

Vård, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Ökningen av personlig assistans och assistansersättning har avstannat, och under 2011 har assistansen upphört för ungefär 1 300 personer. Assistansen är unik i sin utformning jämfört med andra insatser, både när det gäller självbestämmande och främjandet av delaktighet. Socialstyrelsen kommer därför att fortsatt följa utvecklingen och vad som händer med de personer vars assistans upphört.
- Sjukvården för personer med funktionsnedsättning är inte jämlik. Kvinnor som får insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, löper en nästan fördubblad risk att dö i bröstcancer jämfört med andra bröstcancerpatienter. En anledning kan vara att de får sin diagnos i ett senare skede. Socialtjänstens personal behöver därför i högre utsträckning uppmärksamma gruppens sjukvårdsbehov, exempelvis i samverkan med personal från vårdsektorn. Funktionshindersperspektivet behöver dessutom få ett större genomslag i arbetet med att göra vården mer patientfokuserad.
- Antalet ärenden påverkar socialtjänstens myndighetsutövning. Ju fler ärenden varje handläggare har, desto färre beslut följs upp regelbundet. Var fjärde kommun med få ärenden per handläggare följer upp majoriteten sina beslut, medan motsvarande andel bland kommuner med många ärenden per handläggare bara var 9 procent. Denna brist i uppföljningen av beslut påverkar den enskilde på flera sätt, framför allt finns det en risk att kvaliteten i stödet påverkas negativt.
- Få personer med insatsen daglig verksamhet går vidare till lönearbete. Förutsättningarna för sådana övergångar är begränsade, dels på grund av bristande uppföljning inom socialtjänsten, dels på grund av bristande samverkan mellan socialtjänsten och Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan. Socialstyrelsen vill dock peka på att för vissa personer med funktionsnedsättning kan daglig verksamhet vara det bästa alternativet. Kvalitetsarbetet inom daglig verksamhet måste därför pågå parallellt med arbetet för att möjliggöra fler övergångar till lönearbete.
- Brister i personalens bemötande och att beviljade insatser inte utförs är två av de vanligaste anmälningsorsakerna till allvarliga missförhållanden inom socialtjänstens verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning. Dessutom förekommer även psykiska och fysiska övergrepp från personal. Verksamheterna vidtar för det mesta flera åtgärder för att komma till rätta med missförhållandena, och Socialstyrelsen fattar beslut om åtgärd endast i ett fåtal ärenden.

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av det stöd som ges till personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt det stöd som ges som assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, SFB. Vi berör även vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

I kapitlet redogörs bland annat för utvecklingen inom olika kvalitetsområden, till exempel jämlik vård, självbestämmande, tillgänglighet och rättsäker socialtjänst.

Barn med funktionsnedsättning berörs inte i detta kapitel, eftersom Socialstyrelsen kommer att publicera två mer omfattande rapporter om barn och unga. Frågor som rör kompetens berörs inte heller i detta kapitel, utan diskuteras i stället i kapitlet *Kompetens och kompetensförsörjning*. Kostnaderna för stöd till personer med funktionsnedsättning diskuteras i kapitlet *Ekonomiska analyser*.

Om gruppen personer med funktionsnedsättning

Med funktionsnedsättning avser Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av sjukdom, annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur. Vi använder oss även av begreppet funktionshinder, dels när vi vill beskriva begränsningar som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, dels när vi avser politikområdet.

Alla personer med funktionsnedsättning får inte insatser. Vissa har ansökt om insatser men fått avslag, andra har av olika skäl inte ansökt trots att de skulle behöva stöd. Det här avsnittet är avgränsat till de personer med funktionsnedsättning som får insatser.

På flera ställen i detta kapitel hänvisas till personkretsar. Det är ett begrepp som i detta sammanhang syftar på tre olika grupper som definieras i 1 § LSS.

1. Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd.
2. Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter en hjärnskada i vuxen ålder som har orsakats av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
3. Personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och orsakar betydande svårigheter i personens dagliga livsföring och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Omfattning och utveckling av stöd och insatser

Socialtjänstlagen, SoL, reglerar insatser till alla invånare som inte kan få sina behov tillgodosedda på annat sätt, oavsett ålder. Personer med funktionsnedsättning kan alltså få insatser enligt SoL, men vissa av dem har dess-

sutom rätt till insatser enligt LSS. I detta avsnitt redogör vi för omfattningen och utvecklingen av insatser enligt dessa två lagar.

Personlig assistans kan beviljas enligt två lagar: personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt 51 kap. SFB. Socialstyrelsen för statistik om den förra insatsen och Försäkringskassan om den senare. I denna lägesrapport för 2013 har Socialstyrelsen samkört uppgifter om de två insatserna, för att bättre kunna resonera om deras omfattning och utveckling. I avsnittet *Ökningen av personlig assistans har avstannat* presenterar vi dessa samkörda uppgifter.

Vanligt med stöd i det egna hemmet

Inom ramen för SoL kan personer med funktionsnedsättning beviljas till exempel hemtjänst eller boendestöd. År 2011 fick 16 600 personer hemtjänst och ungefär 17 500 personer hade boendestöd (tabell 5:1).

Individuellt biståndsprövad hemtjänst kan ges såväl i det egna hemmet (så kallat ordinärt boende) som i ett gruppboende (så kallat särskilt boende). I begreppet hemtjänst ingår också avlösning av anhörigvårdare, men i detta kapitel avser vi endast individuellt biståndsprövad hemtjänst.

Med boendestöd avses stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper, bland annat personer med psykisk funktionsnedsättning. Boendestöd kan vara både ett praktiskt och ett socialt stöd, som syftar till att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället.

Åldersfördelningen skiljer sig mellan de båda insatserna. Hemtjänst är vanligast bland personer i åldern 45–64 år, medan boendestöd i stort sett är lika vanligt i alla åldrar (tabell 5:1). Båda insatserna är dock relativt ovanliga bland personer under 20 år.

Tabell 5:1. Antal insatser enligt SoL 2011, uppdelat på ålder och kön.

Ålder	Kvinnor			Män			Totalt antal insatser
	0–19	20–44	45–64	0–19	20–44	45–64	
Särskilt boende	8	331	1 441	15	541	2 001	4 337
Hemtjänst i ordinärt boende	141	1 982	6 603	237	1 497	6 113	16 573
Boendestöd	114	4 421	4 227	131	4 443	4 167	17 503
Totalt antal insatser	263	6 734	12 271	383	6 481	12 281	38 413

Källa: Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg 1 oktober 2011, Socialstyrelsen (2012).

Personer med funktionsnedsättning kan även beviljas särskilt boende enligt SoL. År 2011 bodde cirka 4 300 personer i särskilt boende. Antalet personer med funktionsnedsättning som får heldygnsomsorg är alltså lägre än antalet som får stöd i det egna hemmet. Här avses gruppboenden som kommunerna ska inrätta för människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter

betydande svårigheter i sin livsföring och som till följd av dessa svårigheter behöver ett sådant boende, enligt 5 kap. 7 § SoL.

Fler män än kvinnor bor i särskilt boende, och fler äldre än yngre. Det totala antalet ökar med stigande ålder och de som är 55–64 år utgör 55 procent av dem som får denna insats.

Daglig verksamhet är fortfarande den vanligaste LSS-insatsen

År 2011 fick drygt 63 300 personer en eller flera insatser enligt LSS (tabell 5:2). Det totala antalet insatser var 107 700. Den i särklass vanligaste insatsen var daglig verksamhet, som ungefär 30 000 personer var beviljade.

Fler män än kvinnor får insatser enligt LSS, och det gäller för alla insatser. Särskilt stor är skillnaden när det gäller korttidsvistelse, avlösarservice och korttidstillsyn, där två tredjedelar av insatserna ges till pojkar och män. Dessa insatser är även vanligast bland yngre personer.

Tabell 5:2. Antal personer 2011 med insatser enligt LSS uppdelat på kön och ålder, avrundade värden.

	Kvinnor			Män			Totalt antal insatser
	0–22	23–64	65–	0–22	23–64	65–	
Personlig assistans	400	1 160	260	520	1 160	260	3 760
Ledsagarservice	1 380	2 050	560	2 380	2 340	450	9 160
Kontaktperson	1 630	6 440	890	2 230	7 410	860	19 460
Avlösarservice	1 040	90	20	2 130	90	30	3 400
Korttidsvistelse	3 130	490	15	5 500	690	50	9 875
Korttidstillsyn	1 870	0	0	3 140	0	0	5 010
Boende, barn	480	4	0	840	8	0	1 332
Boende, vuxna	520	8 360	1 400	750	11 300	1 600	23 930
Daglig verksamhet	1 220	11 740	520	1 770	15 330	570	31 150
Totalt antal insatser	11 670	30 334	3 665	19 260	38 328	3 820	107 700

Källa: *Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2011* (2012).

