majoriteten av vårdcentralerna och socialkontoren har stora brister i tillgängligheten för personer med synnedsättning, hörselnedsättning och kognitiva funktionsnedsättningar. Tryckt information finns sällan i alternativa format och möjligheten till alternativa kommunikationssätt är starkt begränsad, se figur 6:9. Undersökningen kommenteras även i kapitlet om hälso- och sjukvård.

Figur 6:9. Tillgänglig information och kommunikation på socialtjänstkontor och vårdcentraler, procent



Källa: Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv, Socialstyrelsen.

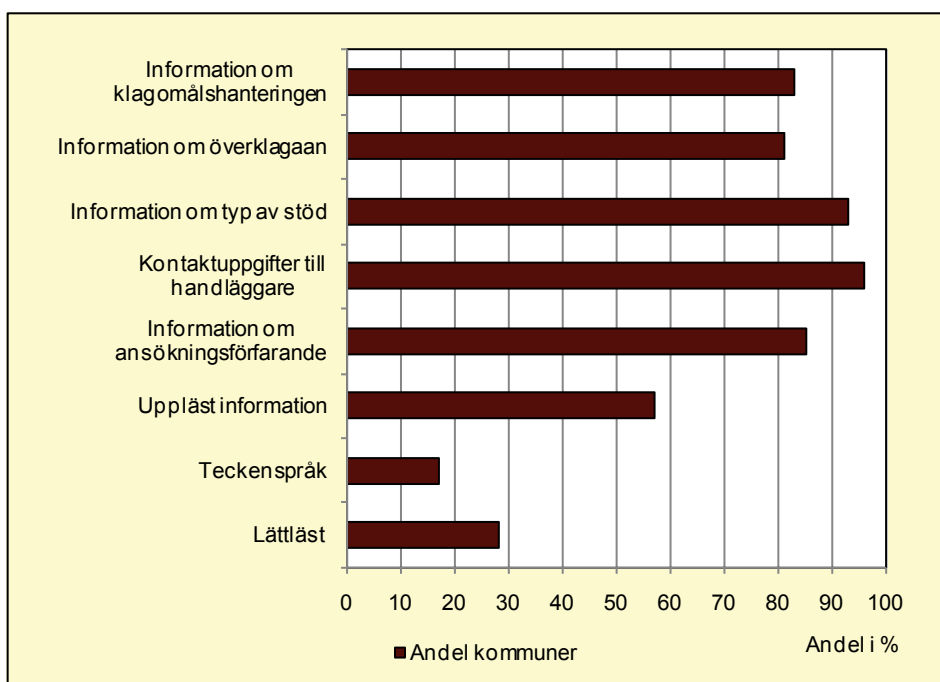
Under 2010 granskade Socialstyrelsen även kommuners och stadsdelars webbplatser med avseende på information om stöd till personer med funktionsnedsättning [18]. Dessa uppgifter har publicerats inom ramen för öppna jämförelser i socialtjänsten. Webbplatserna har belysts utifrån tio frågor uppdelade på tre områden; orienterbarhet, grundläggande information samt förekomst av alternativa format⁷. Resultaten av granskningen visar att viss grundläggande information nås förhållandevis snabbt, med några få undantag efter tre eller färre knapptryckningar. Det är också relativt lätt att använ-

⁷ Orienterbarheten belyser möjligheterna att snabbt och enkelt hitta information. Grundläggande information avser vilken typ av information som finns på webbplatsen. Alternativa format belyser i vilken grad information ges i läst format, i talat format och i teckentolksformat.

da sökmotorerna för att nå den grundläggande informationen. Resultatet av webbgranskningen när det gäller förekomst av alternativa format och i vilken utsträckning grundläggande information finns framgår av figur 6:10.

