

Vård, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Sammanfattande iakttagelser

- Bemötandet och självbestämmandet varierar och den enskilde kan inte alltid bestämma vem som utför insatserna eller för vilken tid insatser ges. Det gäller till exempel assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken och ledsagning enligt SoL.
- Den somatiska vården är inte jämlik för personer med psykisk funktionsnedsättning. Till exempel upptäcks bröstcancer senare hos denna grupp, risken för amputation vid diabetes är större och risken högre att avlida inom sex månader efter konstaterad hjärtinfarkt. Socialstyrelsen kommer att fortsätta studera den jämlika vården, även för personer med andra funktionsnedsättningar.
- Att personer har merutgifter på grund av sin funktionsnedsättning förekommer både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och det kan vara ett problem för den enskilde. Avgifter för olika former av stöd varierar, och skillnaderna är stora mellan olika delar av landet. Det gäller till exempel socialtjänstens stöd samt rehabiliteringsinsatser.
- Andelen personer som är nöjda med sina assistenter är påfallande låg, och endast var fjärde känner tilltro till sin assistent. Andelen nöjda är högst bland dem som anlitar ett brukarkooperativ eller är sin egen assistansanordnare. En viss skillnad finns även mellan kommunala och privata anordnare, där tilltron är något högre till de privata.
- Flera av de missförhållanden som tidigare har hittats i verksamheter enligt LSS kvarstår, men många kommuner arbetar för förbättring. I och med de nya bestämmelserna om lex Sarah förbättras kunskapen om brister och missförhållanden, och de bör därmed bli lättare att åtgärda. De nya bestämmelserna om lex Sarah har dock inte fått genomslag ännu.
- Andelen personer 65 år och uppåt som får personlig assistans ökar och ökningen kommer att fortsätta. Detta torde öka förutsättningarna för delaktighet och ett självständigt liv även efter att personer med funktionsnedsättning har fyllt 65 år. Samtidigt medför detta sannolikt att inslagen av omsorg ökar inom personlig assistans.
- Allt fler barn och unga medicineras för adhd och förskrivningen är störst hos pojkar 10–14 år och flickor 15–19 år. Det är svårt att bedöma om det finns en överförskrivning eller en underförskrivning, eftersom kunskapen om förekomst är otillräcklig samtidigt som det saknas rekommendationer om vilka som bör medicineras. Socialstyrelsen kommer dock att fortsätta följa förskrivningen av dessa läkemedel.

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av det stöd till personer med funktionsnedsättning, som ges enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110). Vi

berör även tillståndet inom rehabiliteringen och viss annan vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Vi berör inte habiliteringsinsatser, eftersom uppgifterna på nationell nivå är alltför knapphändiga.

Personlig assistans kan beviljas enligt två olika lagstiftningar: LSS eller socialförsäkringsbalken. Socialstyrelsen för statistik om den förra insatsen och Försäkringskassan om den senare. I årets lägesrapport har Socialstyrelsen samkört uppgifter om dessa två insatser, för att bättre kunna analysera omfattningen och utvecklingen. När vi diskuterar personlig assistans i detta kapitel avser vi därmed båda insatserna, om ingen särskild lag anges. Uppgifter om assistansersättning mellan 2007–2010 avser assistansersättning enligt lagen (1993:389) om assistansersättning, LASS. Den lagen är numera upphävd och från den 1 januari 2011 beviljar Försäkringskassan assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110) och LASS har upphört att gälla.

Vi ägnar särskild uppmärksamhet åt två insatser som har särskild betydelse för den enskildes delaktighet: personlig assistans och ledsagning.

Verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning berörs även i andra kapitel i rapporten. I kapitlet Ekonomiska analyser redogör vi för kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning och statens kostnader för assistansersättning. Personer med funktionsnedsättning berörs till viss del även i kapitlen om hälso- och sjukvård, tandvård och äldre.

Om gruppen personer med funktionsnedsättning

Detta kapitel fokuserar på stöd och insatser till personer med funktionsnedsättning. Med funktionsnedsättning avser Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av en sjukdom eller ett annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur.

Alla personer med funktionsnedsättning har inte insatser – även om de i vissa fall skulle behöva det. Vissa har ansökt om insatser men fått avslag, andra har av olika skäl inte ansökt trots att de skulle behöva stöd. Därför ingår inte alla personer med funktionsnedsättning i detta kapitel.

Det finns en viss överlappning mellan detta kapitel och kapitlet om hälso- och sjukvård, eftersom gränsen mellan långvarig sjukdom och funktionsnedsättning inte är helt tydlig. Det gäller bland annat personer med psykisk funktionsnedsättning.

På flera ställen i detta kapitel hänvisar Socialstyrelsen till personkretsar. Personkretsar 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 hjärnskada i vuxen ålder föranledd 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 förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Aktuell utveckling

Personer med funktionsnedsättning kan få olika stöd från socialtjänsten. SoL reglerar insatser till alla invånare som inte kan få sina behov tillgodosedda på annat sätt, oavsett ålder. Personer med funktionsnedsättning kan med andra ord få insatser enligt SoL, men vissa av dem har dessutom rätt till insatser enligt LSS. Detta avsnitt redogör bland annat för omfattningen och utvecklingen av insatser enligt dessa lagstiftningar.

I avsnittet berör vi ytterligare två aktuella områden: tillståndsprövningen av assistansbolag och förskrivning av adhd-läkemedel bland barn och unga.

Hemtjänst och boende enligt socialtjänstlagen minskar

År 2010 hade cirka 16 700 personer upp till 64 år hemtjänst enligt SoL och ungefär 15 000 personer hade boendestöd enligt SoL [1]. Åldersfördelningen skiljer sig mellan dessa insatser. Hemtjänst är vanligast bland personer i åldern 45–64 år, medan åldersfördelningen är jämnare inom boendestöd. Båda insatserna är relativt ovanliga bland personer under 20 år.

Det är färre som får heldygnsomsorg. År 2010 bodde cirka 4 300 personer i särskilt boende enligt SoL, fler män än kvinnor. Många personer upp till 64 år som får särskilt boende har en psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsens analyser visar att fler män än kvinnor vårdas för schizofreni, och det kan vara en delförklaring till varför fler män får särskilt boende enligt SoL.

Tabell 6:1. Insatser enligt socialtjänstlagen år 2010, uppdelat på ålder och kön. Avrundade värden.

	Kvinnor			Män			Totalt
	0–19	20–44	45–64	0–19	20–44	45–64	
Särskilt boende	10	300	1 400	20	500	2 000	4 230
Hemtjänst i ordinärt boende	100	2 000	6 600	200	1 500	6 200	16 600
Boendestöd	70	3 800	3 800	80	3 800	3 600	15 150
Totalt	180	6 100	11 800	300	5 800	11 800	35 980

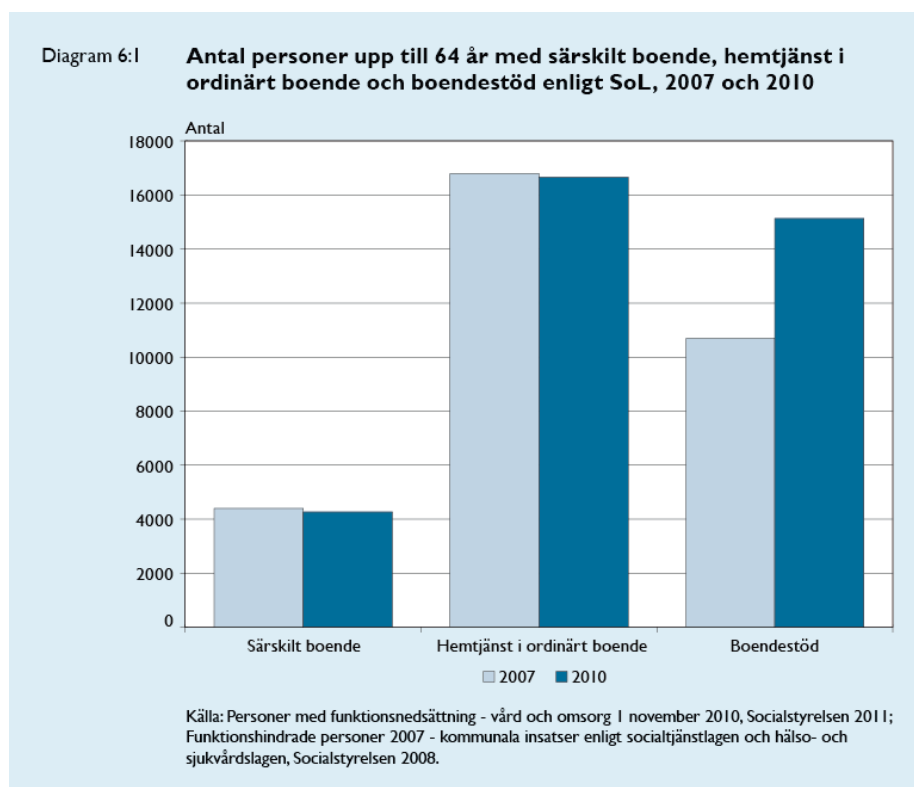
Källa: Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg 1 november 2010, Socialstyrelsen; 2010.

Ytterligare ett intressant könsmonster kan urskiljas inom hemtjänst bland personer upp till 64 år. Fler ensamstående män än ensamstående kvinnor är hemtjänstmottagare [2]. Bland hemtjänstmottagarna som är sammanboende råder dock det motsatta förhållandet. Drygt 62 procent är kvinnor och 38 procent är män i denna grupp. Det är alltså vanligare att kvinnor vårdar sin partner utan stöd från hemtjänsten än att män vårdar sin. Det är tänkbart att detta beror på att kvinnor i högre grad än män förväntas ta på sig en omvårdande roll. Det går dock inte att veta om orsaken är att kvinnor och män själva väljer att ordna sin tillvaro efter detta mönster eller om socialtjänstens handläggare ställer högre krav på anhöriga kvinnor än män.

Insatser enligt SoL till personer upp till 64 år ökar, och sedan 2007 har särskilt boende, hemtjänst och boendestöd tillsammans ökat med 29 procent (diagram 6:1) [1,3]. Boendestödet står för hela denna ökning. De andra två insatserna har till och med minskat något. I sammanhanget är det intressant att nämna

att kostnaderna per person i särskilt boende enligt SoL ökar², vilket kan bero på en ökad vårdtyngd. Mer om detta finns att läsa i kapitlet om ekonomiska analyser.

