

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2018



Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2018

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer	2018-2-18
Omslagsfoto	Maskot Bildbyrå AB, Johnér Bildbyrå AB
Tryck	Åtta.45 Tryckeri AB, februari 2018

Förord

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att varje år lämna lägesrapporter för olika områden inom vård och omsorg. I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen för insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, med fokus på väsentliga förändringar och på skillnader mellan män och kvinnor. I årets rapport ligger dessutom ett särskilt fokus på utvecklingen inom verksamheter som regleras av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, bland annat personlig assistans. Rapporten riktar sig främst till regering och riksdag, men även till andra aktörer såsom politiker och tjänstemän i landsting och kommuner.

Rapporten har skrivits av Karin Flyckt. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	9
Ökat tryck på kommunerna	9
Var femte beslut om kommunal personlig assistans är nybeviljat	10
Förutsättningar för delaktighet kan bli bättre	10
Kunskap om AKK och om mänskliga rättigheter ökar	11
Kommunala hälso- och sjukvården ökar	11
Övriga slutsatser och iakttagelser	12
Inledning	13
Rapportens syfte och upplägg	13
Datakällor, perspektiv och fokusområden	13
Rapportens målgrupp	14
Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen	15
Mänskliga rättigheter och individperspektiv i fokus under året	19
Nytt funktionshinderspolitiskt mål sätter mänskliga rättigheter i fokus	19
Ökad medvetenhet om hbtq och funktionshinder	20
Kunskapsbrist om nationella minoriteter inom funktionshindersområdet	22
Fortfarande begränsade förutsättningar att identifiera våldsutsatthet	25
Sammanfattande iakttagelser	28
Aktuell utveckling inom LSS och SoL	29
Allt fler insatser per person inom LSS	29
Inom SoL dominerar boendestöd	36
Sammanfattande iakttagelser	38
Kostnadsutveckling	39
Kommunernas kostnader för stöd till funktionshindrade ökar	39
Kraftig kostnadsökning för personlig assistans mellan 2015 och 2016	41
Även landstingens kostnader ökar	42
Sammanfattande iakttagelser	43
Personlig assistans	44
Var fjärde har kommunalt beslutad personlig assistans	44
Förskjutningen mot fler timmar per vecka fortsätter	45
Vart femte beslut är nybeviljat	46
Allt fler beslut om statlig assistansersättning upphör	49
Sammanfattande iakttagelser	53
Bostad med särskild service	54

Aktuell utveckling boende för vuxna	54
Boende för barn enligt LSS	57
Underskott på boenden för personer med funktionsnedsättning.....	59
Sammanfattande iakttagelser	61
Självbestämmande och inflytande	62
Alla genomförandeplaner innehåller inte individuella mål.....	62
Få kommuner har brukarinflytande på verksamhetsnivå inom socialpsykiatri.....	64
Hög delaktighet inom hjälpmedelsom-rådet	65
Sammanfattande iakttagelser	66
Samordning och helhetssyn	67
Bristande samordning får konsekvenser för enskilda och deras närstående	67
Färre kommuner erbjuder personligt ombud	68
Hälften av kommunerna informerar om rätten till SIP	69
Sammanfattande iakttagelser	70
Handläggning och myndighetsutövning	72
Var tredje kommun har uppsökande verksamhet inom socialpsykiatri	72
Allt fler kommuner använder IBIC	72
Utredningstiderna inom LSS ökar.....	73
Tiden mellan beslut och verkställighet ökar.....	74
Ju fler ärenden, desto färre uppföljningar	76
Sammanfattande iakttagelser	77
Kunskap och kompetens	78
Kunskapsbrister om kommunikation och om funktionsnedsättningar	78
Kompetensutvecklingsplaner - viktig förutsättning som ofta saknas.....	78
Nationella satsningar för att öka kunskapen	80
Ökad kunskap om patientlagen hos hjälpmedelsförskrivare.....	82
Sammanfattande iakttagelser	83
Vård på lika villkor	84
Var tredje kommun har samverkans-överenskommelser med landstingen.....	84
Tre av fyra boenden har rutiner kring hälso- och sjukvård.....	85
Kommunal hälso- och sjukvård ökar i LSS-boenden	86
Oklart hjälpmedelsansvar för utomlänspatienter	87
Ju enklare egenvårdsåtgärd, ju vanligare med stöd från kommunen..	87
Sammanfattande iakttagelser	90
Säker vård och omsorg	92
Fortfarande låg krisberedskap inom funktionshindersområdet	92