Könsskillnaderna har funnits under många år, och 2010 presenterade Socialstyrelsen fördjupade analyser av de bakomliggande orsakerna [1]. I analyserna studerade vi könsskillnader i vilka som får vissa diagnoser såsom utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd, ryggmärgsskador, cerebral pares (cp), ryggmärgsbräck och Downs syndrom. Resultaten visade att könsskillnaderna i antal insatser delvis kan förklaras av att antalet pojkar och män med dessa diagnoser är fler än antalet flickor och kvinnor. En annan möjlig förklaring till könsskillnaderna är att handläggare bedömer behoven hos män och kvinnor olika.

Insatser enligt SoL ökar mer än insatser enligt LSS

Socialtjänsten beviljar alltmer stöd till personer med funktionsnedsättning. Sedan 2007 har antalet beviljade insatser enligt SoL ökat med 21 procent⁶ men insatser enligt LSS ökat med 8 procent⁷ (tabell 5:3). Ökningen gäller inte alla insatser, utan framför allt boendestöd enligt SoL, bostad med särskild service till vuxna enligt LSS samt daglig verksamhet enligt LSS.

När det gäller insatserna enligt LSS ökar även antalet personer som får dem. År 2011 fick 63 300 personer en eller flera insatser enligt LSS, vilket motsvarar en ökning med 11 procent sedan 2007.

I sammanhanget är det även intressant att nämna att kostnaderna per person i särskilt boende enligt SoL ökar⁸, vilket kan bero på att de boende har ett större vårdbehov än tidigare. Mer om detta finns att läsa i kapitlet om ekonomiska analyser.

Tabell 5:3. Antal insatser enligt SoL och LSS år 2007–2011, avrundade värden.

	2007	2008	2009	2010	2011	Förändring 2007–2011 (%)
Insats enligt LSS eller assistansersättning						
Personlig assistans	3 340	3 500	3 360	3 560	3 760	+12,5
Ledsagarservice	9 660	9 660	9 640	9 290	9 160	+0,05
Kontaktperson	18 000	18 420	19 150	19 500	19 460	+1
Avlösarservice	3 370	3 349	3 380	3 390	3 390	+0
Korttidsvistelse	10 120	10 230	9 980	10 010	9 880	-2
Korttidstillsyn	5 080	5 170	5 140	5 160	5 010	-1
Boende, barn	1 290	1 398	1 430	1 440	1 330	+3
Boende, vuxna	21 600	22 320	22 870	23 430	23 920	+11
Daglig verksamhet	27 000	28 080	28 970	30 250	31 150	+15
Insatser enligt SoL						
Särskilt boende	4400	4510	-	4280	4340	-1
Hemtjänst i ordinärt boende	16 800	16 800	-	16 670	16 580	-1
Boendestöd	10 630	12 170	-	15 130	17 500	+65

Källa: Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – insatser enligt LSS 2007 (2008), Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – insatser enligt LSS 2008 (2009), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2009 (2010), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2010 (2011), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2011 (2012), Funktionshindrade personer år 2007 – Kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen (2008), Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – vård och omsorg den 30 juni 2008, Kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen (2009), Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 november 2010 (2011), Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 oktober 2011 (2012).

Ökningen av personlig assistans och assistansersättning har avstannat

År 2011 fick cirka 19 300 personer assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken eller personlig assistans enligt LSS, visar Socialstyrelsens be-

⁶ Hemtjänst, boendestöd och särskilt boende.

⁷ Exklusive insatsen råd och stöd

⁸ För personer upp till 64 år.

arbetning av registeruppgifter (tabell 5:4). Uppgiften avser antalet unika personer som fick någon av dessa insatser. Av samtliga 19 300 personer fick 216 personer både assistansersättning och personlig assistans, men i detta avsnitt räknas alltså dessa personer bara en gång.

Tabell 5:4. Antal personer med personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken, 2004–2011, uppdelat på ålder och kön, avrundade värden.

Ålder	2004		2007		2010		2011	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0–19	1 400	1 800	1 500	2 200	1 700	2 400	1 600	2 400
20–44	2 400	3 000	2 600	3 200	2 700	3 400	2 700	3 400
45–64	3 000	2 900	3 400	3 100	3 200	3 100	3 100	3 100
65–	700	600	1 000	1 000	1 400	1 400	1 500	1 400
Totalt	7 500	8 300	8 500	9 500	9 000	10 300	9 000	10 300

Uppgifterna för 2004–2010 bygger på uppgifter som Socialstyrelsen beställde från Försäkringskassan 2011. Uppgifterna från 2011 bygger på uppgifter som Socialstyrelsen beställde 2012.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning (2012).

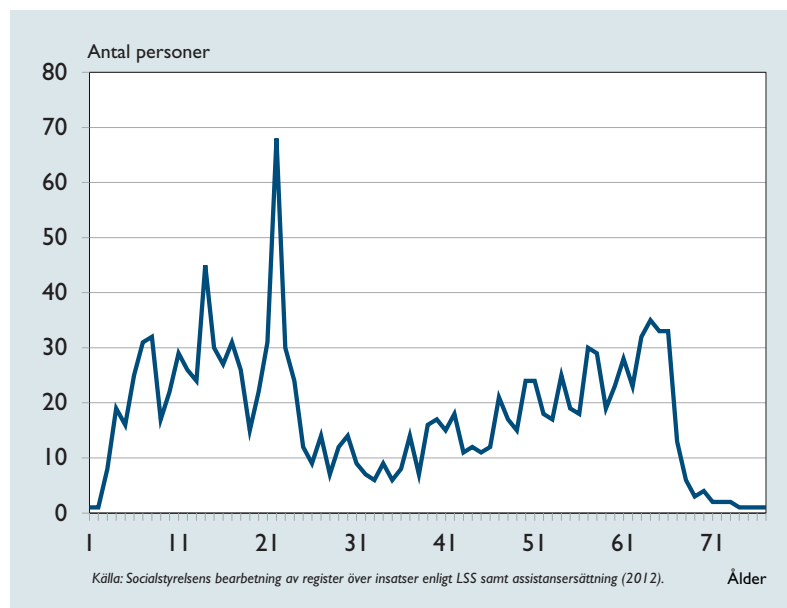
Den tidigare ökningen av antalet personer med personlig assistans eller assistansersättning börjar nu avstanna. Under åren 2004–2010 ökade antalet personer med 20 procent, men mellan 2010 och 2011 skedde ingen större ökning. Antalet personer var drygt 19 000 båda dessa år. I nuläget kan vi dock inte bedöma om den avstannade ökningen är tillfällig.

I kapitlet *Ekonomiska analyser* konstaterar Socialstyrelsen dessutom att den tidigare kostnadsökningen för assistansen nu börjar plana ut. Detta kan ha flera orsaker, exempelvis att det genomsnittliga antalet assistanstimmar per person minskar. Det går därför inte att koppla den utvecklingen till att antalet personer som får insatsen har slutat att öka. Men det är likväl intressant att såväl kostnadsutvecklingen som den tidigare ökningen av antalet personer nu avstannat.

Under 2011 fattades emellertid 1 500 nya beslut om assistansersättning eller personlig assistans.⁹ Diagram 5:1 visar att många av de nya besluten avser personer i åldern 10–20 år samt personer i 60-årsåldern.

⁹ Med nytt beslut avses personer som fick assistansersättning eller personlig assistans 2011, men inte 2010.

Diagram 5:1. Antal personer som hade assistansersättning eller personlig assistans enligt LSS år 2011 men inte år 2010, uppdelat på ålder.



Antalet personer som får insatsen ökar alltså inte nämnvärt, trots att fler får beslut om den. Detta betyder att det finns personer vars assistansersättning eller personliga assistans har upphört under året. Socialstyrelsens bearbetningar visar mycket riktigt att assistansen upphörde för 1 251 personer mellan 2010 och 2011. Dessa personer finns i alla åldersgrupper:

- 0–19 år: 183 personer
- 20–44 år: 295 personer
- 45–64 år: 465 personer
- 65– år: 308 personer.