I nästan alla kommuner innehåller den grundläggande informationen dels uppgifter om kontaktuppgifter till socialtjänsten, dels exempel på olika stödformer. Information om hur enskilda överklagar beslut och hur klagomål framförs finns på fyra av fem webbsidor. Information av dessa slag finns emellertid bara i begränsad omfattning i alternativa format på kommunernas webbplatser. Översättningar till lättläst svenska finns på mindre än var tredje webbplats och information på teckenspråk på mindre än var femte webbplats. Bland de alternativa format som granskats är talad information vanligast och finns på över hälften av webbplatserna. Samman taget är möjligheten att få information i alternativa format starkt begränsad. Socialstyrelsens ambition är att återkommande jämföra tillgängligheten på socialtjänstkontor och vårdcentraler samt kommuners och stadsdelars webbplatser, för att stimulera utvecklingen av såväl orienterbarhet och grundläggande information som alternativa format.

Figur 6:10. Andel kommuner och stadsdelar som har olika typer av alternativa format, samt specifik information i olika avseenden, n:333, procent



Källa: Öppna jämförelser av socialtjänstens insatser till personer med funktionsnedsättning 2010, Socialstyrelsen.

Möjligheten att få tolk är också en aspekt av tillgänglighet. En av Socialstyrelsens kartläggningar har visat att tolkcentralerna kan tillgodose de flesta beställningar för vardagstolkning [19]. Det är svårare att få tolk till aktiviteter på fritiden och i sociala sammanhang än för sjukvårds- och myndighetsbesök.

Sammanfattningsvis kan bristande tillgänglighet, både när det gäller miljö, information och tjänster, tvinga fram särlösningar som det tar tid att ordna. Det kan i sin tur innebära att hjälpen fördröjs. I värsta fall kan brister i

tillgänglighet avhålla personer med funktionsnedsättningar från att söka vård och stöd.

Kostnader för hjälpmedel skapar ojämlik tillgång

Generellt sett är tillgången till hjälpmedel av olika slag god, men tillgången påverkas av kostnaderna. Kostnaderna för hjälpmedlen kommer med stor sannolikt successivt att öka, främst till följd av nya produkter inom kognition och kommunikation samt ett ökat behov av hjälpmedel till äldre [20]. På motsvarande sätt som inom andra områden inom vård och omsorg kan den enskildes inflytande över val av hjälpmedel förväntas att öka, men också det egna ansvaret. Samtidigt som det kommer fler nya produkter förväntas färre att räknas som hjälpmedel. Redan i dag finns det stora variationer i huvudmännens rutiner för att ta ut avgifter, till exempel för att prova ut hörapparater till personer med hörselnedsättning. Även antalet personer som får hörapparat varierar kraftigt mellan landstingen, från 4,5 till 11 personer per 1 000 invånare [21].

Kunskapsbaserad socialtjänst

Socialtjänstens insatser ska, så långt det är möjligt, baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. I detta avsnitt konstateras att särskilda satsningar har stärkt personalens kompetens. Vidare konstateras att personer som tillhör personkrets 1 i LSS ofta förskrivs psykofarmaka. Särskilt anmärkningsvärt är att 20 procent av gruppen förskrivs läkemedel som används mot psykoser och schizofreni.

Statsbidrag stärker personalens kompetens

I LSS-kommitténs slutbetänkande konstateras att kompetens är en nyckelfråga inom alla delar av LSS, bland personal som utför insatserna, handläggare, beslutande nämnder och domstolar [22]. Kommittén framhöll också vikten av att diskutera former för en framtida kompetenssatsning för olika personalgrupper. Det gäller till exempel personal som arbetar med personer som behöver vård och insatser till följd av flera och omfattande funktionsnedsättningar [23] och personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning [24].

Särskilda satsningar har emellertid gett resultat. Det framgår av uppföljningen av de statsbidrag om 130 miljoner kronor som 2009–2010 delades ut i syfte att förstärka kompetensen bland den personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, personal i socialtjänsten och inom den psykiatriska hälso- och sjukvården [24]. Satsningen karaktäriseras av tydlig medverkan från den enskilde, förstärkt samverkan och långsiktiga ambitioner. Den innehåller också viktiga steg mot en evidensbaserad praktik. Som framgångsfaktorer nämns patient-, intresse- och anhängigorganisationernas aktiva medverkan i planering och genomförande, krav på gemensamma utbildningar över professions- och huvudmannaskapsgränser och att många utbildningar lagt stor

vikt vid att utforma aktiviteter utifrån lokala behov, tillgång till aktuell kunskap och pedagogik.