Kraven på assistansanordnare har ännu inte fått fullt genomslag	93
Tvångs- och begränsningsåtgärder är fortfarande en utmaning	94
Lex Sarah	94
Lex Maria	97
Sammanfattande iakttagelser	98
Bilaga 1. Kostnadsutveckling i löpande priser.	99
Referenser	101

Sammanfattning

I oktober 2016 hade 71 400 personer en eller flera insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS och närmare 53 000 personer i åldern 0–64 år hade insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. De vanligaste insatserna var bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS samt boendestöd enligt SoL.

Andelen kvinnor som beviljas insatser inom funktionshindersområdet är fortfarande lägre än andelen män. År 2016 utgjorde kvinnorna 41 procent av de 71 400 personer som hade insatser enligt LSS. Könsskillnaden är som störst bland de yngre. I åldersgruppen 0–12 år var endast 32 procent av LSS-insatserna beviljade till flickor.

Ökat tryck på kommunerna

Allt fler personer beviljas insatser inom funktionshindersområdet och det beror på flera saker, till exempel att allt fler behov tillgodoses. Det kan också handla om att kommunerna har fått ta ett allt större ansvar för stöden till personer med funktionsnedsättning. Resultaten i rapporten visar dessutom på vissa tydliga förändringar från 2015 och framåt. Till exempel har kommunernas kostnader för insatser till målgruppen ökat kraftigt. Mellan 2015 och 2016 ökade kostnaden för kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS, med 11 procent (cirka 1 miljard kronor i fasta priser). Kostnaden för bostad med särskild service ökade i sin tur med nio procent (cirka 2 miljarder kronor i fasta priser). Även kostnaderna för boende för barn ökade något, trots att antalet flickor och pojkar med insatsen minskar.

Såväl utredningstider som verkställighetstider av gynnande beslut ökar inom LSS. Långa verkställighetstider har varit en utmaning länge och det är inte heller ovanligt att LSS-handläggare har många ärenden. Mellan 2015 och 2016 har det dock skett en markant förändring. I storstäder och storstadsnära kommuner har mediantiden för LSS-utredningar ökat till 37 dagar. Mediantid för verkställighet av gynnande beslut om bostad med särskild service för vuxna har i samma kommungrupp ökat till 176 dagar. Sammantaget innebär detta att den enskilde kan få vänta en lång tid från ansökan till att ett gynnande beslut har verkställts.

Orsakerna bakom förändringarna kan vara flera. Till exempel kan Socialstyrelsen konstatera att en del av de nya besluten om bostad med särskild service för vuxna och personlig assistans avser personer som året innan hade hemtjänst enligt SoL. Det handlar troligen om personer med framåtskridande sjukdomar där punktinsatser från hemtjänsten inte längre varit tillräckligt för att tillgodose behoven. Det finns emellertid inget som talar för att detta inflöde skulle ha ökat i särskilt stor utsträckning just från 2015.

En stor del av förändringarna 2015–2016 förklaras förmodligen av utvecklingen inom den statliga assistansersättningen enligt socialförsäkringsbalken, SFB. Från och med 2015 har indragningarna av beslut om detta stöd ökat markant. Dessa personer har ofta omfattande behov. Många får istället

kommunalt beslutad personlig assistans, men det förekommer också att de beviljas andra insatser, till exempel någon form av särskilt boende eller avlösarservice enligt LSS. Resonemanget stärks av att det genomsnittliga antalet timmar inom kommunalt beslutad personlig assistans ökar, att fler kommuner än tidigare rapporterar underskott på särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning och att minskningen inom avlösarservice nu har avstannat.