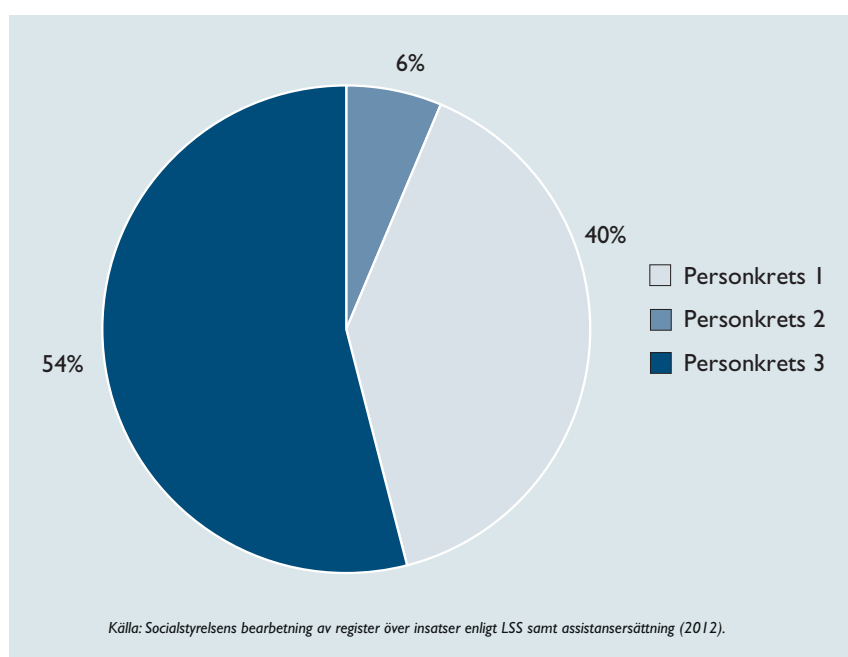
År 2011 fick knappt 300 av dessa 1 251 personer en eller flera andra insatser enligt LSS, varav boende och ledsagarservice var vanligast (137 respektive 59 personer). Majoriteten fick dock ingen insats enligt LSS alls (965 personer).

Personlig assistans är en insats som är unik i sin utformning, vad gäller självbestämmande och delaktighetsskapande, och den kan endast i mycket begränsad utsträckning ersättas av andra stöd, utan att personens delaktighet och självbestämmande begränsas kraftigt. Det är därför viktigt att även följa den grupp som har haft men inte längre får assistansersättning eller personlig assistans. En viss andel av dessa personer har sannolikt inte längre assistans på grund av ett förändrat vårdbehov, hög ålder eller för att de har avlidit. Andra kan ha fått sin assistans indragen till följd av fusk eller överutnyttjande. Ett annat skäl kan vara att rättpraxis på området har skärpts. Socialstyrelsen bedömer likväl att det är nödvändigt att göra fortsatta analyser, och vi kommer att fortsätta följa utvecklingen och analyserna av vilket stöd som i stället ges till dessa personer.

Nästan hälften av de assistansberättigade tillhör personkrets 1

En av personlig assistans viktigaste utgångspunkter är den enskildes självbestämmande. Personer med funktionsnedsättning har många gånger begränsade förutsättningar att kunna bestämma själva, till exempel på grund av kommunikationssvårigheter eller en intellektuell funktionsnedsättning. Diagram 5:2 visar att andelen assistansberättigade som tillhör personkrets 1 utgör 40 procent av samtliga personer med assistans. Inom denna personkrets finns många med begränsad förmåga till självbestämmande. Denna grupp assistansberättigade ställer därför särskilda krav på utförare och enskilda assistenter när det gäller att skapa förutsättningar för självbestämmande.

Diagram 5:2. Andelen assistansberättigade som tillhör personkrets 1, 2 och 3, 2011.



Tillgänglig socialtjänst

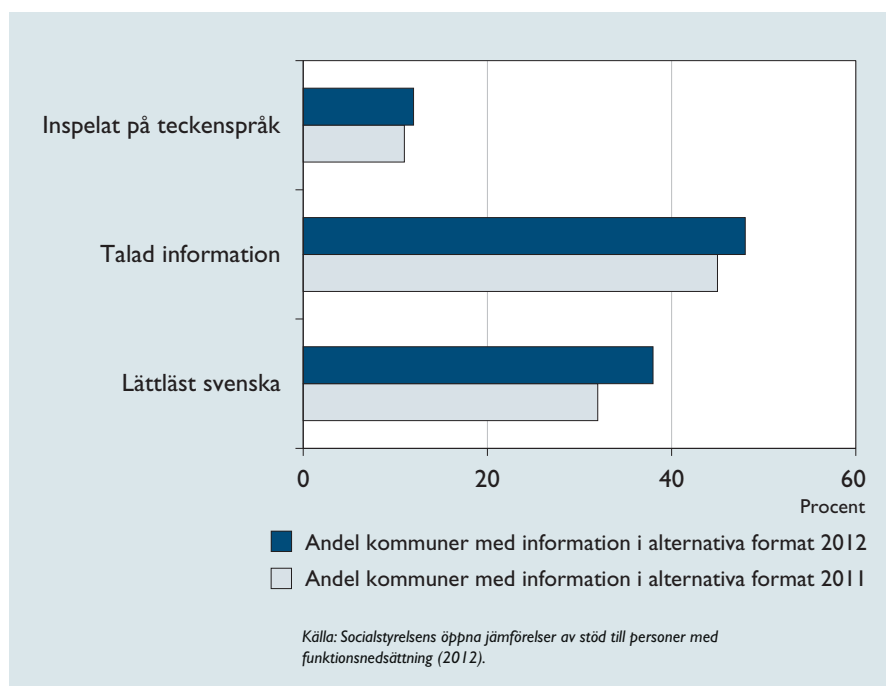
Det är viktigt att information om socialtjänstens insatser är tillgänglig för alla medborgare. I nedanstående avsnitt redovisar Socialstyrelsen hur tillgänglig informationen är för personer med funktionsnedsättning. Vi berör även den fysiska tillgängligheten i dagliga verksamheter och i boenden.

Kommunernas webbplatser blir alltmer tillgängliga

Tillgången till anpassad information för personer med funktionsnedsättning är fortfarande begränsad, både när det gäller lättläst svenska, teckenspråk och uppläst information (diagram 5:3). Under det senaste året har det dock skett vissa förbättringar. Det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd och insatser till personer med funktionsnedsättning.

Otillgänglig information kan innebära att det blir svårt för personer med funktionsnedsättning att få kunskap om vilket stöd de har rätt till eller vem de ska vända sig till med sina frågor. Socialstyrelsen bedömer att den bristande tillgängligheten för personer med hörselnedsättning är särskilt anmärkningsvärd; endast 11 procent av kommunerna har information om insatser enligt LSS inspelad på teckenspråk på sin webbplats.

Diagram 5:3. Andelen kommuner som har information i alternativa format på sin webbplats, 2011 och 2012.



Tillgängligheten är också begränsad i bostäder med särskild service och i dagliga verksamheter. Knappt 40 procent av samtliga boenden och dagliga verksamheter har inventerat sina lokaler ur ett tillgänglighetsperspektiv [2]. Även denna låga andel är anmärkningsvärd, eftersom detta är lokaler och verksamheter som riktar sig specifikt till personer med en funktionsnedsättning. Sannolikt är verksamheterna till viss del ändå tillgängliga för dessa personer. Men en inventering innebär att verksamheten gör en systematisk genomgång, vilket minimerar risken att man förbiser vissa aspekter av tillgänglighet (till exempel tillgänglighet för personer med synnedsättning eller kognitiv nedsättning).

Jämlik vård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för hur jämlik vården är för personer som får insatser enligt LSS. Studien som vi presenterar är en fortsättning på Socialstyrelsens analyser från 2010, som också fokuserade på sjukvård för personer med psykisk funktionsnedsättning [3].

En av de studierna handlade om vård och hälsoutfall vid cancer, vilket även är fokus för nedanstående studie.

Personer som får insatser enligt LSS dör oftare av cancer

Många personer med funktionsnedsättning som insjuknar i cancer har sämre chanser att bli friska än övriga patienter med cancer. Socialstyrelsens analyser visar att om personer med insatser enligt LSS insjuknar i cancer så dör de i högre utsträckning jämfört med andra cancerpatienter. Tabell 5:5 visar att hos denna grupp är risken att dö mer än fördubblad jämfört med hos övriga cancerpatienter (riskkvoterna 2,34 respektive 1,0 visar denna fördubbling). Personer med funktionsnedsättning har många gånger sämre hälsa till följd av funktionsnedsättningen, och det är därför viktigt att i statistiken utesluta andra dödsorsaker än just cancer. Tabell 5:5 visar att även när vi utesluter andra dödsorsaker än cancer (så kallad orsaksspecifik dödlighet), så kvarstår en mer än fördubblad risk att dö för personer med LSS-insatser.