När kommunerna beslutar om stöd enligt SoL till personer som tidigare inte har haft stöd tycks det med andra ord oftast handla om boendestöd, som framför allt ges till personer med psykisk funktionsnedsättning. En viss del av denna ökning förklaras av att kommunernas inrapportering blir bättre, eftersom 2007 var det första året som boendestöd redovisades som egen insats i Socialstyrelsens officiella statistik. Uppgifterna bör därför tolkas med viss försiktighet.



Skillnader i diagnoser kan förklara könsskillnader i insatser enligt LSS

År 2010 hade drygt 62 000 personer en eller flera insatser enligt LSS [4]. Den i särklass vanligaste insatsen är daglig verksamhet, som ungefär 30 000 personer hade. 19 300 personer hade personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken[5].

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

En tänkbar förklaring till könsskillnaderna är att vissa diagnoser och funktionsnedsättningar är vanligare bland män än bland kvinnor. Socialstyrelsen har tidigare analyserat tillgången till insatser enligt LSS bland kvinnor och män med vissa diagnoser [2]. Resultatet visar att kvinnor och män med diagnoserna utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd, ryggmärgsskador, cerebral pares (cp), ryggmärgsbråck eller Downs syndrom får insatser i lika hög

² För personer upp till 64 år.

utsträckning. Om behovet av stöd är ungefär lika stort hos kvinnor och män med de aktuella diagnoserna kan vi dra slutsatsen att fördelningen av insatser mellan kvinnor och män är rättvis. Att kommunerna beviljar insatser till fler män än kvinnor kan med andra ord delvis förklaras av att antalet män med dessa diagnoser är fler än antalet kvinnor.

Socialstyrelsen vill dock understryka att forskningen tyder på att flickor underdiagnostiseras när det gäller autism och autismsliknande tillstånd. Eftersom personkretsen för LSS delvis utgår från diagnoser kan det bli ett problem om flickor underdiagnostiseras. Flickor som inte får rätt diagnos riskerar därmed att inte få del av den utökade rättighet som var avsikten med LSS.

Tabell 6:2. Antal personer år 2010 med insatser enligt LSS och assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken uppdelat på kön, avrundade värden.

Insats enligt LSS eller assistansersättning	Kvinnor	Män	Totalt
Personlig assistans	9 000	10 300	19 300
Ledsagarservice	4 100	5 100	9 200
Kontaktperson	9 100	10 400	19 500
Avlösarservice	1 200	2 200	3 400
Korttidsvistelse	3 700	6 300	10 000
Korttidstillsyn	1 900	3 200	5 100
Boende, barn	500	900	1 400
Boende, vuxna	10 100	13 300	23 400
Daglig verksamhet	13 100	17 100	30 200
Totalt	52 700	68 800	121 500

Källa: Personer med funktionsnedsättning - insatser enligt LSS 2010, Socialstyrelsen (2010); Socialstyrelsens bearbetning av registren över insatser enligt LSS och mottagare av assistansersättning (2011).

Daglig verksamhet ökar mest

Allt fler personer får insatser enligt LSS. Sedan 2004 har antalet personer med en eller flera insatser ökat med 17 procent [4,6]. Det totala antalet insatser förändras inte lika kraftigt. De ökade med 7 procent under samma tidsperiod, vilket tyder på att antalet insatser per person minskar något.

Daglig verksamhet enligt LSS är fortfarande den insats som flest personer har. Sedan 2004 har antalet personer med daglig verksamhet ökat med 26 procent.

Mellan 2004 och 2010 avslutade 5 400 personer sin dagliga verksamhet. Ungefär en tredjedel av dessa personer fyllde 65 år under perioden och avslutade därmed den dagliga verksamheten på grund av ålder. De övriga har sannolikt blivit för dåliga för att delta i daglig verksamhet eller har gått vidare till andra former av sysselsättning och arbete, till exempel lönebidragsanställning. Socialstyrelsen har i tidigare undersökningar konstaterat att en mycket låg andel går vidare till andra anställningsformer [7,8]. Vi kommer därför att fortsatt följa personer med daglig verksamhet i kommande lägesrapporter. Fokus kommer att ligga på genomströmningar och på vad som händer med dem som avslutar insatsen.

Tabell 6.3. Antal personer med olika insatser enligt LSS och assistansersättning år 2004–2010, avrundade värden

Insats enligt LSS eller assistansersättning	2004	2007	2010	Förändring 2004–2010 (%)
Personlig assistans	15 900	18 000	19 300	+21
Ledsagarservice	9 400	9 700	9 200	–1
Kontaktperson	16 100	18 000	19 500	+21
Avlösarservice	3 700	3 400	3 400	–8
Korttidsvistelse	10 500	10 100	10 000	–5
Korttidstillsyn	4 400	5 100	5 100	+18
Boende, barn	1 200	1 300	1 400	+17
Boende, vuxna	19 900	21 600	23 400	+18
Daglig verksamhet	24 100	27 000	30 200	+26
Totalt	105 200	114 200	121 900	+16

Källa: Personer med funktionsnedsättning - insatser enligt LSS 2004, Socialstyrelsen (2005); Personer med funktionsnedsättning - insatser enligt LSS 2007, Socialstyrelsen (2008) Personer med funktionsnedsättning - insatser enligt LSS 2010, Socialstyrelsen (2010); Socialstyrelsens bearbetning av registren över insatser enligt LSS och mottagare av assistansersättning (2011).

Antalet personer i boenden för vuxna enligt LSS fortsätter också att öka. Det kan delvis förklaras av att personer med psykisk funktionsnedsättning allt oftare får boende enligt LSS, i stället för särskilt boende enligt SoL. Eftersom personer med psykisk funktionsnedsättning kan få särskilt boende enligt båda lagstiftningarna är det svårt att värdera denna förändring.

Socialstyrelsen för ytterligare resonemang om tillgången till LSS-boenden för personer med psykisk funktionsnedsättning längre fram i detta kapitel, under rubriken ”Likvärdig socialtjänst”.

Allt fler äldre har insatser enligt LSS

Insatser enligt LSS ökar mest bland personer över 65 år. Sedan 2004 har den åldersgruppen ökat med 40 procent [4,6]. Ökningen har dock pågått en tid och förklaras av att gruppen tidigare inte hade möjlighet att få personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning efter 65 år. Ytterligare en förklaring är att personer med funktionsnedsättning lever längre än tidigare. En annan förklaring kan vara att många får beslut om personlig assistans strax innan sin 65-års dag.

Bland personer i åldern 20–44 år har LSS-insatserna ökat med nästan 30 procent. Ökningen kan bero på att fler får diagnoser inom personkrets 1, alltså autistliknande tillstånd (till exempel Aspergers syndrom). Det är också möjligt att en viss del av ökningen handlar om överflyttning från SoL-insatser till insatser enligt LSS.

Personlig assistans är vanligast bland yngre män och äldre kvinnor. Personerna med personlig assistans blir fler [5]. År 2010 hade 19 300 personer assistans enligt LSS och socialförsäkringsbalken, vilket motsvarar en ökning med 20 procent sedan 2004.

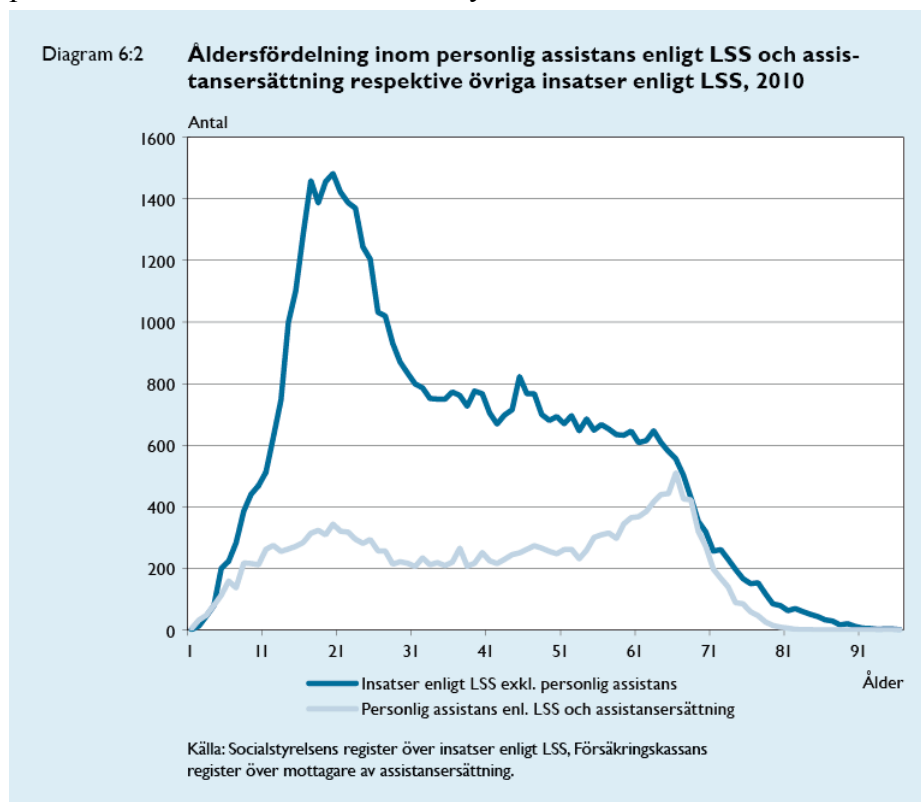
Kvinnor är i majoritet i de övre åldrarna och män är i majoritet i de yngre, en skillnad som är konstant över tid. Det kan bero på att fler yngre män än yngre kvinnor har insatser över huvud taget, en skillnad som jämnar ut sig upp i åldrarna.

Tabell 6:4. Personlig assistans enligt LSS och socialförsäkringsbalken 2004–2010, uppdelat på ålder och kön, avrundade värden

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

Källa: Socialstyrelsens bearbetning av registren över insatser enligt LSS och mottagare av assistansersättning (2011).