Socialstyrelsen har, inom ramen för denna lägesrapport, inte fullt ut kunnat utröna i vilken utsträckning dessa förändringar påverkar förutsättningarna för kommunernas verksamheter till personer med funktionsnedsättning, både vad gäller insatsernas kvalitet och att tillgodose brukarnas behov.

Var femte beslut om kommunal personlig assistans är nybeviljat

I oktober 2016 hade totalt 20 070 personer personlig assistans, varav nästan 4 580 hade kommunalt beslutad personlig assistans och 15 800 hade statlig assistansersättning. Andelen kvinnor är lika stor inom båda lagrummen, 46 procent. Det genomsnittliga antalet timmar är i viss mån överlappande mellan de båda lagrummen. Till exempel så hade 9 procent av personerna med kommunalt beslutad personlig assistans 100 timmar per vecka eller mer.

I oktober 2016 var en femtedel av besluten inom den kommunalt beslutade personliga assistansen nybeviljade. Sjutton procent av de nya besluten gällde personer som var 65 år eller äldre, vilket är noterbart eftersom personlig assistans endast kan beviljas till och med 64 år. Anledningarna till detta kan vara flera, till exempel långa utredningstider och tider för verkställighet.

Det finns vissa könsskillnader bland de nya besluten. Pojkar i åldern 0–12 år beviljades i genomsnitt fler timmar personlig assistans jämfört med flickor i samma åldersgrupp, 49 respektive 39 timmar per vecka. Skillnaden är störst bland de med flest antal timmar.

Många av de vars statliga assistansersättning dras in får istället kommunalt beslutad personlig assistans. För de som får andra insatser eller inga insatser alls riskerar konsekvenserna att bli omfattande, såväl för den enskilde som för närstående. Begränsad delaktighet i samhällslivet och ökat ansvar för närstående är två exempel på konsekvenser. Ur ett barnrättsperspektiv är det särskilt bekymmersamt att vissa barn beviljas boende för barn enligt LSS istället för statlig assistansersättning eller personlig assistans. Att placeras på ett boende för barn innebär att barnet skiljs från sin familj och inte får växa upp i sin hemmiljö.

Förutsättningar för delaktighet kan bli bättre

De flesta brukare i daglig verksamhet och i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS har genomförandeplaner (omkring 90 procent), men alla planer innehåller inte individuella mål. Det framgår inte heller alltid hur den enskilde varit delaktig.

Många brukare inom särskilda boendeformer och daglig verksamhet bedömer att de har möjlighet att bestämma över sådant som är viktigt. Samtidigt uppger knappt hälften av verksamheterna att de använder metoder för brukarinflytande, vilket indikerar att förutsättningarna för inflytande kan stärkas ytterligare. Personalens kompetens i alternativ kompletterande kommunikation (AKK) är en viktig förutsättning för att möjliggöra självbestämmande och inflytande för brukare.

Några förbättringsområden kring delaktighet på särskilda boendeformer har identifierats:

- internetuppkoppling i den egna lägenheten
- möjligheten att bli sambo på boende (när båda har ett beslut)
- kvällsaktiviteter efter klockan 21 med personalstöd.

Det saknas aktuell kunskap på nationell nivå om möjligheter för barn med funktionsnedsättning att komma till tals. Tillsynens tidigare iakttagelser visar emellertid att barn med funktionsnedsättning inte alltid kommer till tals, detta gäller såväl i samband med handläggningssituationer som i verksamheter.

Kunskap om AKK och om mänskliga rättigheter ökar

Under året har det skett en positiv kunskapsutveckling i kommunerna. De nationella kunskapssatsningarna inom funktionshindersområdet har fokuserat på områden där det sedan tidigare konstaterats vara kunskapsbrist. Ett exempel är AKK, ett annat exempel är kunskap om konsekvenser av olika funktionsnedsättningar. Omkring hälften av kommunerna har erbjudit kompetensutveckling inom AKK till personal inom daglig verksamhet och bostad med särskild service för vuxna enligt LSS.