Tabell 5:5. Relativa risker för total dödlighet i cancer, orsaksspecifik dödlighet och dödlighet i bröstcancer, hos personer med insatser enligt LSS jämfört med övriga patienter.

	IRR
Total dödlighet i cancer	
Personer med LSS-insatser	2,34
Övriga cancerpatienter	1
Orsaksspecifik dödlighet	
Personer med LSS-insatser	2,17
Övriga cancerpatienter	1
Dödlighet i bröstcancer	
Kvinnor med insatser enligt LSS	1,66
Övriga kvinnliga bröstcancerpatienter	1

IRR = incidence rate ratio

Källa: Socialstyrelsens patientregister och registret över insatser enligt LSS (2012).

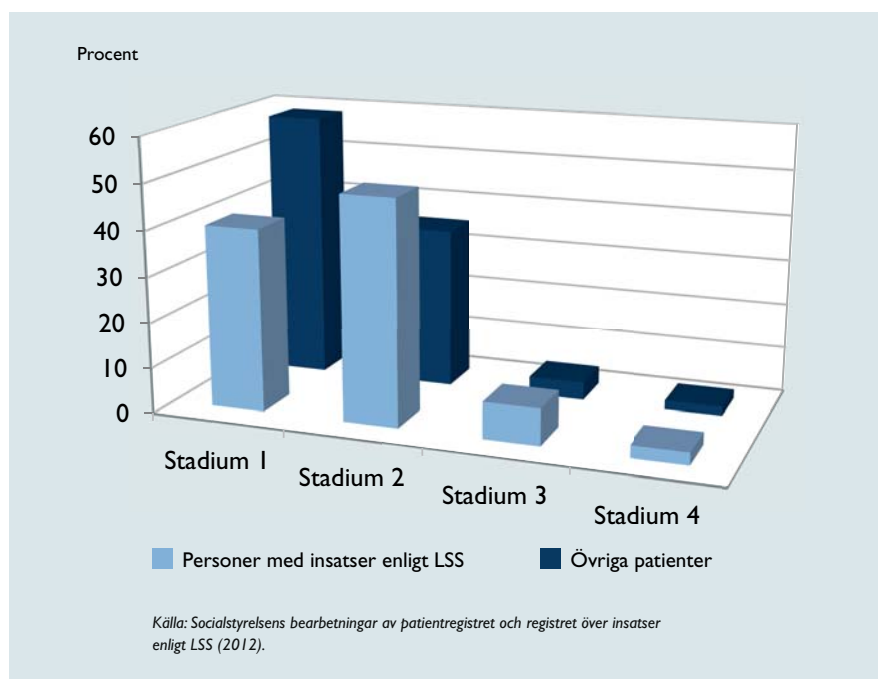
Att personer som får insatser enligt LSS i högre grad dör av sin cancer skulle kunna bero på att de får vård senare på grund av att cancer upptäcks i ett senare skede. Därför har Socialstyrelsen även analyserat hur långt cancer fortskridit vid tidpunkten för diagnos. Vi valde då att studera bröstcancer eftersom detta är en cancerform som hälso- och sjukvården aktivt screenar genom att bjuda in kvinnor till mammografiundersökning. Screening med mammografi har visat sig reducera dödligheten i sjukdomen väsentligt.

Kvinnor med insatser enligt LSS som insjuknar i bröstcancer får oftare sin diagnos i ett senare skede än andra bröstcancerpatienter.¹⁰ Diagram 5:4 visar att det är vanligare att dessa kvinnor får sin diagnos i stadium 3–4, medan det är vanligare att övriga bröstcancerpatienter får sin diagnos i stadium 1.¹¹

¹⁰ Analyserna avser kvinnor i ålder 40–49 år.

¹¹ Stadie 1 är det mest gynnsamma stadiet.

Diagram 5:4. Tidpunkten för bröstcancerdiagnos för patienter med insatser enligt LSS och för övriga patienter (referens). Den vertikala axeln visar andel (%) patienter som får sin diagnos och den horisontala axeln de olika stadierna av bröstcancer.



Kvinnor med insatser enligt LSS får alltså många gånger sin diagnos och behandling i ett senare stadium än övriga bröstcancerpatienter. De riskerar därför en sämre prognos än övriga patienter med bröstcancer. Resultaten indikerar att kvinnor med insatser enligt LSS troligen inte går på screening i samma utsträckning som andra kvinnor.

Resultaten för kvinnor med insatser enligt LSS liknar motsvarande resultat för kvinnor med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Även de kvinnorna får sin bröstcancerdiagnos i ett senare skede än övriga cancerpatienter [3].

Vården och dess behandlingsresultat vid cancer är bara ett exempel på hur ojämlik vården kan vara för personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen kommer därför att fortsätta studera jämlikheten i sjukvården för personer med funktionsnedsättning, även när det gäller andra sjukdomstillstånd än cancer.

Svårigheter att föra sin egen talan kan göra vården ojämlik

Sjukvård för personer som får insatser enligt LSS är en angelägenhet för både hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom socialtjänsten, det pekar resultaten i ovanstående avsnitt på. Många i gruppen har företrädare, till exempel i form av socialtjänstpersonal eller god man. Många har dessutom kognitiva svårigheter eller andra svårigheter, som gör det svårt för dem att föra sin egen talan. Ovanstående resultat om dödlighet och vård vid cancer pekar på behovet av kompetens, samverkan mellan socialtjänstpersonal och hälso- och sjukvårdspersonal, till exempel i form av förbättrade rutiner

på boenden. Men det handlar troligen också om att funktionshindersperspektivet behöver få ett större genomslag inom hälso- och sjukvården. Vårdpersonal behöver uppmärksamma särskilda behov hos personer med funktionsnedsättning för att på så sätt förbättra bemötandet.

Att personer med funktionsnedsättning får ett bra bemötande är således en viktig förutsättning för att vården ska bli mer jämlik. I sin handbok om patientfokuserad vård lyfter Socialstyrelsen fram vad som krävs av vårdpersonalen när patienten har nedsatt autonomi, till exempel en utvecklingsstörning:

En utvecklingsstörning kan finnas samtidigt med flera andra typer av funktionsnedsättningar vilket ställer särskilda krav på både information och kontinuitet. Ett gott bemötande förutsätter god kunskap om funktionsnedsättningens konsekvenser vid planering och genomförande av vården. Utvecklingsstörningen kan göra det svårt för personen att uttrycka sina symtom på ett tydligt sätt och här blir informationen från och till närstående, personal eller andra som känner personen viktig. All information behöver ges på ett så enkelt och konkret sätt som möjligt och utifrån patientens förmåga att förstå och ta del av information. I vissa situationer kan det vara aktuellt med tolkstöd eller olika kognitiva hjälpmedel. Det är ofta en fördel om besök i hälso- och sjukvården kan förberedas eller att man ibland överväger hembesök. Andra rutiner kan vara att sätta av extra tid för konsultation och undersökning eller dela upp åtgärderna på flera tillfällen [4].

För att hälso- och sjukvården ska bli mer jämlik för personer med funktionsnedsättning behöver den även vara tillgänglig. Socialstyrelsen har tidigare i en annan rapport uppmärksammat att tillgängligheten hos vårdcentraler är låg för denna grupp. Mindre än 10 procent av vårdcentralerna hade till exempel anpassat sina lokaler för hörselskadade och cirka 30 procent hade rutiner för att förlänga besökstider [5]. Denna bristande tillgänglighet riskerar att göra det ännu svårare för personer med funktionsnedsättning att få vård. Det kan ta längre tid, och i värsta fall kan bristerna helt utestänga dessa personer från att söka vård och stöd på samma villkor som den övriga befolkningen.

Likvärdig socialtjänst

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för skillnader mellan landets kommuner när det gäller myndighetsutövning, till exempel hur mängden ärenden påverkar uppföljningen av beslut.