Anmärkningsvärt hög förskrivning av psykofarmaka

Socialstyrelsen konstaterade under 2010 att psykofarmaka förskrivs i anmärkningsvärt hög grad till personer som tillhör personkrets 1, 1 § LSS [11]. Till psykofarmaka räknas läkemedel mot psykoser (antipsykotika), lugnande medel, sömnmedel och antidepressiva läkemedel. Personer som tillhör personkrets 1 inom LSS har någon form av utvecklingsstörning, autism eller störning inom autismspektrumet. Depression, ångest eller psykoser utgör inte kriterier för att tillhöra personkrets 1. Bearbetningar av läkemedelsregistret visar emellertid att var tredje person i personkrets 1, ålder 20–64 år, har förskrivits minst ett psykofarmaka. Motsvarande andel för övrig befolkning är 5–10 procent. Det är också vanligare att personer som tillhör personkrets 1 har tre eller fler psykofarmaka.

Särskilt anmärkningsvärt är att 20 procent av gruppen använder antipsykotika, vilket är 25 gånger vanligare än för den övriga befolkningen. Av dessa 20 procent använder knappt hälften så kallade traditionella antipsykotika. Traditionella antipsykotika, som introducerades redan på 1950-talet, kan innebära en risk för epileptiska anfall genom att de har en kramptröskelsänkande effekt. Ungefär 25 procent av gruppen använder dessutom läkemedel mot epilepsi.

Många i undersökningsgruppen kan ha haft flera läkemedel under lång tid utan att läkemedelslistorna har reviderats och det finns risk för att läkemedel ackumuleras genom åren utan några omvärderingar av indikationer, biverkningar eller effekt.

Under hösten 2010 bearbetade Socialstyrelsen ytterligare uppgifter om förekomsten av tre eller fler psykofarmaka och dessa har publicerats inom ramen för öppna jämförelser inom socialtjänsten [18]. Vid analyserna framkom en 72-procentig korrelation på kommunnivå mellan andelen personer som förskrivs tre eller fler psykofarmaka i kommunen totalt respektive inom LSS. Det antyder att de höga förskrivningarna till den senare gruppen till viss del kan vara en återspeglning av höga förskrivningar generellt.

Självbestämmande och integritet i socialtjänsten

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. I detta avsnitt kommenteras Socialstyrelsens iakttagelser när det gäller tvångs- och begränsningsåtgärder i verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Även olika verktyg som stärker den enskildes inflytande uppmärksammas.

Begränsande åtgärder och metoder

Begränsnings- och tvångsåtgärder förekommer i verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Detta har uppmärksamats i de två senaste nationella rapporterna från länsstyrelsernas tillsyn [25]. I första hand handlar det om olika former av frihetsinskränkningar, såsom att begränsa tillgången

till gemensamma utrymmen i bostäder med särskild service, sätta upp grindar och hålla dörrar låsta eller införa institutionella regler och rutiner för olika aktiviteter. I sin tillsyn under 2010 uppmärksammade Socialstyrelsen att dessa åtgärder fortfarande används [26].

Tillsynen har även stött på nedläggning och fasthållning, men i mindre omfattning. Det har då handlat om att avbryta situationer där den enskilde riskerar att skada sig själv eller någon annan. I flertalet granskade fall av begränsningsåtgärder handlar det om att personalen ställs inför mycket svåra situationer som involverar personer med ett kraftigt utåtagerande beteende. Det är dock viktigt att skilja ut de situationer där begränsningsåtgärder används på grund av okunskap, personalbrist eller liknande och de situationer där personalen inte ser några som helst andra möjligheter.

Det förekommer också inslag av tvångsåtgärder i samband med konflikter mellan klienter och personal eller mellan klienter. Tvångsåtgärderna kan handla om ”nedläggning” eller om att stänga in personer i sina egna sovrum eller i särskilda ”timeout-rum”.