De nationella kunskapssatsningarna har även innefattat frågor som rör mänskliga rättigheter, vilket är i linje med Socialstyrelsens *Allmänna råd om kunskap hos personal som ger stöd till personer med funktionsnedsättning* och med svensk funktionshinderspolitik.

Kommunala hälso- och sjukvården ökar

Personer med funktionsnedsättning har många gånger en sämre hälsa än den övriga befolkningen och vården som ges är inte alltid jämlik. Det gäller särskilt personer med insatsen bostad med särskild service enligt LSS. Dessa verksamheter har ett ansvar för att tillgängliggöra den hälso- och sjukvård som den enskilde behöver. Samtidigt har endast tre av fyra bostäder med särskild service för vuxna rutiner kring frågor som rör hälso- och sjukvård.

Behovet av hälso- och sjukvård kan även tillgodoses via den kommunala hälso- och sjukvården. Andelen personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i bostad med särskild service för vuxna ökar, vilket till stor del förklaras av att kommunerna i Stockholms län övertog ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård 2015.

Övriga slutsatser och iakttagelser

- Kommunernas krisberedskap i verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning kan bli bättre. Omkring hälften av kommunerna har evakueringsplaner för boenden för personer med funktionsnedsättning i egen regi. Andelen har minskat något inom flera boendeformer, vilket är noterbart eftersom det många gånger handlar om personer med nedsatt rörelseförmåga eller orienteringsförmåga.
- Fortfarande saknar många kommuners LSS-verksamheter rutiner för hur de ska agera vid indikation på våldsutsatthet. Den låga andelen är bekymmersam eftersom personer med funktionsnedsättning har en hög utsatthet för våld, i synnerhet kvinnor. Utsattheten förstärks många gånger av beroendeställningen gentemot vårdpersonal inom socialtjänsten med flera.
- Verksamheternas medvetenhet om hbtq-personer med funktionsnedsättning och deras behov har ökat, vilket torde innebära ökade förutsättningar för ett jämlikt bemötande och stöd.
- Kunskapen om hur förutsättningarna ser ut för samer med funktionsnedsättning är knapphändig bland tjänstemännen i de 19 kommuner som ingår i det samiska förvaltningsområdet i Sverige.

Inledning

Rapportens syfte och upplägg

I denna lägesrapport redogör Socialstyrelsen för tillståndet och utvecklingen inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Målet är att rapporten ska vara ett relevant underlag för beslutsfattare. Den primära målgruppen är regering och riksdag, men rapporten kan även vara av intresse för andra aktörer såsom politiker och tjänstemän inom kommuner, landsting och regioner.

Rapporten innefattar insatser till personer med funktionsnedsättning enligt LSS. Vid analyser av personlig assistans ingår både uppgifter om personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt 51 kap. SFB. Rapporten omfattar även insatser till personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I denna rapport avgränsas insatserna enligt SoL till personer 0–64 år.

Även viss hälso- och sjukvård och stöd från andra aktörer ingår, främst habilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och hjälpmedel som förskrivs enligt HSL.

Rapporten utgår därutöver dels från vissa kvalitetsområden, exempelvis självbestämmande samt säker vård och omsorg, dels vissa aktuella fokusområden såsom vård på lika villkor samt kunskap och kompetens hos personalen. Dessutom uppmärksammas följande perspektiv i rapporten:

- jämställdhet
- hbtq
- nationella minoriteter
- mänskliga rättigheter.

Datakällor, perspektiv och fokusområden

Rapporten fokuserar på väsentliga förändringar och är därför inte heltäckande. Den redogör för tillståndet och utvecklingen på nationell nivå och bara till viss del för regionala variationer. Innehållet utgår delvis från befintligt material som har vägts samman i övergripande analyser. Dessa analyser och slutsatser bygger på

- aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom funktionshindersområdet, från både Socialstyrelsen och andra aktörer
- officiell statistik över insatser enligt SoL och LSS
- statistik från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning
- kommun och landstingsdatabasen (Kolada).