Stora kommunala skillnader i antal ärenden per handläggare

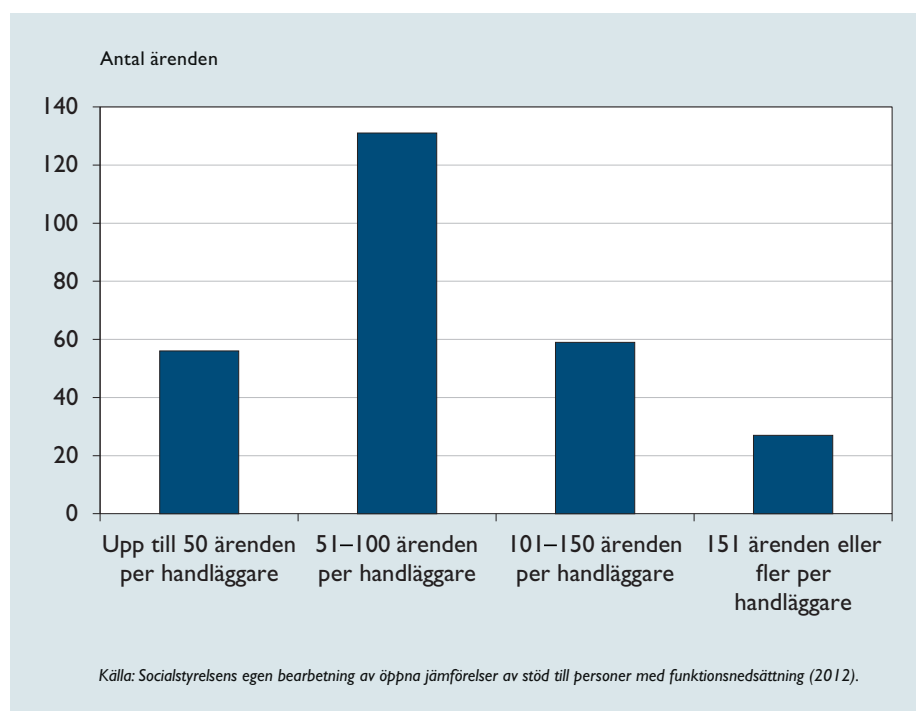
Några viktiga faktorer i socialtjänstens myndighetsutövning är hur många handläggare som finns, hur många ärenden de har och hur ofta beslut följs upp. Antalet heltidshandläggare inom LSS-området varierar emellertid stort mellan landets kommuner, mellan 0 och 70 stycken.¹² Uppgiften är inte sär-

¹² Uppgifterna har samlats in för Socialstyrelsens öppna jämförelser. I kommunenkäten för 2011 finns en fråga där kommunerna får ange antal timmar som deras biståndshandläggare ägnar åt LSS-ärenden. Det sammantagna

skilt anmärkningsvärd med tanke på de stora regionala skillnaderna i invånarantal. Uppgiften blir dock intressant när den ställs i relation till antalet ärenden per handläggare, eftersom det då framkommer ytterligare skillnader.

Diagram 5:5 visar att antalet ärenden per handläggare varierar stort mellan kommunerna. I nästan hälften av kommunerna har varje heltidsanställd handläggare 51–100 aktuella ärenden. I 27 kommuner är antalet som allra högst; där har varje handläggare mer än 150 aktuella ärenden.

Diagram 5:5. Antal kommuner som har 0–50 ärenden per handläggare, 51–100 ärenden per handläggare, 101–150 ärenden per handläggare samt 151 ärenden eller fler per handläggare (N = 273).



Få kommuner följer regelbundet upp samtliga beslut

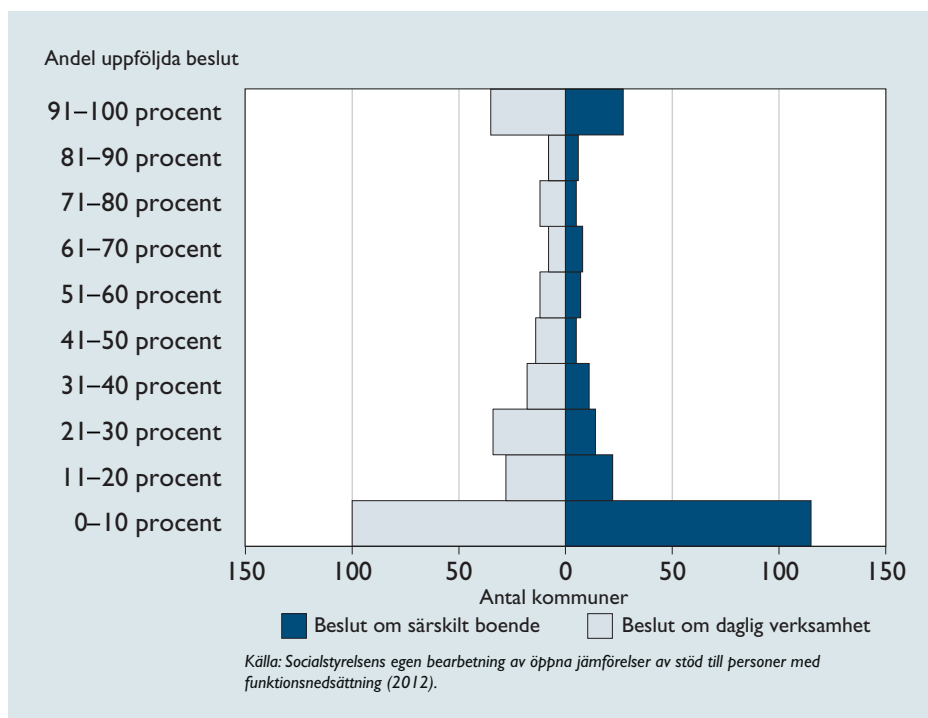
Långt ifrån alla kommuner följer upp samtliga sina beslut om daglig verksamhet respektive bostad med särskild service inom ett år. Diagram 5:6 visar att 100 kommuner gör få uppföljningar av beslut om daglig verksamhet, det vill säga de följer upp 0–10 procent av besluten. Bara ett fåtal kommuner (35 stycken) följer upp nästan samtliga beslut.

Mönstret ser likadant ut för uppföljning av beslut som rör bostad med särskild service, endast 27 kommuner har följt upp nästan alla beslut om denna

antalet timmar i varje kommun divideras med 40 och på så vis får vi fram antal heltidshandläggare inom LSS-området. Siffran blir intressant när den ställs i relation till antal LSS-ärenden som finns i kommunen. För att ta fram antalet ärenden har vi utgått från den officiella statistiken. I oktober 2011 fick 59 800 personer en eller flera kommunala LSS-insatser. Varje person räknas här som ett ärende, oavsett hur många insatser personen har.

insats. Det är desto vanligare att kommunerna följer upp få beslut: 115 kommuner har endast följt upp 0–10 procent av sina beslut.¹³

Diagram 5:6. Antalet kommuner som följt upp beslut om daglig verksamhet inom ett år, fördelat på andel uppföljda beslut (N = 269).



Ju fler ärenden desto färre uppföljningar av beslut

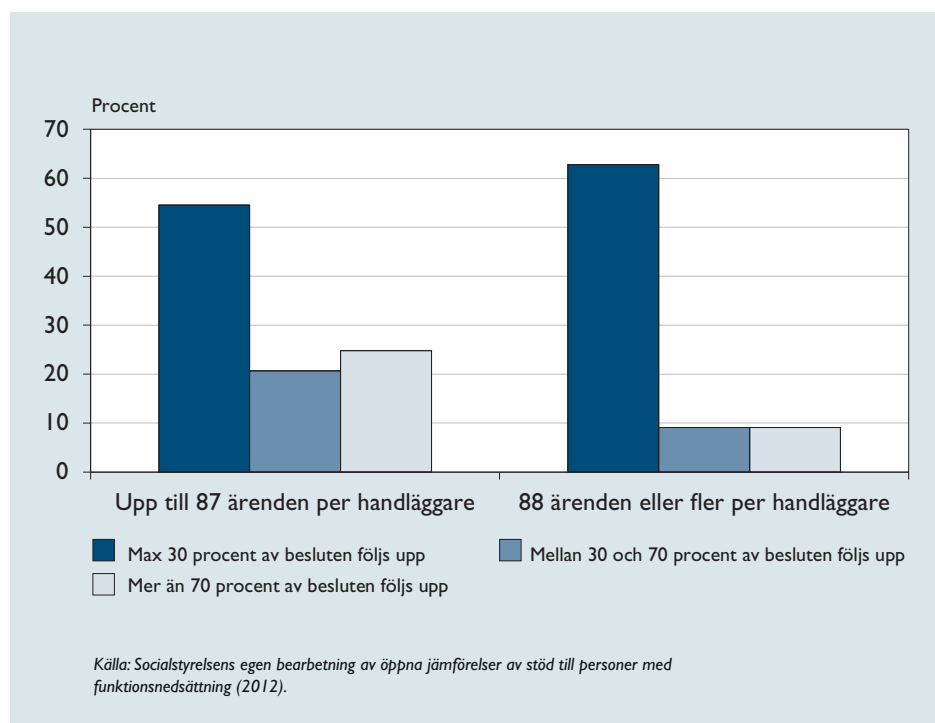
Finns det då något samband mellan vilka kommuner som har många ärenden per handläggare och vilka kommuner som följer upp sina beslut? Ja, Socialstyrelsens analyser visar att fler beslut följs upp i kommuner där antalet ärenden per handläggare är relativt få. Diagram 5:7 visar att andelen uppföljda beslut är högre i kommuner där handläggarna har upp till 87 ärenden, än i kommuner där handläggarna har 88 ärenden eller fler.^{14,15} Var fjärde kommun med få ärenden per handläggare följer upp majoriteten av sina beslut, medan motsvarande andel bland kommuner med många ärenden per handläggare bara var 9 procent.