Begränsnings- och tvångsåtgärder innebär alltid en kränkning av den enskildes integritet, även om åtgärderna genomförs med hänsyn till den enskildes säkerhet eller till nödrätten.

Socialstyrelsen bedömer att verksamheterna behöver kunskapsstöd för att kunna hantera och undvika de aktuella situationerna. Det behövs både förtydliganden av vad som är juridiskt tillåtet och vilka arbetsmetoder som är lämpliga. Vidare måste personalen ha tillräcklig kompetens och rätt förhållningssätt, och därför är det viktigt att rekrytera utbildad personal och ge dem kontinuerlig handledning.

Fler genomförandeplaner ökar enskildas delaktighet

Inom hälso- och sjukvården visar forskning att patientens delaktighet i att planera och genomföra sin egen vård och behandling förbättrar vårdens resultat. Detta leder till slutsatsen att patienters och närståendes inflytande i den psykiatriska vården behöver öka [21]. Motsvarande förhållanden kan antas gälla även inom socialtjänsten. Ett sätt för enskilda att påverka utförandet av de insatser som ges i socialtjänsten, inklusive LSS, är delaktighet vid upprättandet av olika planer. De flesta länsstyrelser kunde i sin tillsyn 2008–2009 konstatera att införandet av genomförandeplaner i LSS-verksamheterna går långsamt [24]. Personalen känner inte alltid till syftet med planerna eller hur de ska upprättas och användas. Även i fall där det finns genomförandeplaner är det inte säkert att de följs upp eller används i det dagliga arbetet. Den enskildes delaktighet i upprättandet är också bristfällig. Två grupper där bristerna är tydliga är familjer med barn som har en funktionsnedsättning och personer med psykisk funktionsnedsättning.

Många föräldrar till barn med funktionsnedsättning uppger att de varken är delaktiga i planering eller uppföljning av insatserna för sina barn. Flera av dessa familjer upplever att de har svårt att få gehör för sina åsikter och förslag. Problemen gäller även barnen och de unga vars delaktighet ofta går via föräldrarna eller andra personer i deras närhet [13].

Från tillsynen av verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning rapporteras om bristande kvalitet i genomförandeplanerna. Det

framgår inte vilket behov som ska tillgodoses, på vilket sätt behovet ska tillgodoses, vad som är målet med insatsen eller när uppföljningen av planen ska ske [25].

Individuell plan enligt LSS upprättas på den enskildes begäran. Av en kartläggning som länsstyrelserna gjorde i april 2009 framgick att knappt 4 000 personer vid denna tidpunkt hade en individuell plan [28]. Detta motsvarar knappt 7 procent av samtliga med insatser enligt LSS, vilket är samma andel som vid Socialstyrelsens senaste mätning 2003. Skillnaderna mellan kommunerna är stora. Andelen personer med individuell plan varierade från 0–60 procent. I drygt 60 kommuner hade mindre än 2 procent av dem med LSS-insats en individuell plan. En tidigare brist är att den enskilde själv måste begära att en individuell plan enligt 10 § LSS upprättas. Från och med den 1 januari 2011 ska dock den enskilde erbjudas en individuell plan med planerade och beslutade insatser när en kommunal insats enligt LSS beviljas. Detta torde öka andelen upprättade individuella planer enligt 10 § LSS.

En annan aspekt på delaktighet är graden av valfrihet. Socialstyrelsen har följt upp de statliga stimulansbidragen till kommunerna i samband med valfrihets-reformen (se kapitel om utveckling inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för ytterligare beskrivning). Det framgår att av de 212 kommuner som beviljades stimulansbidrag hade 153 kommuner i oktober 2010 beslutat att införa LOV och 68 av dem hade valfrihetssystem i drift [15]. I de flesta kommuner har valfrihetssystemen varit i gång endast en kort tid, varför underlaget ännu är otillräckligt för att bedöma i vilken utsträckning och på vilket sätt valfrihetssystemen påverkar den enskildes reella valfrihet och livskvalitet. Valfrihetssystemet förutsätter att brukarna kan välja mellan flera utförare. Målgruppen personer med funktionsnedsättning är i många kommuner relativt liten. Underlaget för utförarnas verksamhet är då begränsat, vilket självfallet påverkar etableringsmöjligheterna. Det finns också risk för att personer med funktionsnedsättning inte kan göra välgrundade val i ett system som premierar valfrihet om inte informationen är anpassad till dem [29].