Lägesrapporten bygger också på vissa unika data, till exempel analyser av LSS-registret och SoL-registret samt Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning.

Rapportens bidrar till arbetet med Agenda 2030

Socialstyrelsens ambition är att de globala målen och Agenda 2030 ska genomsöka denna lägesrapport¹. Innehållet i rapporten har bäring framför allt på följande mål:

- Mål 5: Att uppnå jämställdhet, och alla kvinnors och flickors egenmakt
- Mål 10.2: Möjliggöra och verka för att alla människor, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet.

Rapportens målgrupp

Denna rapport handlar om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Med *funktionsnedsättning* menar 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.² Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara bestående eller av övergående natur. Begreppet *funktionshinder* används när myndigheten vill beskriva de begränsningar som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, men också när myndigheten avser politikområdet.

Alla personer med funktionsnedsättning har inte insatser. Vissa behöver inget stöd eller har avstått från att ansöka om insatser av andra orsaker, medan andra har ansökt men fått avslag.

De olika målgrupperna illustreras genom figur 1. Den är inte en proportionerlig bild av hur de olika grupperna förhåller sig till varandra, utan en illustration av den uppdelning som beskrivs ovan. Denna lägesrapport avser i huvudsak den minsta gruppen, personer med funktionsnedsättning som får stöd.

¹ För mer information om de globala målen och Agenda 2030, se <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>

² Ytterligare information finns på Socialstyrelsens webbplats: <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio>

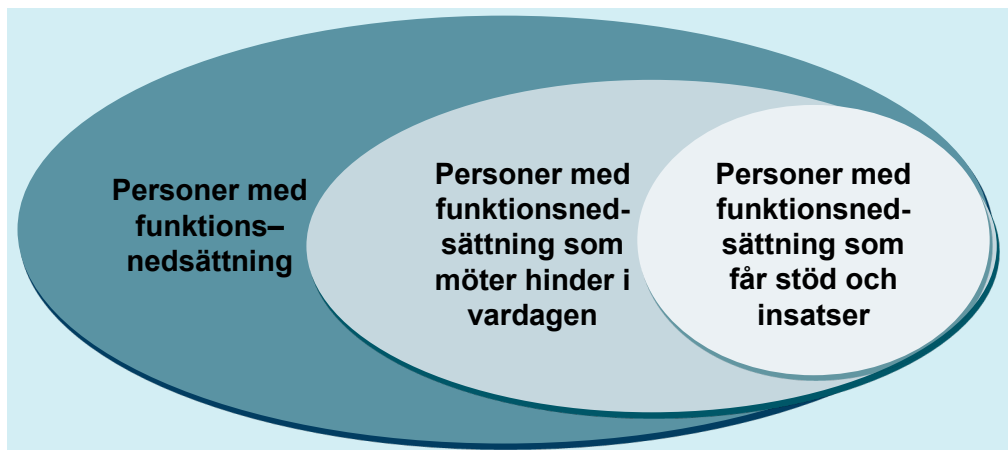


Bild 1. Förekomst av funktionsnedsättning, behov av stöd samt tilldelning av insatser och stöd, schematisk bild.

Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Verksamhet enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som ingår i lagens personkrets. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra (5 § LSS). För att ha rätt till insatser enligt LSS måste personen tillhöra någon av de så kallade personkretsar som definieras i 1 § p. 1–3 LSS:

- Personkrets 1: omfattar personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd.
- Personkrets 2: omfattar personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
- Personkrets 3: omfattar 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.

Lagen innehåller bestämmelser om tio olika insatser, med olika syften och innehåll. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade. De ska anpassas till mottagarens individuella behov och utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv. (7 § LSS)

Rådgivning och annat personligt stöd enligt 9 § 1 LSS syftar till att tillförsäkra människor med stora funktionsnedsättningar och deras närstående tillgång till kvalificerade expertinsatser av till exempel kurator, psykolog, sjukgymnast, logoped³.

³ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade s. 59.

Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS är ett personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar behöver hjälp med sin personliga hygien, måltider, att klä sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskap om den funktionshindrade (grundläggande behov) (9 a § LSS). Om personen behöver personlig assistans som i genomsnitt omfattar mer än 20 timmar i veckan för grundläggande behov kan han eller hon ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. SFB. I de fall personen ansöker om assistansersättning är det Försäkringskassan som utreder, beslutar och betalar ut ersättningen. Det stöd som tillhandahålls genom assistansersättning motsvarar det stöd som tillhandahålls genom personlig assistans enligt LSS⁴.

Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS syftar till att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att med stöd av en följeslagare komma ut och delta i samhällslivet, till exempel att besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet.⁵

Kontaktperson enligt 9 § 4 LSS syftar till att vara ett personligt stöd, för att bryta isolering och för att underlätta ett självständigt liv.⁶

Avlösarservice enligt 9 § 5 LSS syftar till att göra det möjligt för anhöriga att få avkoppling eller utträta sysslor utanför hemmet. Avlösarservice i hemmet kan erbjudas både som regelbunden insats och som en lösning vid akuta behov under hela dygnet.⁷

Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS ges utanför det egna hemmet för att en person med funktionsnedsättning ska få miljöombyte och rekreation eller för att ge närstående avlastning. Vistelsen kan förläggas i korttidshem, hos stödfamilj eller som lägervistelse.⁸

Korttidstillsyn enligt 9 § 7 LSS är en form av tillsyn utanför det egna hemmet för skolbarn över 12 år med funktionsnedsättning. Insatsen ges före och efter skoldagens slut, under lov dagar, studiedagar och längre lov.⁹

Boende för barn enligt 9 § 8 LSS ges som boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdomar. Insats som ges till barn eller ungdomar som av skilda skäl inte kan bo hos sina föräldrar utan beviljas boende i en annan familj eller i en bostad med särskild service.

Boende för vuxna enligt 9 § 9 LSS ges som bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna. Insatsen ges i form av bostäder till personer i vuxen ålder som har behov av stöd, service och omvårdnad som kan utformas på olika sätt. Gruppboende och serviceboende är de vanligaste formerna. En gruppboende är ett bostadsalternativ för personer med ett omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov där stöd kan ges alla tider på dygnet av en fast, kollektiv bemanning. I en gruppboende bör i regel bara tre till fem personer bo (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2002:9] om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS). En serviceboende består av ett antal lägenheter där de boende har tillgång till

⁴51 kap. 2 § första stycket SFB och prop. 2009/10:176 *Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet*, s. 78.

⁵ Se Prop. 1992/93:159 s. 74.

⁶ Se Prop. 1992/93:159 s. 75.

⁷ Se Prop. 1992/93:159 s. 178.

⁸ Se Prop. 1992/93:159 s. 77.

⁹ Se Prop. 1992/93:159 s. 78 och 178.

gemensam service och fast anställd personal. I annan särskilt anpassad bostad för vuxna ingår inte stöd av personal och inte omvårdnad.¹⁰

Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS innebär sysselsättning för en person med funktionsnedsättning som är i yrkesverksam ålder, som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Rätten till daglig verksamhet gäller personer i yrkesverksam ålder och endast personer som tillhör personkrets 1 och 2.¹¹

Socialtjänstlagen

Kommunernas ansvar för vård och omsorg om personer med funktionsnedsättning regleras även i SoL. Enligt 5 kap. 7 § SoL ska kommunerna verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden ska enligt samma paragraf medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra. Vidare ska kommunen inrätta bostäder med särskild service för de som behöver sådan bostad (5 kap. 7 § tredje stycket SoL). Personer med funktionsnedsättning kan ansöka om insatser enligt SoL, och vissa av dem har dessutom rätt till insatser enligt LSS.