¹³ Att färre kommuner ingår i bearbetning av boendeinsatser beror på att färre kommuner rapporterat in dessa uppgifter.

¹⁴ Indelningen av kommunerna i två grupper utgår från det genomsnittliga antalet ärenden per handläggare, som alltså är 87.

¹⁵ I Diagram 5:5 har vi slagit ihop beslut som rör daglig verksamhet och bostad med särskild service.

Diagram 5:7. Andelen kommuner som följt upp beslut inom ett år, fördelade på kommuner med färre respektive fler än 87 ärenden per handläggare (N = 219).



Självbestämmande och integritet i socialtjänsten

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för vilka olika verktyg som finns för att stärka inflytandet, både på individuell nivå och på verksamhetsnivå. Vi berör även stödet till anhöriga.

Förutsättningarna för inflytande är relativt goda

Ökat brukarinflytande och ökad brukarmedverkan är viktiga mål för funktionshinderspolitiken, och de är också vägar till en mer evidensbaserad praktik¹⁶ när det gäller stödet till personer med funktionsnedsättning. Brukarinflytande kan utövas på olika nivåer [6]:

1. Ett individuellt inflytande, där den enskilde har möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som han eller hon får. Denna typ av medverkan och inflytande har stöd i SoL där huvudregeln säger att insatserna ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 § SoL).
2. Inflytande på verksamheten, det vill säga den enskildes möjlighet att medverka i utveckling och beslut på verksamhetsnivå.

¹⁶ En evidensbaserad praktik innebär en medveten och systematisk användning av den bästa tillgängliga kunskapen för beslut om insatser till enskilda personer. Detta ska ske tillsammans med den professionelles expertis samt den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål.

3. Medverkan på organisations- eller systemnivå, exempelvis politiskt inflytande och påverkan eller medverkan när det gäller att ta fram policy-program. Det är oftast brukar- eller anhängigorganisationer som medverkar eller utövar inflytande på detta sätt. Även denna typ av medverkan och inflytande har stöd i SoL som anger att kommunerna ska planera sina insatser för äldre och personer med funktionsnedsättning i samverkan med andra samhällsorgan och organisationer (5 kap. 6 § SoL och 5 kap. 8 a § SoL).

Många är delaktiga i utformningen av sin genomförandeplan

Ett exempel på individuellt inflytande över stöd, service och omsorg är den så kallade genomförandeplanen, det vill säga den vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras. Genomförandeplanen bör nämligen utformas tillsammans med den enskilde och eller med dennes anhöriga, och planen används både i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och vid utvärdering. Det anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LSS, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen om vård (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att många personer som får insatser enligt LSS har en genomförandeplan och att många av dem även varit delaktiga vid dess utformning [2]:

- I bostäder med särskild service har 86 procent av samtliga personer en aktuell genomförandeplan som inte var äldre än sex månader vid mättilfället. Av dessa hade de flesta (88 procent) också varit delaktiga i att utforma planen.
- Inom daglig verksamhet är andelen personer med aktuell genomförandeplan något lägre, 77 procent. Av dessa hade dock nästan alla (91 procent) också varit delaktiga i att utforma planen.

Varannan kommun tar in synpunkter från råd för funktionshindersfrågor

Kommunala råd för funktionshindersfrågor och brukarundersökningar är ytterligare två exempel på hur enskilda kan få inflytande i verksamheten. Men för att de ska bidra till ett reellt inflytande krävs också att verksamheterna använder de synpunkter och förslag som kommer in.

De flesta kommuner (93 procent) har inrättat ett råd för funktionshindersfrågor. Andelen kommuner där rådet hade möjlighet att ge synpunkter på verksamhetsplanen för 2011 var dock markant lägre, 53 procent. Andelen kommuner som använde brukarundersökningar till att utveckla verksamheten var också relativt låg, 60 procent. Dessa uppgifter indikerar att det vanligtvis finns en formell funktion för inflytande, men att företrädare för funktionshindersfrågor inte alltid har ett reellt inflytande.

Mer kunskap får vi från en kartläggning av brukarmedverkan som Socialstyrelsen publicerade under 2012 [6]. Kartläggningen är av beskrivande karaktär, men bidrar ändå till att ytterligare illustrera inflytandet för personer

med funktionsnedsättning. Kartläggningen visar att en vanlig metod för att stärka brukarmedverkan och inflytande är brukarrevisioner, både när det gäller stöd till personer med intellektuell funktionsnedsättning och personer med psykisk funktionsnedsättning. Brukarrevisioner syftar framför allt till inflytande på verksamhetsnivå. Det förekommer även utbildningar för personal som möter personer med psykisk funktionsnedsättning i sitt arbete, där personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa fungerar som lärare. Det finns studier som visar att sådana utbildningar förändrar personalens attityder gentemot personer med psykisk ohälsa, något som är viktigt för att gruppens inflytande ska kunna stärkas.

Kartläggningen visar dock att det är ovanligt att metoder för brukarmedverkan utvärderas. För de flesta metoder finns enbart beskrivningar, och för vissa metoder finns uppföljningar genom intervjuer eller dokumentstudier. För närvarande verkar dock verksamheternas fokus ligga på själva processen med brukarinflytande och brukarmedverkan, snarare än på utfallet för den enskilde eller verksamheten [6].

Det pågår dock flera satsningar inom detta område. År 2013 publicerar Socialstyrelsen en vägledning om brukarmedverkan [7]. Under 2013 kommer kommuner dessutom att kunna ansöka om medel till regionalt utvecklingsarbete som bland annat rör förstärkt brukarmedverkan. Medlen fördelas av Sveriges Kommuner och Landsting inom ramen för överenskommelsen om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten [8].

Kommunernas arbete med anhörigstöd behöver få tydligare mål

Kommunerna behöver ta fram mål för stödet till anhöriga och tydliggöra vad som förväntas av socialtjänstens personal när det gäller detta stöd, det konstaterar Socialstyrelsen inom ramen för sitt arbete med den nationella strategin för funktionshinderspolicen [9]. Sådana mål underlättar även samarbetet med hälso- och sjukvården och med frivilligorganisationerna.

Den 1 juli 2009 infördes en bestämmelse i 5 kap. 10 § SoL. I den anges att "socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder". I samband med att bestämmelsen trädde i kraft fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att informera om lagändringen, utarbeta vägledning till stöd för tillämpningen av bestämmelsen, betala ut medel till kommunerna samt följa upp och utvärdera konsekvenserna av ändringen.

Det finns fortfarande behov av ett utvecklingsarbete inom socialtjänstens samtliga verksamheter så att personalen kan ta hänsyn till anhörigperspektivet i sitt arbete. Särskilt viktigt är det att diskutera hur socialtjänsten ska kunna utveckla ett bemötande av anhöriga som kännetecknas av ökat inflytande och delaktighet. Socialstyrelsen har identifierat flera områden som behöver utvecklas:

- Socialtjänsten har ofta kontakt med anhöriga i samband med handläggningen av den enskildes ansökan om hjälp. Här är det viktigt att samtidigt uppmärksamma de anhörigas behov av stöd.

- Socialtjänstens samverkan med landstingets hälso- och sjukvård behöver utvecklas, särskilt samverkan med primärvården.
- Dialogen med patient-, anhörig-, funktionshinders- och frivilligorganisationerna behöver förbättras genom att socialtjänsten informerar organisationernas medlemmar om bestämmelsen och dess innebörd.
- För att kunna vidareutveckla stödet till anhöriga inom socialtjänstens olika verksamheter är det viktigt att kunna följa resultatet av arbetet. Kommunernas dokumentation och system för verksamhetsuppföljning måste därför även innefatta bestämmelsen i 5 kap. 10 § SoL.

I det fortsatta vägledningsarbetet kommer Socialstyrelsen särskilt att stödja utvecklingen inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Vi kommer därför att vidga målgruppen för vägledningsarbetet så att den även omfattar socialtjänstens samarbete med hälso- och sjukvården.

Helhetssyn, samordning och kontinuitet

Personer med funktionsnedsättning får många gånger stöd från flera aktörer, vilket ställer krav på helhetssyn, samordning och kontinuitet. Den enskildes samlade livssituation bör då vara utgångspunkten för arbetet. Det är också viktigt att uppmärksamma hur olika insatser på bästa sätt kan verka förebyggande. I detta avsnitt framkommer bland annat att förutsättningarna för en bra samverkan mellan huvudmännen är begränsade.