Åldersfördelningen inom personlig assistans skiljer sig från åldersfördelningen inom övriga insatser enligt LSS [5]. LSS-insatserna är vanligast bland personer i åldern 15–25 år, medan assistansersättning och personlig assistans enligt LSS är vanligast bland 60–70-åringar (diagram 6:2). Syftet med assistansen är att mottagaren ska öka sin delaktighet i samhället. Samtidigt ökar antalet äldre mottagare. Det borde på sikt innebära en viss sannolikhet för förskjutning mot äldreomsorg, samtidigt som förutsättningarna ökar att delaktigheten för dessa personer finns kvar efter att de har fyllt 65 år.

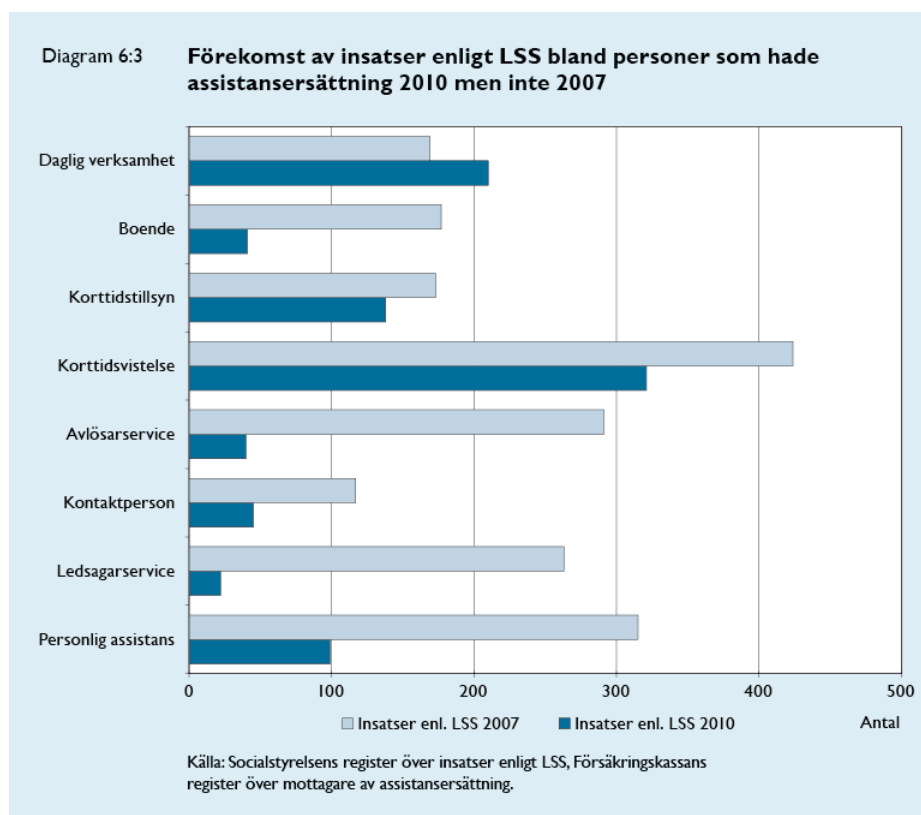


Assistansersättningen minskar behovet av andra insatser

När personer beviljas assistansersättning minskar behovet av andra insatser [5]. Många som beviljas insatsen hade tidigare andra insatser, till exempel stöd enligt LSS. Flera av dessa insatser minskar i antal när personerna får assistansersättning. Diagram 6:3 visar vilka övriga insatser som personer hade innan de fick assistansersättning och vilka insatser de hade efteråt. Några tydliga resultat är att särskilda boendeformer minskar med 77 procent³ och att avlösarservicen

³ I måttet ingår gruppboestad och servicelägenhet. Särskilt anpassad bostad ingår inte.

minskar med knappt 90 procent. Även insatserna kontaktperson och personlig assistans enligt LSS minskar, med 62 respektive 70 procent. Analyser visar även att daglig verksamhet ökar med 20 procent bland dem som får assistansersättning.



Den nya tillståndsplikten för assistansbolag ökar kvaliteten

Från och med den 1 januari 2011 måste all enskild verksamhet som anordnar personlig assistans söka tillstånd för detta⁴ [9].

Fram till den 31 december 2011 hade 1 269 ansökningar om att anordna personlig assistans inkommit till Socialstyrelsen [10]. Av dessa är 177 nyansökningar, och gäller alltså verksamheter som ännu inte har startat. Det är en mycket större mängd än någon hade kunnat förutspå. Försäkringskassans uppskattning var att det skulle komma in runt 700–800 ansökningar från pågående verksamheter. Detta visar att ingen har haft överblick över hela marknaden, vare sig myndigheter eller branschorganisationer. Genom tillståndsplikten får vi en tydligare bild av hur branschen ser ut.

Socialstyrelsen fattade det första beslutet om tillstånd för att bedriva personlig assistans i maj 2011. Efter det fattade vi totalt 459 beslut fram till den 31 december 2011, varav 84 avslag. De vanligaste orsakerna till avslag är bristande kompetens inom LSS-området generellt (80 procent), eller anmärkningar i personlig vandel (20 procent). Socialstyrelsen har också avvisat 26 ansökningar som hade sådana brister att vi inte har kunnat fastställa om de har undertecknats

⁴ Fram till den 1 april 2011 kunde de som hade verksamhet redan före årsskiftet ansöka om tillstånd och sedan fortsätta att bedriva sin verksamhet i avvaktan på Socialstyrelsens handläggning. Efter detta datum gäller samma regler som för övriga tillståndspliktiga verksamheter, nämligen att Socialstyrelsen måste ha beviljat deras tillstånd innan de påbörjar sin verksamhet.

av en behörig firmatecknare. I några fall framgick inte heller vilka ägare och andra funktionärer som var ansvariga för verksamheten. En relativt stor grupp, 56 sökanden, har återtagit sina ansökningar av olika skäl. Vissa ansökte ”för säkerhets skull” före brytdatumet den 1 april 2011 och har senare bestämt sig för att inte bedriva egen verksamhet längre.

Många anmäler att de själva är assistansanordnare

Den som är assistansberättigad kan anställa sina assistenter själv, som fysisk person eller en genom enskild firma, i stället för att gå via en juridisk person, såsom aktiebolag, handelsbolag eller förening. Han eller hon behöver då inte ansöka om tillstånd, men måste däremot anmäla verksamheten till Socialstyrelsen. Att anmäla är ett enkelt förfarande som innebär att den assistansberättigade anmäler till Socialstyrelsen att han eller hon bedriver verksamheten. Totalt hade 419 sådana anmälningar inkommit till Socialstyrelsen fram till och med den 11 november 2011 [10].

Det övergripande syftet med tillståndsplikten är att säkra kvaliteten i insatsen personlig assistans. Riksdagen har gjort bedömningen att de assistansberättigade är en skyddsvärd grupp och att det därför är befogat att begränsa näringsfriheten på området, vilket tillståndsprövningen gör.

Ytterligare ett syfte med både tillståndsplikten och anmälningsplikten är att Socialstyrelsen ska veta vilka verksamheter som bedriver personlig assistans, för att kunna bedriva en fungerande tillsyn. Alla verksamheter som anordnar personlig assistans omfattas av Socialstyrelsens tillsyn, oavsett om det är privata företag som har tillstånd, assistansberättigade som anställer sina egna assistenter och har anmält sin verksamhet eller kommunal verksamheter.

Med anledning av detta har Socialstyrelsen även inlett ett särskilt tillsynsprojekt kring personlig assistans [11]. Sedan tidigare har länsstyrelserna bedrivit mycket lite tillsyn över dessa verksamheter men av den nya lagtexten framgår att Socialstyrelsens tillsyn ska omfatta all verksamhet enligt LSS, även personlig assistans som utförs av enskilda. Under 2011 kom 37 tillsynsärenden som rör personlig assistans in. Dessutom rör 25 lex Sarah-anmälningar personlig assistans. Vi för ytterligare resonemang om missförhållanden och anmälningar enligt lex Sarah längre fram i detta kapitel, under rubriken ”Rättssäker socialtjänst”.

Socialstyrelsen hyser gott hopp om att tillståndsplikten kommer att bidra till att kvaliteten i verksamheterna generellt kommer att höjas.

Medicinering mot uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörningar ökar kraftigt

Behandling med centralstimulerande läkemedel vid uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörningar (adhd) ökar kraftigt bland både pojkar och flickor [12]. Pojkar och yngre män står för 80 procent av alla uthämtade recept. Förskrivningen av adhd-läkemedel varierar dock stort mellan länen.

Ökningen kan ha flera orsaker. Det finns en ökad medvetenhet om adhd, inte bara inom hälso- och sjukvården utan också inom skolan och hos allmänheten. Dessutom har resurserna att utreda adhd ökat inom vården de senaste åren. Detta har bidragit till att både diagnostisering och läkemedelsbehandling vid adhd har tilltagit markant bland barn och ungdomar. Läkemedelsverket rekommenderar läkemedel som en del i behandlingen för att komplettera olika pedagogiska och psykosociala insatser om dessa inte varit tillräckliga.

Socialstyrelsen har undersökt förskrivningsmönstret av adhd-läkemedel för perioden 1 januari 2006– 31 december 2010.