Habilitering och hjälpmedel

Med *habilitering* menar Socialstyrelsen insatser till att personer med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, så att de utifrån sina behov och förutsättningar utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga. Insatserna kan vara arbetslivsinriktade, medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och tekniska och kan kombineras utifrån individens behov, förutsättningar och intressen.¹²

Med *hjälpmedel* avser Socialstyrelsen en individuellt utprovad produkt som syftar till att personen ska bibehålla eller öka sin aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera för en funktionsnedsättning. Exempel på hjälpmedel för det dagliga livet är rullatorer, griptänger, hörapparater, förstoringssystem och appar för påminnelser. Hjälpmedel förskrivs eller köps på konsumentmarknaden efter rådgivning av behörig hälso- och sjukvårdspersonal. De flesta hjälpmedel för det dagliga livet är medicintekniska produkter.¹³ Landstinget ska enligt 8 kap. 7 § HSL erbjuda

1. habilitering och rehabilitering
2. hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning
3. tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade.

Detta gäller dem som är bosatta inom landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där.

¹⁰ Se 9 § 10, 9 e § och prop. 1992/93:159 s. 85 f.

¹¹ Se 9 § 10 och 7 § första stycket LSS.

¹² <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?FTid=668>

¹³ <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?FTid=799>

Patientlagen

Enligt patientlagen (2014:821) ska patienten få information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning (3 kap. 1 § 3 patientlagen). Informationen ska enligt övriga paragrafer i kapitlet i patientlagen vara anpassad till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella egenskaper. Den som ger informationen ska dessutom så långt som det är möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i informationen och betydelsen av den (se 3 kap. 1 §). När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ha möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska också få det valda hjälpmedlet, om det är befogat med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet (se 7 kap. 2 §).

Mänskliga rättigheter och individperspektiv i fokus under året

I detta kapitel lyfter Socialstyrelsen några aktuella områden med beröring på mänskliga rättigheter och individperspektiv. Kapitlet inleds med en sammanfattande omvärldsbild av mänskliga rättigheter inom funktionshinderspolitiken, och hur denna relaterar till Socialstyrelsens ansvarsområde. Därefter redogörs för kunskapsläget, förutsättningar och utmaningar inom tre aktuella områden: sexuell hälsa och sexuella rättigheter, nationella minoriteter samt våldsutsatthet. Kapitlet utgår inte från lagstiftningen inom området, utan syftar till att belysa områdena ur ett individperspektiv, med mänskliga rättigheter som grund.

Nytt funktionshinderspolitiskt mål sätter mänskliga rättigheter i fokus

I november 2017 antog riksdagen ett nytt nationellt mål för funktionshinderspolitiken där kopplingen till mänskliga rättigheter tydliggörs [4]. Det nya målet är

att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning, med mångfald som grund.

Sverige undertecknade förvisso konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning redan 2007 [5], men i och med att det nya nationella målet kopplar till konventionen får Sveriges arbete för att uppnå de funktionshinderspolitiska målen ett tydligare fokus på mänskliga rättigheter. Detta gäller även de individuella stöden. Socialstyrelsens ansvar för funktionshinderspolitiken beskrivs i förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen:

Socialstyrelsen har ett samlat ansvar, sektorsansvar, för genomförande av de funktionshinderspolitiska målen med anknytning till Socialstyrelsens verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska inom ramen för detta ansvar vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter.

Genom det nya funktionshinderspolitiska målet kopplas Socialstyrelsens arbete med de individuella stöden och mänskliga rättigheter starkare till varandra.

Uppfylldandet av artiklarna i konventionen har även en koppling till Agenda 2030 och de globala målen om hållbarhet. För första gången återfinns ett tydligt funktionshindersperspektiv i dessa mål, i mål 10.2 om att möjliggöra och verka för att alla människor, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion, ekonomisk eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet. I september 2017 arrangerade Socialstyrelsen och federationen Lika Unika seminariet *Funktionshindersperspektivet i Agenda 2030*, ett kunskapshöjande seminarium som vände sig till såväl aktiva inom intresseorganisationer som myndighetsanställda. En av de slutsatser som drogs var att kopplingen mellan konventionen och de globala hållbarhetsmålen är tydlig, och att Agenda 2030 kan fungera som ett verktyg även för att förverkliga artiklarna i konventionen.