Inom kommunerna är överenskommelser om samverkan vanligast

För att personer med funktionsnedsättning ska få sina behov tillgodosedda krävs det många gånger insatser från flera aktörer och stödet behöver dessutom ofta samordnas. Behovet av rutiner för samverkan är därför stort mellan LSS-området och andra verksamheter inom kommunen, både inom och utanför socialtjänsten. Drygt hälften av alla kommuner har sådana överenskommelser [2]. Diagram 5:8 visar att samverkansöverenskommelser i LSS-ärenden är vanligast med socialpsykiatri och äldreomsorgen¹⁷. Ungefär 60 procent av kommunerna har sådana överenskommelser. Samverkansöverenskommelserna är på ledningsnivå, det vill säga mellan den politiska ledningen och förvaltningschefen.

Däremot har långt ifrån alla kommuner överenskommelser om samverkan med andra huvudmän och verksamheter. Diagram 5:8 visar att mindre än 40 procent av kommunerna har överenskommelser med landstingens vuxenpsykiatri, andelen är ytterligare något lägre för barnpsykiatri (cirka 30 procent).

¹⁷ Överenskommelserna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur samverkan ska genomföras och hur ansvarsfördelningen ser ut. Med samverkan avses alla former av samordning och samarbete som gäller personer med LSS-insatser.

Diagram 5:8. Andelen kommuner som har överenskommelser om samverkan på ledningsnivå i LSS-ärenden, uppdelat på olika aktörer.



Många personer som får insatser enligt LSS har en psykisk funktionsnedsättning, och de tillhör framför allt personkrets 3. Att mer än hälften av kommunerna inte har samverkansöverenskommelser mellan LSS-verksamheterna och psykiatrin är enligt Socialstyrelsen därför olyckligt och torde försvåra förutsättningarna att ge den enskilde ett sammanhållet stöd. Vi kan dra samma slutsats när det gäller samverkan med landstingens vuxen- och barnhabilitering. Andelen kommuner som har samverkansöverenskommelser med dessa verksamheter är ännu lägre (cirka 25 procent), vilket är förvånande eftersom en hög andel av personer som får insatser enligt LSS också får stöd från habiliteringen.

Förutsättningarna att övergå till lönearbete är begränsade

Arbetslinjen har blivit allt mer framträdande inom funktionshindersområdet, det gäller även personer med daglig verksamhet enligt LSS. Möjligheterna att gå från daglig verksamhet till lönearbete uppmärksammas allt mer, både av regeringen och av andra aktörer. Få personer gör dock denna övergång, i 42 procent av landets kommuner gick en eller flera personer över från daglig verksamhet till lönearbete under 2011 [2].

Att övergå från daglig verksamhet till lönearbete är i praktiken inte helt okomplicerat för den enskilde. Dessutom är det svårt att följa upp och värdera dessa övergångar. Den främsta anledningen är att det saknas information om hur många som har en arbetsförmåga som medger lönearbete, och därför är det svårt att avgöra hur stor andel som bör ha ett lönearbete. Många personer med daglig verksamhet har en mycket nedsatt arbetsför-

måga, och daglig verksamhet är många gånger det bästa alternativet för dem. Ett annat sätt att värdera övergångarna är därför att studera vilka förutsättningar som finns. Om förutsättningarna för övergångar är goda, är sannolikheten större att rätt andel går vidare till lönearbete. Vi kan emellertid konstatera att dessa förutsättningar är begränsade.

Två mått på förutsättningarna för övergången till lönearbete är dels andelen kommuner som följer upp sina beslut, dels andelen kommuner som samverkar med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att endast 13 procent av kommunerna följer upp samtliga beslut om daglig verksamhet enligt LSS inom ett år. Den låga andelen tyder på att de flesta kommuner har begränsade förutsättningar att följa upp personernas arbetsförmåga. Dessutom har få kommuner överenskommer om samverkan i LSS-ärenden med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (11 respektive 8 procent). Dessa två myndigheter är centrala aktörer när det gäller personer med funktionsnedsättning och sysselsättning. Därför finner Socialstyrelsen att resultaten är anmärkningsvärda.

Kommunerna samverkar även på andra sätt för att få ut fler personer med funktionsnedsättning i arbetslivet. Ett sådant sätt är finansiell samordning (Finsam) i så kallade samordningsförbund. I samordningsförbunden samverkar Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, landstingen och kommunerna kring rehabilitering. Grunden och förutsättningarna för samarbetet regleras i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Målgruppen består av personer i arbetsför ålder (det vill säga 16–64 år) som är i behov av samordnande rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna. Det primära syftet är att personerna ska uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete. En av undergrupperna är personer med funktionsnedsättning som behöver individuella, myndighetsövergripande insatser.

Det finns i dag drygt 80 samordningsförbund, som omfattar 220 av Sveriges kommuner. En del samordningsförbund är små och verksamma endast i en kommun, medan andra kan omfatta ett län eller en region [10].

Endast varannan kommun har rutiner för att erbjuda en individuell plan

Ett viktigt verktyg för samordning och samverkan kring den enskilde är en individuell plan. Personer som har beviljats någon eller några av de tio insatserna enligt 9 § LSS ska därför erbjudas en sådan plan. Förutsättningarna för att personerna ska erbjudas en individuell plan verkar dock fortfarande vara begränsade, eftersom endast 57 procent av kommunerna hade rutiner för dessa planer [2].

En individuell plan är ett viktigt underlag för att planera stödet. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering ska planen beskriva beslutade och planerade insatser med både kortsiktiga och långsiktiga mål. Önskemål från den enskilde är utgångspunkten för planen. En plan kan omfatta flera insatser och även redovisa åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång om året.

Att ha en rutin för att erbjuda en individuell plan ökar förutsättningarna för att ett sådant erbjudande alltid ges. Socialstyrelsen bedömer att det är viktigt att arbetet för att fler ska få en individuell plan ökar.

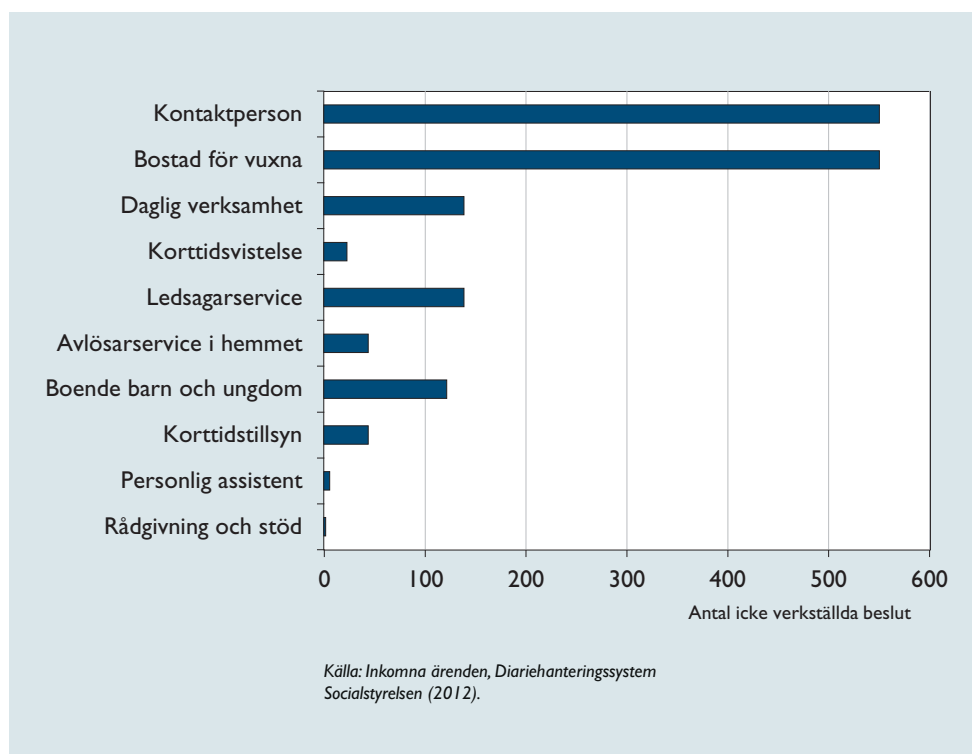
Rättssäker socialtjänst inom LSS

I detta avsnitt fokuserar Socialstyrelsen på icke verkställda beslut inom socialtjänsten samt anmälningar av allvarliga missförhållanden.