Bättre arbetsmetoder krävs för att inflytandet ska öka

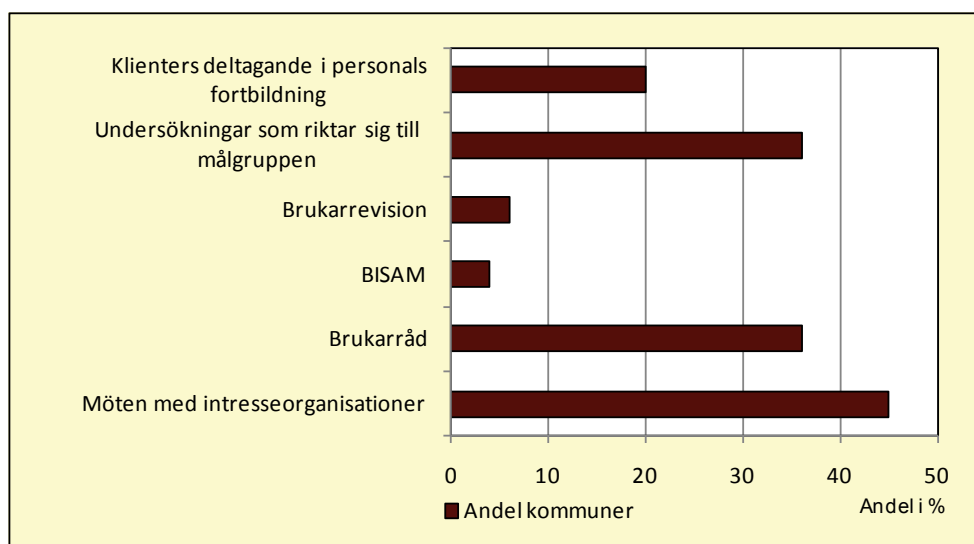
Erfarenheter och synpunkter från enskilda och deras anhöriga är viktiga kunskapskällor för verksamhetsutveckling. För att kommunens socialtjänst ska kunna samla in erfarenheter och synpunkter på ett systematiskt sätt måste det finnas etablerade former för detta. Inom ramen för 2010 års öppna jämförelser inom socialtjänsten redogörs för några av dessa mått.

Inflytande kan handla om att synpunkter på kommunal verksamhet samlas in under organiserade former från intresse- och anhörigorganisationer eller från anställda representanter för intresseorganisationer eller olika inflytandesamordnare (BISAM⁸). Det kan också handla om att systematiskt samla in berörda klienters synpunkter genom återkommande undersökningar eller brukarrevisioner.

⁸ Satsningen på brukarinflytandesamordnare, BISAM som inleddes inom ramen för Nationell psykiatrisamordnings inflytandeprojekt hösten 2006 och syftade till att stödja ett antal kommuner, landsting och föreningar att ta ansvar för frågor som rör inflytande.

Socialstyrelsen genomförde under 2009 en enkätundersökning i syfte att ge en bild av hur kommuner och stadsdelar arbetar för att stärka klienters och anhörigas inflytande över verksamheten. Resultaten visar att kommunerna behöver utveckla arbetsmetoder för att stärka inflytandet för målgruppen, se figur 6:11 [18].

Figur 6:11. Andel kommuner och stadsdelar som arbetar med olika metoder för att stärka delaktigheten för personer med psykisk funktionsnedsättning



N 311

Källa: Öppna jämförelser av socialtjänstens insatser till personer med funktionsnedsättning 2010, Socialstyrelsen.