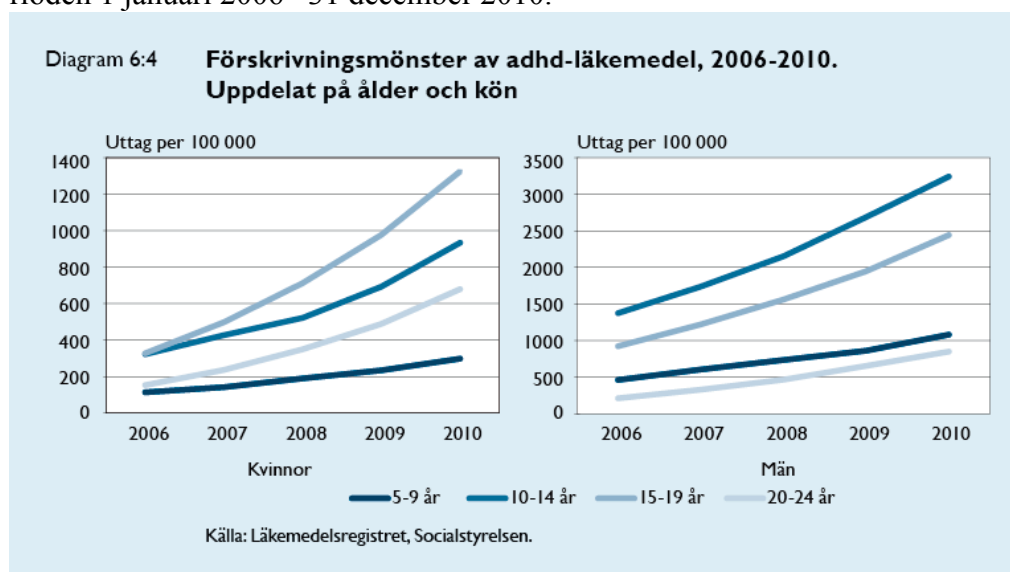


Diagram 6:4 visar antalet uthämtade recept per 100 000 invånare under tidsperioden för män och kvinnor i olika åldersgrupper⁵. Bland pojkar är det i åldersgruppen 10–14 år som flest recept hämtades ut medan det bland flickor är i gruppen 15–19 år. Den kraftigaste ökningen relativt sett över perioden är dock i gruppen 20–24 år, bland både män och kvinnor. Den procentuella ökningen i denna åldersgrupp är 302 procent för män och 344 procent för kvinnor. Läkemedelsbruket tycks också vara stadigvarande, då cirka 75–85 procent av dem som hämtade ut ett recept under 2010 tog ut minst tre recept under året.

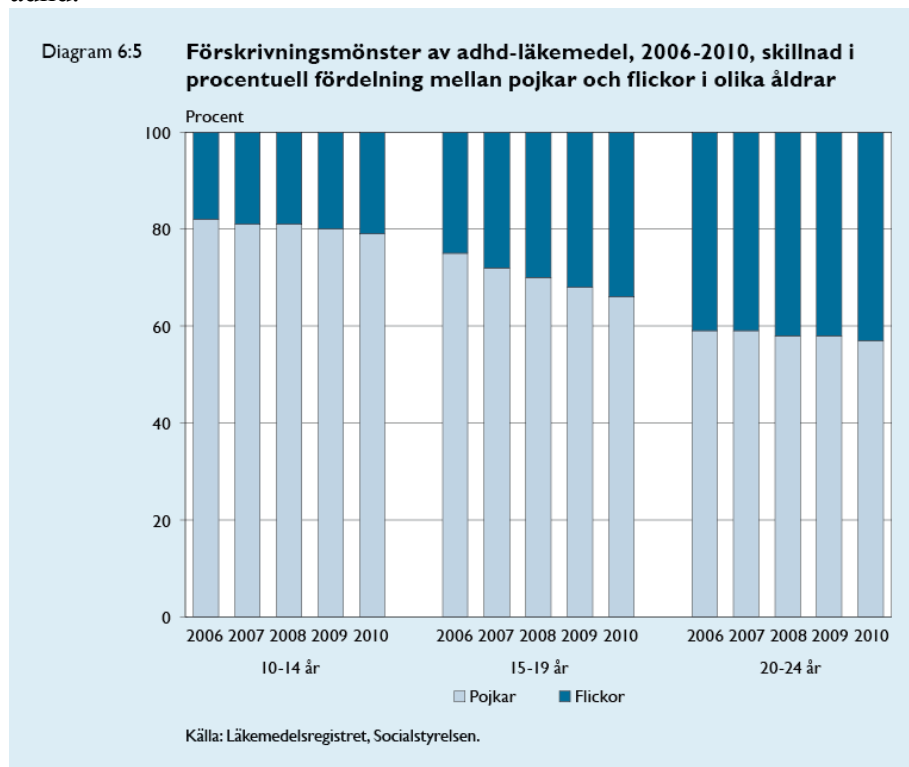
Nedanstående diagram (diagram 6:5) visar förskrivningsmönstret av läkemedel uppdelat på kön för tidsperioden 2006–2010. Majoriteten av dem som hämtade ut adhd-läkemedel är pojkar, i synnerhet i de yngsta åldersgrupperna. Skillnaden mellan könen minskar dock successivt över åldersgrupperna. Från 35 år och uppåt hämtar ungefär lika många män som kvinnor ut adhd-läkemedel. Förskrivningsmönstret mellan könen var oförändrat under tidsperioden 2006–2010 och könsskillnaden har således inte har påverkats av ökningen i förskrivning.

Som vi redovisar ovan är det pojkar 10–14 år och flickor 15–19 år som hämtar ut flest recept. År 2010 fick i genomsnitt 3,2 procent av pojkarna i den åldersgruppen adhd-läkemedel utskrivet av läkare. Motsvarande siffra för flickorna var 1,3 procent. Det finns dock stora skillnader mellan länen. På Gotland förskrev läkare adhd-läkemedel till drygt 6 procent av pojkarna och till 5 procent av flickorna. Det län som förskrev minst läkemedel till ungdomarna var Blekinge. De skrev ut till 1,7 procent av pojkarna 10–14 år och 0,8 procent av flickorna 15–19 år.

Socialstyrelsen kan konstatera att behandlingen med centralstimulerande medel vid adhd ökade kraftigt under tidsperioden 2006–2010. Även om denna ökning kan te sig dramatisk innebär den inte nödvändigtvis att en överförskrivning av läkemedel nu äger rum. Ökningen måste ställas i relation till prevalensen för adhd i olika åldersgrupper. En stor systematisk översikt som har publicerats internationellt uppskattar till exempelvis den globala prevalensen för adhd till

⁵ Observera att skalorna i diagrammen skiljer sig åt.

cirka 5 procent [13]. Siffrorna i detta avsnitt ger dock Socialstyrelsen anledning att bevaka utvecklingen av förskrivningen av centralstimulerande medel vid adhd.



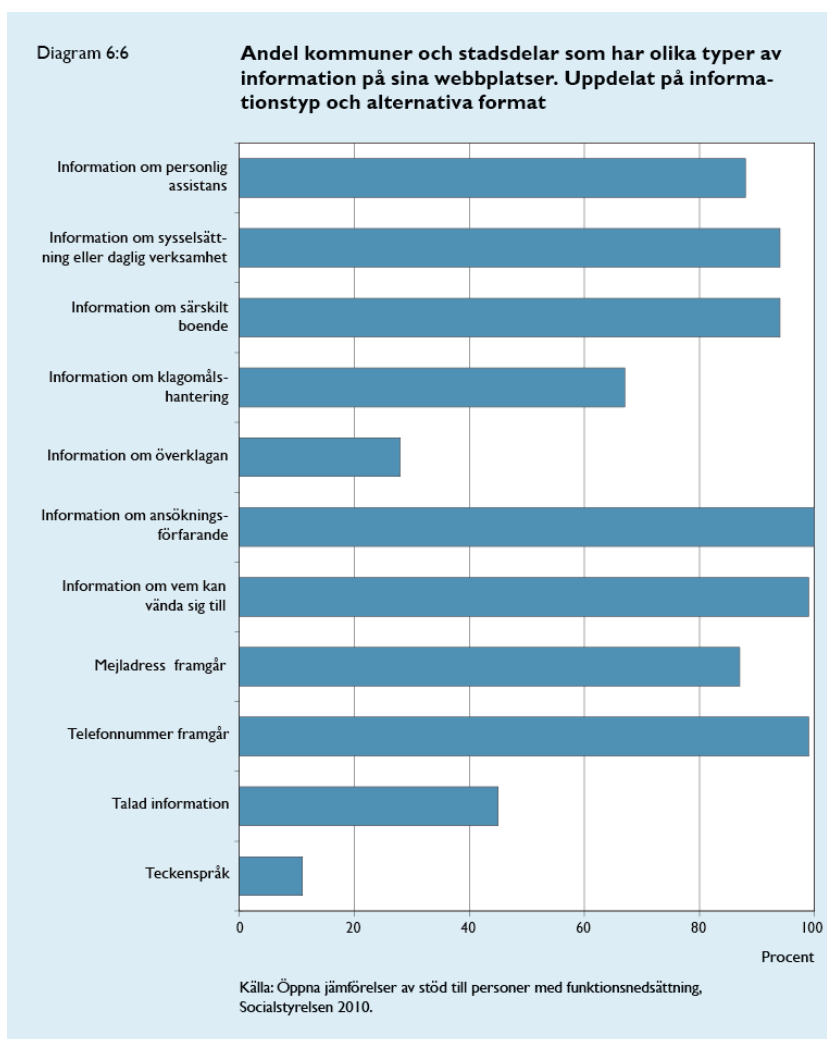
Alla barn som diagnostiseras med adhd behöver inte läkemedel och som Socialstyrelsen redovisar ovan förskriver läkare nu läkemedel till drygt 3 procent av pojkarna i åldersgruppen 10–14 år. Vi kan konstatera att vården möjligen underförskriver adhd-läkemedel till andra grupper än pojkar 10–14 år, i synnerhet till de yngre flickorna. I sammanhanget är det dock viktigt att notera att vi för närvarande saknar rekommendationer om hur stor andel av de som är diagnostiserade med adhd som bör behandlas med läkemedel [12].

Tillgänglig vård och socialtjänst

Det är viktigt att informationen om socialtjänstens insatser är tillgänglig för alla medborgare. I nedanstående avsnitt redovisar Socialstyrelsen hur tillgänglig informationen är för personer med funktionsnedsättning.

Kommunernas webbplatser saknar ofta information om överklaganden

Informationen på kommunernas webbplatser blir allt mer tillgänglig. Det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning [14]. Nästan alla kommuner och stadsdelar har kontaktuppgifter på webben till handläggare av stöd och service till personer med funktionsnedsättning (diagram 6:6).



Socialstyrelsen anser dock att det är bekymmersamt att endast var tredje kommun har information om hur den enskilde överklagar på sina webbplatser. Dessa brister kan försvåra för den enskilde att överklaga enskilda beslut.

Tillgången till anpassad information är dessutom fortfarande begränsad, såväl när det gäller lättläst svenska som teckenspråk och uppläst information [14]. Resultaten för uppläst information och teckenspråk är dessutom något sämre än föregående år, men det kan till viss del förklaras av förändringar i genomförandet av granskningen. Den bristande tillgängligheten kan innebära att personer med funktionsnedsättning har svårt att få veta vilket stöd de har rätt till eller vem de ska vända sig till med sina frågor.