Antalet ej verkställda beslut är fortfarande högt

Trots beslut enligt LSS kan personer med funktionsnedsättning som har beviljats insatser få vänta länge innan deras beslut verkställs. Tredje kvartalet 2012 var 1 522 beslut om insatser till personer med funktionsnedsättning inte verkställda, trots att minst tre månader gått sedan beslutet fattades [11]. På grund av olika mätmetoder är det svårt att bedöma utvecklingen över tid, men vid en nationell sammanställning i december 2008 var drygt 2 100 LSS-beslut inte verkställda. [9]

Diagram 5:9. Antalet ej verkställda beslut tredje kvartalet 2012, uppdelat på insats.



Uppgifterna för tredje kvartalet 2012 visar att de flesta ej verkställda besluten gäller bostad med särskild service för vuxna samt kontaktperson (diagram 5:9). Dessa utgör nästan 1 200 av de icke verkställda besluten. Den främsta orsaken till att så många beslut om kontaktperson inte verkställs i tid är svårigheter att rekrytera. Orsakerna till varför beslut om boende inte verkställs i tid är inte lika tydliga, men en tänkbar orsak är bristande plane-

ring i socialtjänstens handläggning. En annan orsak kan vara bristande tillgång på boende för gruppen.

Bristande bemötande är en vanlig orsak till anmälning av allvarliga missförhållanden

Arbetet med att komma till rätta med missförhållanden inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning sker på flera sätt, till exempel via Socialstyrelsens tillsynsverksamhet, verksamheternas eget kvalitetsarbete och genom anmälningar enligt de nya bestämmelserna om lex Sarah. Enligt lex Sarah [12] ska nämnden eller den som driver yrkesmässig enskild verksamhet snarast anmäla ett allvarligt missförhållande till Socialstyrelsen. Detta gäller även vid påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Bestämmelsen gäller från den 1 juli 2011.

Under perioden januari–oktober 2012 har 244 lex Sarah-anmälningar kommit in till Socialstyrelsen, som rör insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning i åldrarna 0–64 år. Av dessa anmälningar rör 26 stycken insatser enligt SoL, resten rör insatser enligt LSS. Inom LSS är personlig assistans den enskilda insatsen som har omfattats av flest lex Sarah-anmälningar (under nämnda period var det 81 ärenden).

De flesta anmälningarna inom funktionshindersområdet kommer från kommunalt driven verksamhet (cirka 70 procent), medan en mindre andel (knappt 30 procent) kommer från enskild verksamhet. Fördelningen av anmälningar som rör just personlig assistans är dock något jämnare, 54 procent av dessa kommer från kommunalt driven verksamhet och resterande kommer från enskild verksamhet. Andelen anmälningar från enskild verksamhet är alltså något högre när det gäller personlig assistans än inom hela funktionshindersområdet. Detta förklaras troligen av att andelen enskilda verksamheter är högre inom denna insats än inom andra.

Ett fåtal ärenden har lett till åtgärdsbeslut från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har avslutat de flesta lex Sarah-ärendena utan ytterligare åtgärder från myndighetens sida. Det finns tre anledningar till detta:

- Verksamheterna har redan utrett de flesta ärendena i tillräcklig omfattning.
- Verksamheterna har redan vidtagit åtgärder för att avhjälpa eller undanröja det allvarliga missförhållandet eller den påtagliga risken för ett allvarligt missförhållande.
- Verksamheterna har vidtagit åtgärder för att liknande missförhållanden inte ska hända på nytt.

Socialstyrelsen har dock fattat beslut om åtgärder i 16 ärenden (cirka 7 procent av samtliga inkomna anmälningar). Vi har då krävt att verksamheten ska vidta faktiska åtgärder kopplat till det anmälda missförhållandet, men också att de ska rätta till brister i själva utredningen.

De beslutade lex Sarah-ärendena har framförallt handlat om att en beviljad insats inte har utförts eller har blivit felaktigt utförd, och om brister i bemötandet. Dessa orsaker ligger även bakom hälften av samtliga Lex Sa-

rah-anmälningar under den aktuella perioden. I cirka 15 procent av anmälningarna rör det sig i stället om fysiskt våld eller övergrepp från personalen och i cirka 10 procent om psykiska övergrepp eller kränkningar. I kommunal verksamhet ser rangordningen av anmälda missförhållanden ut som ovan. I enskild verksamhet är fysiskt våld eller övergrepp från personal där-
emot vanligare än brister i bemötandet.

Enligt verksamheternas utredningar finns det flera orsaker till de anmälda allvarliga missförhållandena eller riskerna för allvarligt missförhållande:

- att rutiner saknas
- att vissa rutiner och riktlinjer är okända för personalen
- att befintliga rutiner inte följs
- att det finns brister i kunskapen och kompetensen.

När det gäller kunskaps- och kompetensbrister är dessa vanligen kopplade till enskilda medarbetare. Men orsakerna beskrivs också i ett vidare perspektiv, som till exempel att det finns brister i rekryteringsprocessen eller i introduktionen, eller att det saknas handledning eller kompetensutveckling. Bemanningen är ett tredje problem. Här handlar det antingen om kvantitet, det vill säga antal personer som arbetar, eller kvalitet, det vill säga enskilda medarbetares brister eller olämplighet.

Verksamheterna vidtar många åtgärder

För att komma till rätta med det allvarliga missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande har verksamheterna vidtagit åtgärder inom flera olika områden. Tabell 5:6 visar hur stor andel av verksamheterna som vidtagit olika åtgärder.

Tabell 5:6. Procentuell fördelning av genomförda åtgärder för att komma till rätta med allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållande, uppdelat på åtgärdsområde samt kommunal och enskild verksamhet.

Åtgärdsområden	Kommun	Enskild verksamhet	Total andel
Information och kommunikation	57,9	58,5	58,1
Rutiner och riktlinjer	58,5	60,0	58,1
Utbildning och kompetens	42,7	40,0	42,7
Organisation och bemanning	43,9	36,9	41,4
Lokaler, teknik och utrustning	18,9	15,4	17,5

Källa: Socialstyrelsens diariehanteringssystem (2012).

Inom vart och ett av de områden som nämns i tabell 5:6 ryms ett stort antal olika åtgärder. Inom *information och kommunikation* ingår till exempel samtal med den berörda personalen och samtal med den enskilde eller de enskilda. Mer verksamhetsinriktade insatser är också vanliga, som till exempel information och diskussioner på arbetsplatsträffar. I dessa fall kan det handla dels om att informera om gällande rutiner och skyldigheten att rap-

portera enligt lex Sarah, dels om att diskutera händelsen i sig, bemötande-frågor, värdegrund och förhållningssätt.

Rutiner och riktlinjer innefattar såväl att ta fram nya rutiner, riktlinjer och handlingsplaner som att förtydliga och tillämpa de redan befintliga. Cirka 15 procent av dessa åtgärder rör rutiner eller planer som är direkt kopplade till den enskilda som ärendet handlar om.

Mer än hälften av åtgärderna inom utbildning och kompetens är kompetenshöjande, i form av både större och mindre utbildningsinsatser. Verksamheterna beskriver utbildningar med en rad olika inriktningar:

- etik
- bemötande
- förhållningssätt
- metoder
- dokumentation
- missbruksproblem
- neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- specifika sjukdomar och hjälpmedel kopplat till enskilda individer.

Den näst vanligaste åtgärden är handledning (36 procent av åtgärderna inom detta område).

Organisation och bemanning är ytterligare ett åtgärdsområde. I cirka 37 procent av ärendena beskriver verksamheterna att de har vidtagit åtgärder som är kopplade till den inblandade personalen, och cirka 27 procent beskriver att de ser över eller utökar bemanningen. Åtgärder som är kopplade till den inblandade personalen handlar ofta om arbetsrättsliga åtgärder som omplaceringar eller uppsägningar. Polisanmälning nämns också som en åtgärd i de fall där verksamheterna misstänker ett brott.

Det finns ingen statistik över hur många arbetsrättsliga åtgärder som verksamheterna har genomfört eller övervägt. Socialstyrelsen vill dock understryka att huvudmannens utredning bör fokusera på systemfaktorer som kan ha påverkat händelseförloppet. En arbetsrättslig åtgärd kan vara nödvändig, men är sällan den enda aktuella åtgärden för att säkerställa att liknande missförhållanden inte kommer att uppstå igen.

Under åtgärdsområdet *lokaler, teknik och utrustning* beskriver verksamheterna i stort sett olika åtgärder för varje ärende. Exempel kan vara att installera en timer i den enskildes kök, installera direktlarm till räddningstjänsten, installera hotellås, möblera om, byta lokaler för verksamheten och bygga om.