Personliga ombud ökar självbestämmande och delaktighet

Personliga ombud är ett stöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Ombuden arbetar på uppdrag av sina klienter och deras generella uppdrag är att se till att personer med psykisk funktionsnedsättning får sina behov tillgodosedda utifrån sina lagliga rättigheter. Det handlar till exempel om att:

- samordna insatser för den enskilde
- hjälpa till i kontakter med olika myndigheter
- bistå med upprättandet av en individuell vård- och serviceplan
- kartlägga vård- och servicebehov
- arbeta uppsökande
- se till att den enskilde får del av den vård som han eller hon har rätt till.

Sedan 2000 har Socialstyrelsen haft regeringens uppdrag att fördela statsbidrag för verksamhet med personligt ombud (PO) för vissa personer med psykisk funktionsnedsättning. Under 2009 fanns ”PO -verksamheter” i totalt 250 av landets 290 kommuner och sammanlagt fanns drygt 320 tjänster i 104 verksamheter [30]. Antalet personer som har personligt ombud har nästan tredubblats sedan 2002. Uppskattningar pekar på att under ett år har cirka 6 000 personer haft ett personligt ombud, under längre eller kortare peri-

oder. En grov uppskattning visar att mellan 25 000 och 35 000 personer har funnits i verksamheterna sedan starten 2000.

Utvärderingar tyder på att ombudens arbete är samhällsekonomiskt lönsamt. Av en jämförelse mellan 2004 och 2007 framgick att den slutna psykiatriska vården minskade för dem som hade PO, medan SoL och LSS-insatser och vård i öppna vårdformer ökade. Enligt länsstyrelsernas redovisning för 2009 sökte fler arbetslösa, yngre personer med psykisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa än tidigare kontakt med ombudsverksamheten.

De enskilda ombuden har en betydelsefull roll. De kan tillsammans med ledningsgrupperna identifiera och undanröja så kallade systembrister i vården och i stödet till personer med psykisk funktionsnedsättning [31]. Ett systematiskt arbete kan dels stödja kvalitetsutvecklingen generellt, dels bryta enskilda personers maktlöshet.

Helhetssyn, samordning och kontinuitet

Personer med funktionsnedsättning får många gånger stöd från flera aktörer, vilket ställer krav på helhetssyn och samordning. I följande avsnitt konstateras att samverkan kring barn och unga med vissa funktionsnedsättningar fortfarande brister, men att allt fler kommuner och landsting upprättar gemensamma riktlinjer för habilitering och rehabilitering.

Bristande samverkan drabbar barn med neuropsykiatriska tillstånd

Olika instanser inom socialtjänsten hänvisar ofta till varandra om det finns barn med funktionsnedsättning i en familj, och det finns många exempel på situationer då det inte är självklart vem som tar eller ska ta ansvar. För vissa grupper är risken att falla mellan stolarna särskilt stor. Nästan alla länsstyrelser fann i sin tillsyn under 2008 och 2009 exempel på hur barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller autismspektrumstörningar råkar ut för detta [25]. Orsakerna var brister i samverkan mellan de kommunala förvaltningarna och mellan nämnderna. De berörda personerna bollades mellan individ- och familjeomsorgen och handikappomsorgen i stället för att få det samlade stöd som de behövde.

Gemensamma riktlinjer för rehabilitering och habilitering blir allt vanligare

Socialstyrelsen har i en vägledning redovisat sin syn på samverkan, helhetssyn och livskvalitet inom habilitering och rehabilitering. Dessutom redovisas kunskap och beprövad erfarenhet om vad som främjar respektive hindrar en framgångsrik, gränsöverskridande samverkan [32]. Förhoppningen är att vägledningen ska vara ett stöd för huvudmännen i planeringen utifrån forskrifterna och de allmänna råden om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. I dessa ställs krav på att kommuner och landsting gemensamt ska utforma riktlinjer för sådan samordning [32].

I oktober 2008 inledde Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ett samarbete för att, utifrån sina respektive uppdrag och perspektiv, stödja utvecklingen mot en fungerande samverkan mellan kommuner och landsting i habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter. Målet för detta samarbete uttrycks på följande sätt:

”Samverkande rehabilitering/habilitering erbjuds på ett sådant sätt att stöd och insatser präglas av helhetssyn och överensstämmer med den enskildes behov. Insatser ges i rätt tid och på rätt sätt vilket svarar både mot god etik och samhällsekonomiskt ansvarstagande”.