Kunskapsbaserad vård och socialtjänst

Vård och socialt stöd ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, så långt det är möjligt. I detta avsnitt konstaterar Socialstyrelsen bland annat att kommunerna satsar alltmer på personalens kompetens, men att hälso- och sjukvårdskompetensen behöver stärkas i särskilda boenden.

Fler kommuner kompetensutvecklar

Allt fler kommuner erbjuder kompetensutveckling och handledning till personal som ger stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning. Ungefär 60 pro-

cent av kommunerna har dessutom tagit fram en flerårig kompetensutvecklingsplan för denna personalgrupp [15]. Planerna handlar bland annat om personalförsörjning och om hur kommunerna ska förstärka den befintliga personalens kompetens med fort- och vidareutbildningar. Personal i boendestöd efterfrågar utbildning i missbruksproblematik och neuropsykiatriska diagnoser eftersom dessa målgrupper kommit att bli mer aktuella för boendestöd.

Motsvarande uppgifter finns dessvärre inte för verksamheter som ger insatser enligt LSS, men tillsynen lyfter fram några förbättringsområden [16]. Vissa personalgrupper i bostäder med särskild service och boendestöd anser att det inte finns tillräckligt med personal för att tillgodose de enskildas behov. Personalen tvingas att göra prioriteringar som medför att enskilda inte får det stöd som de är berättigade till.

Hälso- och sjukvårdskompetensen på särskilda boenden behöver förbättras

Det finns inte tillräckligt med hälso- och sjukvårdskompetens i kommunernas särskilda boenden. Det gäller både boenden enligt SoL och boenden enligt LSS. Det systematiska samarbetet mellan sjuksköterska och personal inom särskilda boendeformer är till exempel inte lika väl utarbetat som inom äldreomsorgen [16]. Boendena saknar ofta rutiner för ställningstaganden om egenvård och eventuell delegering. Med egenvård räknas de uppgifter som den ansvariga läkaren normalt tillåter att patienten eller någon anhörig sköter om och som inte är sjukvård. Socialstyrelsens inspektioner visar även att läkemedel inte alltid hanteras på ett patientsäkert sätt. Andra iakttagelser handlar om att bruket av medicintekniska produkter inom verksamheten är stort och att det ibland sker utan full kontroll av professionen. ”Egna lösningar” tillämpas av personalen vid svåra situationer.

Socialstyrelsens anser att personalen behöver mer kunskap inom hälso- och sjukvårdsområdet och ibland en starkare koppling till hälso- och sjukvårdsorganisationen. Dessutom rådet oklarheter i frågor som rör egenvård. Socialstyrelsen har i vissa fall riktat kritik mot verksamheter för att de saknar den personal som behövs för att de ska kunna ge god vård. Socialstyrelsen har också krävt att verksamheter ska utarbeta rutiner för att bedriva hälso- och sjukvården på ett patientsäkert sätt.

Brist på sjukgymnaster och psykologer inom delar av rehabiliteringen

Rehabiliteringsverksamheternas tillgång till olika personalkategorier skiljer sig åt mellan landstingen [17]. Mer än hälften av syn- och hörselverksamheterna uppger att de har brist på sjukgymnaster och ungefär 40 procent att de har brist på psykologer. Framför allt när det gäller tillgången till sjukgymnaster upplever verksamheterna att det är svårt att tillgodose brukarnas behov av insatser med befintliga personalresurser.

När det gäller psykosociala insatser tycks den relativt goda tillgången till kuratorer i viss mån kompensera för psykologbristen, även om den ena kompetensen inte fullt ut kan kompensera för den andra. När det gäller sjukgymnaster är bristen mer påtaglig. Flera av landstingen skulle behöva se över hur tillgången till dessa bristkompetenser ser ut, samt om organisation och arbetssätt skulle behöva förändras för att bättre kunna tillgodose de rehabiliteringsbehov som har blivit eftersatta.

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 den somatiska vården är för vissa grupper av personer med funktionsnedsättning.

Vården som ges är inte likvärdig

Personer med psykisk funktionsnedsättning har sämre förutsättningar än andra att få en tillräckligt god somatisk vård, konstaterar Socialstyrelsen i flera rapporter [18–21]. Orsakerna är troligen flera, exempelvis att somatisk sjuklighet upptäcks senare hos personer med psykisk funktionsnedsättning.

Kvinnor med bröstcancer och psykisk funktionsnedsättning har sämre chanser att bli friska från cancer än övriga patienter med bröstcancer [18]. Det beror bland annat på att kvinnor med psykisk funktionsnedsättning befinner sig i ett senare stadium av sin bröstcancer än övriga bröstcancerpatienter när de får sin diagnos och behandling. Screening med mammografi har visat sig reducera dödligheten i sjukdomen väsentligt och detta indikerar att kvinnor med psykisk funktionsnedsättning troligen inte går på screening i samma utsträckning.

Psykisk funktionsnedsättning hos diabetiker ökar risken för sämre hälsa [19]. Diabetespatienter med psykisk funktionsnedsättning hämtar i lägre utsträckning än övriga patienter ut receptbelagda blodfettsänkande läkemedel mot blodfetterubbingar vid diabetes. Gruppen har också en förhöjd risk för amputation av delar av benet på grund av allvarliga komplikationer av sin diabetes. Slutligen har diabetespatienter med psykisk funktionsnedsättning en ökad dödlighet, även när man exkluderar självmord och skadehändelser med oklar avsikt från analyserna.

Det kan finnas flera bakomliggande orsaker till dessa skillnader, men det är rimligt att på ett mer generellt plan anta att diabetessjukdom upptäcks senare hos personer med psykisk funktionsnedsättning och att de av olika orsaker inte får tillgång till diabetesvård och läkemedel i samma utsträckning som andra.

Påfallande är också att personer med akut hjärtinfarkt och psykisk funktionsnedsättning inte får en skyndsam vårdåtgärd, såsom ballongvidgning, i samma utsträckning som andra hjärtinfarktpatienter, när hjärtinfarkten väl har konstaterats [20]. Gruppen har också ökad risk att avlida inom sex månader efter hjärtinfarkten, vilket kan bero på uteblivet ingrepp med ballongvidgning.

Personer med psykisk funktionsnedsättning som insjuknar i stroke⁶ har större risk att avlida inom sex månader [21]. Socialstyrelsens studier visar att gruppen inte får halskärlskirurgi, ett ingrepp i syfte att avlägsna förkalkning i halspulsådern, i samma omfattning som övriga patienter.

Socialstyrelsen kommer att fortsätta studera hur jämlik den somatiska vården är för personer med funktionsnedsättning, även för grupper med andra diagnoser än psykisk funktionsnedsättning. De analyserna sker inom ramen för Socialstyrelsens arbete med den nationella strategin för funktionshinderspolitiken [22].

⁶ På grund av blodpropp (stroke) eller övergående blodbrist i hjärnan på grund av liten blodpropp (transitorisk ischemisk attack)

Likvärdig socialtjänst

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för hur tillgången till olika insatser ser ut och i vilken utsträckning avgifter förekommer och varierar mellan olika delar av landet. Socialstyrelsen bedömer att de regionala skillnaderna i avgifter är allvarliga, och understryker att denna fråga bör inkluderas i översynen av avgifter i hälso- och sjukvården.

Avgifterna för den enskilde varierar mellan kommuner och landsting

Det finns regionala skillnader när det gäller om den enskilde måste betala för rehabilitering och socialt stöd, både mellan kommunerna och mellan landstingen.

Ledsagning till aktiviteter utanför hemmet är en förutsättning för att många personer med funktionsnedsättning ska uppnå delaktighet. Många kommuner tar ut en avgift för ledsagning enligt SoL⁷. Ledsagning enligt SoL är avgiftsfri i 38 procent av landets kommuner, enligt en kartläggning som Socialstyrelsen genomfört⁸. I övriga kommuner tillämpas olika avgiftsvarianter [23]. I fyra av fem kommuner som tar ut avgift för ledsagarinsatsen inkluderas avgiften i högkostnadsskyddet för den samlade hemtjänstinsatsen. I övriga kommuner är avgiften enhetlig och blir 230–400 kronor per månad oavsett antal ledsagnings-timmar. Det varierar också vem som står för ledsagarens omkostnader.

Det finns även skillnader i avgifterna för rehabilitering för personer med syn- respektive hörselnedsättning [17]. Både när det gäller avgifter för besök och vissa hjälpmedel varierar regelverken avsevärt mellan landstingen. I tre av fyra landsting betalar till exempel den enskilde en avgift för att besöka syncentralen. Besöksavgiften varierar och är 70–250 kronor. I fyra av landstingen (Blekinge, Skåne, Uppsala och Östergötland) är besöken avgiftsfria. Även avgifterna för förstörande videosystem (CCTV) respektive digitalt anpassade informationssystem (DAISY) varierar mellan landstingen. Detta gäller både vilken typ av avgift som tas ut och avgiftens storlek. Endast fyra landsting har högkostnadsskydd för hjälpmedel. Även kostnaderna för hörhjälpmedel varierar mellan landstingen.

De avgifter som diskuteras i detta stycke är endast en liten del av alla de avgifter som personer med funktionsnedsättning har. Trots det är uppgifterna en indikation på att tidigare konstaterade skillnader i kostnader och avgifter kvarstår.

Vissa kommuner begränsar tillgången till stöd

Socialstyrelsen har i tidigare lägesrapporter uppmärksammat brister i verksamheterna, och en stor del av dessa kvarstår. I denna del redovisar vi exempel från iakttagelser som vi har gjort under året.

Fler kommuner erbjuder personer med psykisk funktionsnedsättning boende enligt LSS

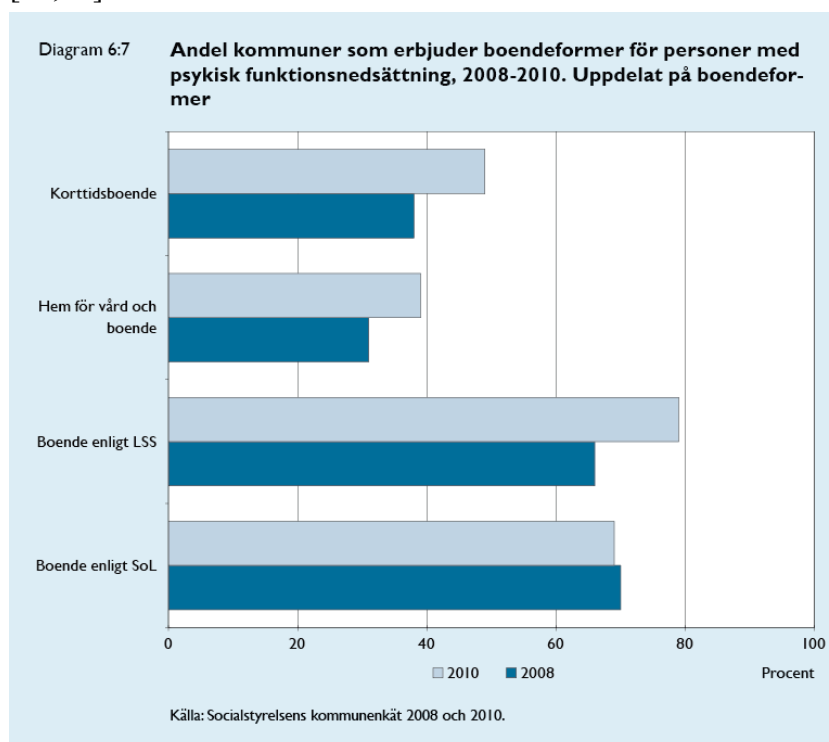
Utvecklingen av olika boendeformer är positiv för personer med psykisk funktionsnedsättning [15]. Tillgången ser dock olika ut för olika boendeformer. An-

⁷ Liksom övriga LSS-insatser är ledsagarservicen avgiftsfri.

⁸ Enkätundersökningen besvarades av 240 kommuner, och av dessa angav 92 att insatsen är avgiftsfri.

delen kommuner som erbjuder särskilt boende enligt SoL minskar, men fler erbjuder boende enligt LSS. Socialstyrelsens tillsyn visar dock att tillgången till särskilda boenden också har brister [16]. Många kommuner har särskilda boenden enligt SoL men inte i tillräcklig omfattning. Det förekommer att personer med psykisk funktionsnedsättning får bo i boenden enligt LSS som egentligen är avsedda för en annan målgrupp [15].

Fler bostäder är fullvärdiga i och med att de uppfyller kraven på boendestandard, och personal ger oftare stöd både i den enskildes egen bostad och i närliggande gemensamhetslokaler. Dessa bostäder integreras ofta i vanliga bostadsområden [16]. Under de senaste åren har också kommunerna visat ett ökat intresse för nya boendeformer för personer med särskilt omfattande och komplexa behov, till exempel i samband med tillämpning av öppen psykiatrisk tvångsvård [24,25].



För personer med insatser enligt LSS ser utvecklingen annorlunda ut. Socialstyrelsen har återkommande rapporterat om samlokalisering av gruppboendestäder och annan verksamhet enligt LSS, exempelvis servicelägenheter och korttidsvistelse [15]. Samlokalisering med äldreboendestäder förekommer också. Om många bostäder med särskild service och andra sociala verksamheter samlas i samma område kan bostadsområdet få en institutionell prägel, och det bidrar inte till att skapa jämlika levnadsvillkor för dem som bor där.

Boendestödet ges ibland bara på vardagarna

Tillgången till boendestöd enligt SoL varierar mellan kommunerna, framför allt när det gäller stödet efter kontorstid och under helger [15]. Någon kommun erbjuder stöd alla dagar, en annan ger boendestöd varannan lördag eller genom att personalen ändrar sin arbetstid för att tillgodose enstaka personers behov under helger. Det förekommer dessutom att enskilda avstår från boendestöd på grund av att insatsen är avgiftsbelagd. I stället beviljar kommunerna avgiftsfria insatser som inte motsvarar den enskildes behov.

I mer än var tionde kommun förändras boendestödet när personer med funktionsnedsättning fyller 65 år [15]. Den vanligaste förändringen är att en person med boendestöd överförs till äldreomsorgen och i stället får stöd i boendet av hemtjänsten. Detta är vanligast i storstäderna.

Var tredje kommun begränsar ledsagningens omfattning

Drygt en fjärdedel av kommunerna har en eller flera begränsningar vad gäller omfattningen av ledsagarservicen enligt LSS [23]. Den vanligaste är begränsning av antalet timmar och vilka aktiviteter som ledsagning beviljas för. Med annan begränsning anges tidsbegränsade beslut, att barn under 18 år undantas eller att ledsagning inte ges till personer med personlig assistans.

I ungefär var tredje kommun finns olika former av begränsningar för ledsagningen enligt SoL [23]. Det handlar om att insatsen begränsas i tid, till vissa aktiviteter eller med vissa åldersgränser. Det händer också att ledsagning endast beviljas för sådana insatser som väntjänst eller någon annan frivilligorganisation inte bistår med.

De flesta assistansberättigade anser att de får tillräckligt många timmar

De flesta personer som har assistansersättning anser att de har tillräckligt många timmar med assistans, men 25 procent tycker att de har för få timmar [26]. Knappt 10 procent anser att deras behov av assistans varierar i olika perioder. Det beror oftast på att de har psykiska sjukdomar och tillstånd som är svårare under vissa perioder. Personer med psykisk funktionsnedsättning tillhör vanligtvis personkrets 3. I den personkretsen återfinns även majoriteten av dem som vill ha fler timmar.

Sedan den 1 januari 2011 beviljar Försäkringskassan endast dubbel assistans (två eller flera assistenter) när det är utrett att behoven inte kan tillgodoses genom bostadsanpassning eller hjälpmedel. Hälften av dem som har assistansersättning har dubbel assistans. Andelen är högst i personkrets 3 (53 procent), vilket kan bero på fysiska funktionsnedsättningar.

Mer än var tredje assistansberättigad upplever att assistanstimmarna är fördelade efter deras behov. Drygt var tionde anser inte det. Det beror troligen på att den assistansberättigades behov varierar över tid, men Socialstyrelsen kan inte heller utesluta att utförarna har svårt att tillgodose de enskildas behov.

Självbestämmande och integritet i socialtjänsten

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. I detta avsnitt konstaterar Socialstyrelsen bland annat att det fortfarande finns brister i personalens bemötande av personer med funktionsnedsättning och att många av dessa inte kan välja vem som utför insatserna.

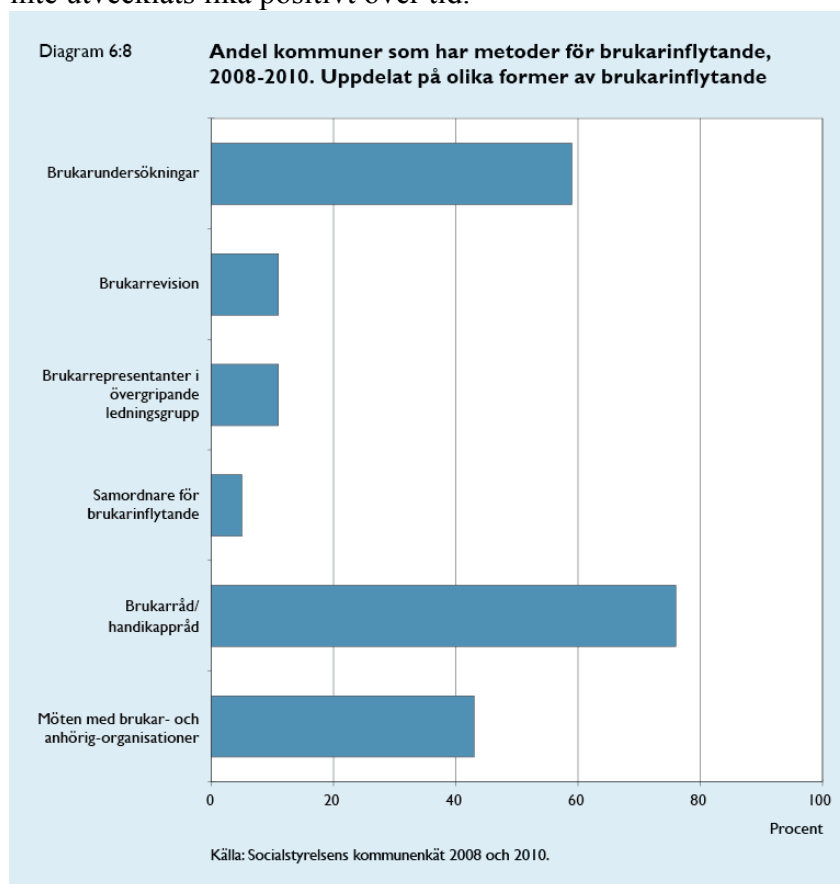
Fler verksamheter utför brukarundersökningar

Den enskilde ska ha inflytande i planeringen och genomförandet av stödet från socialtjänsten (3 kap. 5§ SoL). Olika mätningar och granskningar visar dock att inflytandet varierar.

Brukares och anhörigas erfarenheter och synpunkter är en viktig kunskapskälla för verksamhetsutveckling. Kvalitetsarbete bör generellt utgå från ett brukarperspektiv vilket innebär att ansvariga och personal reflekterar över hur före-

teelser i verksamheten försvårar för brukaren och vad som kan förbättras. En förutsättning för att kommunernas socialtjänst ska kunna utvecklas i detta sammanhang är att det finns systematiska och etablerade metoder för att inhämta brukares och anhörigas synpunkter och erfarenheter.

Under 2010 använde 81 procent av Sveriges kommuner och stadsdelar en eller flera arbetsmetoder för att öka inflytandet för personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga. Det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser av stödet till personer med funktionsnedsättning [14]. Fördelningen av olika former för brukarinflytande framgår av diagram 6:8. Sammantaget kan sägas att kommuner genomför brukarundersökningar och brukarrevisorer i allt större utsträckning vid en jämförelse med tidigare år samt att tre av fyra kommuner nu har ett inrättat handikapp- eller brukarråd. Övriga redovisade arbetsmetoder har inte utvecklats lika positivt över tid.