Två år senare, i oktober 2010, hade arbetet med gemensamma riktlinjer mellan kommuner och landsting påbörjats i alla landsting utom två.

Rättssäker socialtjänst

Det är angeläget att kommunernas myndighetsutövning är sådan att missförhållanden inte bara undviks, utan också upptäcks och åtgärdas så fort som möjligt. Det är också viktigt att den enskilde inte drabbas negativt. Nedanstående avsnitt lyfter fram några aspekter, bland annat att tidigare uppmärksammade åtstramningarna fortsätter och att väntetider från beslut till verkställighet många gånger är oskäligt långa.

Tecken på åtstramningar

Även om kommunernas insatser till målgruppen har ökat både mätt i antalet personer som får insatser och i kostnader är det inte samma sak som att kostnaderna för varje enskild insats har ökat, vilket framgår tidigare i kapitlet, i avsnittet socialtjänstens kostnader. I en rapport över länsstyrelsernas tillsyn år 2008–2009 konstateras att det på flera håll finns tecken på en nedrustning eller åtstramning [25]. Exempel som ges är bland annat att fungerande gruppboendestäder läggs ned för att flyttas till större enheter, att enhetschefer finns inte på plats för att kunna ge personalen vägledning i arbetet och att det saknas fortbildning och handledning till både handläggare och personal i verksamheterna.

Socialstyrelsen kunde i sin tillsyn under 2010 konstatera att denna utveckling fortsätter, inom både LSS och SoL [26]. Vidare förekommer att boenden för personer med funktionsnedsättning ”byggs ihop” med äldreboenden vilket ger en institutionell prägel. Det händer även att boenden är belägna långt från service och allmänna kommunikationer. Effekterna av en sådan nedrustning riskerar att leda till ”återinstitutionalisering”, vilket bland annat visar sig i införandet av institutionella rutiner och otillåtna begränsningsåtgärder.

Långa väntetider från beslut till verkställighet

Att enskilda får sina beslut verkställda inom rimlig tid och på så sätt undvika långa väntetider är en angelägen rättssäkerhetsfråga. Numera rapporterar kommunerna regelbundet till Socialstyrelsen alla beslut som inte har verk-

ställt inom tre månader. Vid årsskiftet 2008/2009 rapporterades anmärkningsvärt många sådana beslut enligt LSS, 2 100 stycken [25]. Över hälften av de personer som berördes av LSS-besluten hade väntat mer än sex månader på att få sina insatser verkställda. Långa väntetider är vanligast vid insatserna kontaktperson och bostad med särskild service för vuxna.

I länsstyrelsernas tillsynsverksamhet har även andra tecken på rättsosäkerhet uppmärksamats [25]. Enskilda personer kan till exempel uppmanas att avvakta med att lämna in sin ansökan tills kommunen kan tillhandahålla insatsen. Det förekommer också att insatser beviljas utan laglig grund, vilket främst gäller insatsen bostad med särskild service för vuxna. Denna insats kan till exempel beviljas till personer som bara har behov av stöd och service. De bor kvar i sina egna lägenheter, som de själva har skaffat och får en insats som mest kan liknas vid boendestöd enligt SoL, medan det i beslutet kan stå att de har beviljats ”bostad med särskild service enligt LSS i form av boendestöd”.

En annan variant är när en och samma person samtidigt beviljas bostad med särskild service enligt LSS och boendestöd enligt SoL. Personen får i sådana fall ”dubbla” beslut när det gäller själva stödet, eftersom det i LSS-beslutet om bostad med särskild service ingår både omvårdnad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter. Det kan finnas olika anledningar till de felaktiga besluten, alltifrån att kommunerna har börjat betrakta ”personlig service med boendestöd” som en lagstadgad insats till att besluten faktiskt påverkar utfallet av kostnadsutjämningsystemet⁹ [25].

⁹ Lagen (2008:342) om utjämnning av kostnader för stöd och service till vissa funktionshindrade.