Det är bara drygt hälften av syncentralerna som under de senaste två åren har genomfört en brukarundersökning [17]. Andelen är högre bland de verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering. Där har 16 av 20 verksamheter under de senaste två åren genomfört en brukarundersökning. Den vanligaste formen av undersökning är enkäter.

Ungefär hälften av de rehabiliteringsverksamheter som har genomfört brukarundersökningar ger exempel på åtgärder som har vidtagits med anledning av resultaten. Flera verksamheter har fått kritik när det gäller öppetider och bristande telefontillgänglighet, och har vidtagit åtgärder för att förbättra detta. Några verksamheter har också fått synpunkter på den fysiska tillgängligheten i lokalerna.

Inget landsting har översatt enkäten till andra språk. Flera verksamheter påtar dock att de har svårt att tillgodose behoven hos personer med annan etnisk bakgrund, eftersom språksvårigheterna gör att de till exempel inte kan delta i

gruppverksamheter. Mot denna bakgrund är det angeläget att samla in brukarupplevelser från personer som inte behärskar det svenska språket.

Nästan samtliga verksamheter som arbetar med rehabilitering för personer med syn- respektive hörselnedsättningar har regelbundna möten med berörda brukarorganisationer, det vill säga minst två möten per år.

Inflytandet ser olika ut inom olika insatser

Undersökningar som har publicerats under året visar att inflytandet skiljer sig mellan olika insatser.

Var tredje assistansberättigad anser sig inte kunna välja assistenter

Många assistansberättigade får både välja vilka assistenter de ska ha och vid vilka tidpunkter assistenterna ska komma, men samtidigt är det anmärkningsvärt många som inte har någon av dessa valmöjligheter [26]. Det visar Försäkringskassans undersökning bland personer som har assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken.

Andelen assistansberättigade som kan välja sina assistenter är högst inom personkrets 3 (68 procent). Andelen är lägst inom personkrets 2, där endast 50 procent kan välja sin assistent. Vidare kan endast var tredje assistansberättigad själv bestämma när assistenten kommer. Eftersom många i gruppen bor med föräldrar som också är deras assistenter eller har assistans dygnet runt, är det svårt att värdera uppgiften. 15 procent av de assistansberättigade anger dock att de inte kan bestämma tidpunkter, utan att det blir de tidpunkter som assistansanordnaren har bestämt.

Andelen personer som är nöjda med sina assistenter är påfallande låg: endast var fjärde känner tilltro till sin assistent. Andelen nöjda är högst bland dem som anlitar ett brukarkooperativ eller är sin egen assistansanordnare. Många vill också byta assistansanordnare och knappt en tredjedel av de assistansberättigade uppger att de har gjort det. De vanligaste orsakerna till byte är att andra assistansanordnare har gett ett bättre erbjudande, att tidigare anordnare inte gjorde vad de lovade eller att tidigare anordnare saknade kompetens om den enskildes funktionsnedsättning. Drygt 3 procent svarar dessutom att den tidigare anordnaren fuskade och var oärlig. Anmärkningsvärt är också att var tionde har velat byta assistansanordnare men inte kunnat.

I samma rapport bedömer Försäkringskassan att de nya tillståndskraven från Socialstyrelsen förmodligen kommer att bidra till fler byten, till exempel på grund av indragna eller icke beviljade tillstånd [26].

Enskilda kan inte alltid påverka valet av ledsagare

I nästan alla kommuner kan den enskilde helt eller i viss mån påverka vem som ska ge ledsagning enligt LSS (97 procent) [23]. Motsvarande andel för ledsagning enligt SoL är lägre, drygt 80 procent. Anmärkningsvärt är att var sjätte kommun sällan erbjuder möjlighet att påverka valet av ledsagare enligt SoL.

Den enskilde bör kunna påverka vem som ska bistå med ledsagningsinsatsen (3 kap. 5§ SoL). Så är inte alltid fallet, särskilt inte beträffande SoL-insatsen där kommunerna ger begränsade möjligheter till inflytande. Eftersom relationen mellan den enskilde och ledsagaren bygger på tillit och förtroende är det angeläget att skapa rutiner för att alltid kunna erbjuda inflytande för den enskilde vid valet av ledsagare.

Majoriteten av kommunerna kommer att införa valfrihetssystem

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, trädde i kraft i den 1 januari 2009. Lagen reglerar vad som gäller för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter, genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten. Den enskilde ska fritt kunna välja mellan alla godkända leverantörer, samtidigt som kommunen eller landstinget har kvar det övergripande ansvaret för verksamheten.

Kommunerna är till skillnad från landstingen och regionerna inte skyldiga att införa valfrihetssystem enligt bestämmelserna i LOV. Men för att stimulera kommunerna att införa sådana system har Socialstyrelsen sedan 2008 haft regeringens uppdrag att fördela medel till kommuner som önskar förbereda och utveckla valfrihetssystem inom den äldre- och handikappomsorg som regleras i socialtjänstlagen och i LSS.

Daglig verksamhet enligt LSS är den insats till personer med funktionsnedsättning som kommunerna oftast utformar som valfrihetssystem [27]. Elva kommuner kunde i september 2011 erbjuda daglig verksamhet med olika utförare. Två kommuner kunde erbjuda alternativa utförare för insatsen korttidsboende och ytterligare en kommun kunde erbjuda gruppboende enligt LSS. I någon kommun är det också möjligt för personer med funktionsnedsättning att välja utförare för korttidstillsyn.

Av landets 290 kommuner har närmare 250 sökt och beviljats stimulansmedel för att förbereda eller utveckla valfrihetssystem enligt LOV [27]. I september 2011 hade 94 kommuner inrättat tjänster av detta slag.

Det finns inte några juridiska hinder för kommuner att samverka för att bygga upp ett valfrihetssystem enligt LOV. Kommunal samverkan förekommer också inom flera olika områden, särskilt bland små kommuner som behöver samverka för att effektivisera sin verksamhet och öka sin kompetens. I kommuner som är befolkningsmässigt små med geografiskt stora avstånd kan det vara svårt att samverka kring sådana verksamheter som vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättningar [27].

Många kommuner upprättar inte genomförandeplaner

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att genomförandeplaner upprättas alldeles för sällan. Att bristerna kvarstår visas i tillsyn utifrån klagomål och egeninitierad verksamhetstillsyn runt om i landet [16]. Den enskildes delaktighet i upprättandet av genomförandeplaner är också bristfällig.

En genomförandeplan är en vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde, och den utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennes anhörig eller annan närstående. I genomförandeplanen ska det finnas mål för de planerade insatserna, som utgår från den enskildes behov. Det anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Genomförandeplanen används i samband med pågående insatser och åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.

Bristerna i uppförandet av genomförandeplaner kan exemplifieras med hjälp av insatsen ledsagning. Knappt 40 procent av kommunerna upprättar aldrig en genomförandeplan vid planeringen av ledsagning enligt LSS [23]. Andelen är ännu lägre för insatsen ledsagning enligt SoL, knappt 25 procent. Vid kortare ledsagningar kanske sådana planer inte har så stor betydelse, men vid långvari-

ga insatser är de viktiga för att skapa säkerhet och trygghet för såväl brukare som ledsagare. Genomförandeplanerna är viktiga i själva genomförandet, men de underlättar också uppföljningen av insatsen. Utan en genomförandeplan försvåras också möjligheten att kostnadsberäkna insatsen på ett tillförlitligt sätt.

Kränkningar, hot och våld förekommer fortfarande

Socialstyrelsen har tidigare lyft fram allvarliga brister i personalens bemötande i särskilda boenden. Dessa brister tycks kvarstå, enligt resultat från tillsyn i några utvalda kommuner [16]. Bristerna handlar om kränkningar av enskildas integritet samt situationer med inslag av hot och våld i samband med konflikter mellan boende och personal eller mellan boende. Faktorer som bidrar till detta är för hög arbetsbelastning och begränsade möjligheter till fortbildning, liksom brister i stöd och ledning. Chefer kan ha ansvar för flera verksamheter, ibland med olika inriktningar och för olika målgrupper. Det gör att de inte har möjlighet att alltid finnas på plats, vilket går ut över det stöd och den handledning som behövs för att skapa trygghet och stabilitet i arbetsgruppen. Socialstyrelsen har i dessa fall ställt krav på åtgärder för att säkerställa att bristerna undanröjs.

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 vara utgångspunkten för arbetet. Det är också viktigt att se till hur olika insatser på bästa sätt kan verka förebyggande. I detta avsnitt framkommer att förutsättningar för bra samverkan mellan huvudmännen har stärkts, samtidigt som behovet av bättre samverkan inom respektive huvudmans verksamhet är stort.

Samverkan ökar, men kan bli bättre

Socialstyrelsen har under året uppmärksammat flera områden som rör samverkan och samarbete kring personer med funktionsnedsättning.

Positivt att många rehabiliteringsverksamheter arbetar för bättre samverkan

I ungefär hälften av landstingen finns det dokument som underlättar samverkan genom att beskriva vårdkedjan för personer i behov av rehabilitering vid synnedsättning eller fördjupad hörselrehabilitering [17]. I ytterligare några landsting pågår arbetet med att ta fram denna typ av dokument. Flera landsting som anger att de har vårdkedjedokument påpekar dock att dessa enbart berör en begränsad del av verksamheten eller vissa specifika grupper. Det kan till exempel handla om personer med tinnitus, dövblindhet eller kokleaimplantat. Några av landstingen håller för närvarande på att ta fram dokument även för andra grupper.

Oavsett om vårdkedjedokument finns eller inte upplever verksamheterna att samverkan inom landstingen behöver utvecklas. Detta gäller inte minst samverkan kring personer som har andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar utöver syn- eller hörselnedsättningen, och som inte tillhör verksamheternas traditionella målgrupp. Många efterlyser också bättre samverkansformer med primärvård samt habiliterings- och hjälpmedelsverksamheter.

Många verksamheter för fördjupad hörselrehabilitering upplever att de behöver en utökad samverkan kring personer med en kombination av syn- och hörselnedsättning, framför allt med landstingens syncentraler [17]. Personer med dövblindhet upplevs vara en utsatt grupp, där det inte finns tillräcklig kompetens.

Individuella planer har fortfarande inte fått fullt genomslag

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. En individuell plan är tänkt att tydliggöra för vård- och omsorgsmottagaren vilka krav han eller hon kan ställa på kommunen och landstinget när det gäller insatser och vem som ansvarar för respektive insats. Dessa individuella planer har fortfarande inte fått genomslag i de granskade kommunerna och landstingen och Socialstyrelsens tillsyn visar att det fortfarande upprättas alldeles för få individuella planer [16].

Hälften av kommunerna har rutiner för individuell planering kring personer med psykisk funktionsnedsättning

Även för personer med psykisk funktionsnedsättning är förekomsten av individuella planer otillräcklig. För denna grupp har hälften av kommunerna skriftliga rutiner för att upprätta individuella planer tillsammans med landstingen [15]. De båda huvudmännen behöver också gemensamma rutiner för det praktiska arbetet vid utskrivningar från den psykiatriska slutenvården [30]. Andelen kommuner med sådana rutiner har ökat något under de senaste åren och 2010 hade andelen stigit till 84 procent.

Kunskapen om behoven blir bättre

Allt fler kommuner tar reda på vilka behov personer med psykisk funktionsnedsättning har. Drygt hälften av kommunerna uppger att de har någon form av uppsökande verksamhet, vilket är en svag ökning sedan 2008 [15].

Socialstyrelsens upprepade mätningar visar att antalet kommuner som genomför behovsinventeringar ökar. År 2008 genomförde 143 kommuner inventeringar och två år senare hade antalet ökat till 171. Behoven avser framför allt boende, sysselsättning, fritid och ekonomi. Kommunerna prioriterar olika grupper när de gör sina behovsinventeringar. De flesta av dessa kommuner (115 stycken) undersöker behoven hos en bred målgrupp. Förutom personer med psykisk funktionsnedsättning ingår även personer med samtidiga missbruksproblem och personer med neuropsykiatriska tillstånd [28,29].

Kunskap om behoven hos personer med psykisk funktionsnedsättning är en av de viktigaste förutsättningarna för att lokala politiker och chefstjänstemän ska kunna planera och styra kommunernas verksamheter för målgruppen.

Rättssäker socialtjänst

I detta avsnitt framkommer bland annat att begränsningsåtgärder fortfarande förekommer och att verkställandet av socialtjänstens beslut inte går rätt till.

Tidigare konstaterade brister i socialtjänsten kvarstår

Socialstyrelsen har tidigare uppmärksammat att det förekommer begränsningsåtgärder i verksamheter enligt LSS, främst i gruppboendestäder. Iakttagelserna från tillsynen tyder på att dessa kvarstår [16]. I första hand gäller det olika former av begränsningar som hindrar de boendes rörelsefrihet i bostaden, till exempel att dörrar till kök och gemensamhetsutrymmen är låsta under vissa tider på dygnet när personalen inte kan vara där, trots att de ska vara tillgängliga utan restriktioner.

Socialstyrelsen har i denna typ av ärenden ställt krav på att begränsningarna omedelbart ska upphöra. Erfarenheterna från ärenden där enskilda utsatts för tvång och begränsningar är att Socialstyrelsens beslut leder till att relevanta åtgärder vidtas, även om det ibland kan ta tid och kräva uppföljande inspektioner. Vidare visar tillsynen följande:

- Det bor ofta fler personer i varje bostad med särskild service än vad Socialstyrelsen rekommenderar, det vill säga tre–fem. I extremfall kan det vara upp till tolv boende i samma gruppboendestad. Detta innebär en ökad risk för att de boende blir mer störda av varandra, att fler regler införs och att de individuella behoven blir mindre synliga.
- Gruppboendestäder och annan verksamhet enligt LSS samlokaliseras, exempelvis servicelägenheter och korttidsvistelse. Samlokalisering med äldreboendestäder förekommer också. Om många bostäder med särskild service och andra sociala verksamheter samlas i samma område kan bostadsområdet få en institutionell prägel.
- Utbudet av stimulans och fritidsverksamheter som erbjuds i gruppboendestäder är ofta starkt begränsat. Det finns även tecken på att ledsagarservicen vid aktiviteter, besök i affärer, promenader med mera tas bort när kommunerna skär ner på bemanningen [16].

Allt fler missförhållanden upptäcks

Den 1 juli 2011 fick SoL och LSS nya bestämmelser om lex Sarah, och Socialstyrelsen har även beslutat om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. En förändring är att alla allvarliga missförhållanden och risker för allvarliga missförhållanden snarast ska anmälas till Socialstyrelsen av den som bedriver verksamheten [30]. Under perioden 1 juli– 30 november 2011 kom 68 ärenden som rör verksamheter enligt LSS in, varav 20 är beslutade av tillsynen [31]. I de beslutade ärendena har lex Sarah-anmälningarna gällt brister i bemötande i form av kränkningar i ord och handling samt att beviljade insatser som är felaktigt utförda.

Socialstyrelsens tillsyn före den 1 juli 2011 visar att de tidigare bestämmelserna om lex Sarah inte har fått genomslag överallt. De tidigare bestämmelserna gällde till och med den 30 juni 2011 [16]. Ofta känner personalen i verksamheterna till anmälningsskyldigheten, men de är osäkra på vad som egentligen ska anmälas. Liksom inom äldreområdet är personalen ovan och ibland rädd för att lyfta fel och brister i verksamheten och för att anmäla missförhållanden. Det framkommer också att anmälningar och påtalade missförhållanden från personalens sida stannar hos chefen för verksamheten, utan att föras vidare till den berörda nämnden, vilket strider mot lagstiftningens intentioner [16].

Väntetiderna på beslut om insatser och verkställighet är fortfarande oskäligt långa

Myndighetsutövningen enligt LSS går inte alltid rätt till. En återkommande iakttagelse i såväl klagomålsärenden som egeninitierad verksamhetstillsyn är att handläggningen vid ansökan om insatser enligt LSS är passiv och förhalas på olika sätt [16]. Det gäller framför allt insatserna kontaktperson, ledsagarservice och bostad med särskild service. Det finns också en tendens att kommunerna inte fattar beslut om en insats förrän insatsen finns tillgänglig, trots att utredningen är avslutad. På det sättet undviker kommunerna risken att inte klara verkställigheten och att få betala en straffavgift. En annan variant av fördröjd handläggning är att enskilda som vill ansöka om bostad med särskild service uppmanas att lämna in en intresseanmälan och därefter avvakta med att lämna in ansökan till dess att kommunen meddelar att det finns en ledig plats.

Ett beslut om insatser enligt LSS ska i princip verkställas omedelbart. Trots det kan personer med funktionsnedsättning som har beviljats insatser fortfarande få vänta länge innan deras beslut verkställs. Under de tre första kvartalen 2011 inkom drygt 3 600 nya rapporter där verkställigheten hade dröjt mer än tre månader [32]. Majoriteten av dessa avser boende för vuxna (38 procent) respektive kontaktperson (35 procent).

Att enskilda får sina beslut verkställda inom rimlig tid och därmed undviker långa väntetider är en viktig rättssäkerhetsfråga. Socialstyrelsen har under flera år följt utvecklingen av ej verkställda beslut och domar och påvisat stora brister, bland annat oskäliga väntetider.

Referenser

1. Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg 1 november 2010. Socialstyrelsen; 2010.
2. Insatser till kvinnor och män med funktionsnedsättning. Kartläggning och analys av könsskillnader inom LSS och SoL. Socialstyrelsen; 2010.
3. Funktionshindrade personer 2007 – kommunala insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen; 2008.
4. Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2010. Socialstyrelsen; 2010.
5. Socialstyrelsens bearbetning av register över mottagare av insatser enligt LSS samt registret över assistansberättigade.
6. Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2004. Socialstyrelsen; 2005.
7. Daglig verksamhet enligt LSS – en kartläggning. Socialstyrelsen; 2008.
8. Alltjämt ojämlikt – levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2010.
9. Socialstyrelsen. Tillstånd personlig assistans. Hämtad 2011-12-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/tillstand/tillstand-personlig-assistans>
10. Uppgifter från utredare Kristina Söderborg, Socialstyrelsen, 2012-01-10.
11. Uppgifter från utredare Britt-Marie Fagerlund, Socialstyrelsen, 2012-01-10.
12. Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Bearbetning 2011-10-15.
13. Polanczyk G, de Lima M, Horta B, Biederman J, Rohde L. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. A J Psychiatry 2007; 164(6): 942–48.
14. Socialstyrelsen . Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning. Hämtad 2011-11-01 från <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/funktionsnedsattning>
15. Enkätundersökning till kommunerna. Arbetsmaterial. Socialstyrelsen; 2010.
16. Tillsynsrapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
17. Rehabilitering av vuxna med syn- och/eller hörselnedsättning. En kartläggning av landstingens habiliterings- och rehabiliteringsinsatser. Socialstyrelsen; 2012.
18. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Socialstyrelsen; 2011.
19. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Socialstyrelsen; 2011.
20. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011.
21. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Socialstyrelsen; 2011.
22. En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016. Regeringen; 2011.
23. Ledsagning enligt LSS och SoL - kartläggning av kommunernas insatser 2010. Socialstyrelsen; 2011.

24. Brunt David (2008) Boende och boendestöd för personer med psykiska funktionshinder: dåtid, nutid och framtid, Socionomen 2008; 4, 26–30
25. Markström U. Verksamheter för korttidsvistelse för personer med psykiska funktionshinder. Växjö universitet; 2007. Boendeprojektet, delrapport 14
26. Statlig personlig assistans – resultat från undersökning av assistansberättigade. Försäkringskassan; 2011. Socialförsäkringsrapport 2011:18.
27. Uppgifter från utredare Monica Albertsson, Socialstyrelsen, 2011-12-10.
28. Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård SOSFS 2005:27.
29. En ny vårdform – En lägesrapport om öppen tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Socialstyrelsen; 2009.
30. Socialstyrelsen. Lex Sarah – nya bestämmelser den 1 juli 2011. Hämtad 2011-11-28 från <http://www.socialstyrelsen.se/lexsarah>
31. Uppgifter från utredare Camilla Olofsson, Socialstyrelsen, 2011-12-01.
32. Uppgifter från utredare Annika Lissel, Socialstyrelsen, 2011-12-05.