Ökad medvetenhet om hbtq och funktionshinder

Hbtq-perspektivet är inte alltid synligt inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning. Det framkommer i en förstudie som Socialstyrelsens genomförde 2017 [6]. Flera av de som deltog i förstudien menade att socialtjänsten behöver en normkritisk kompetens som genomsyrar hela verksamheten, vilket innebär ett bredare perspektiv än bara hbtq-perspektivet. Det kan till exempel gälla personer med funktionsnedsättning och personer från en annan kulturell bakgrund. [6]

Inom habiliteringen tycks medvetenheten om hbtq-perspektivet vara högre och i en licentiatavhandling framkommer att personalen många gånger har erfarenheter av att möta dessa personer [7]. Personalen menar att de har ett ansvar att synliggöra och stödja unga hbtq-personer men förmedlar samtidigt en känsla av osäkerhet i hur detta bör ske. Även hbtq-personer med funktionsnedsättning efterlyser detta, det vill säga att synliggöras och att få stöd. [7] I Socialstyrelsens tidigare kartläggning av habiliteringsverksamheter framkom att många verksamheter jobbar med detta [8]. En tredjedel av verksamheterna hade under 2015 och 2016 kompetensutvecklat personal i frågor som rör livsvillkor för hbtq-personer. Flera habiliteringsverksamheter uppgav dessutom att de höll på att hbtq-certifiera sin verksamhet. En verksamhet uppgav att de under 2017 avsåg att genomföra en utbildning i transsexualism. [8]

Det pågår flera satsningar för att öka medvetenheten och stärka stödet till hbtq-personer med funktionsnedsättning. I Socialstyrelsens kommande utbildningsmaterial till socialtjänsten om hbtq-frågor handlar en del om personer med funktionsnedsättning¹⁴. Ett annat exempel är ”Funkisprojektet” som bedrivits av RFSL fram till 2017 [9]. Inom ramen för projektet har RFSL utbildat LSS-verksamheter¹⁵ och intresseorganisationer. RFSL har även tagit fram ett metodmaterial som vänder sig till verksamheterna, som bland annat

¹⁴ Utbildningen handlar om normer och om hur dessa påverkar bemötande och utformningen av socialtjänsten utifrån ett hbtq-perspektiv. Utbildningen riktar sig till alla som arbetar i socialtjänsten och är tänkt att genomföras i grupp under ledning av någon som utsetts att hålla samman utbildningsinsatsen. Det finns även en handledning till den som utses för att leda utbildningen i arbetsgruppen.

¹⁵ Vid projektets slut hade 240 verksamhetsföreträdare deltagit i utbildningen.

ska vara ett stöd vid utformandet av samtalsgrupper. I utvärderingen av utbildningen framkom bland annat:

”Bra ögonöppnare för personer med lite koll på hbtq- och funktisfrågor.”

”Det ligger i tiden att alla blir mer öppna.”

”Välbehövligt! Nu gäller det att vi börjar att jobba!”

Behov av bättre bemötande av personer med könsdysfori och samtidigt autismspektrumtillstånd

Studier har visat på förekomsten av könsdysfori¹⁶ bland personer med vissa funktionsnedsättningar [10, 11]. I en av studierna konstaterades att 3–13 procent av tonåringar med könsdysfori även hade autismspektrumtillstånd (AST) eller drag av AST. I samma studie rapporterade flera kliniker ett ökande antal personer med könsdysfori och samtidig autismspektrumtillstånd [11]. I en annan studie konstaterades en 7,5 gånger högre sannolikhet för gendervariationer bland barn och unga med autismspektrumtillstånd jämfört med jämnåriga [12].

Teamet för könsidentitetsutredningar av unga vid Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm har rapporterat en kraftig ökning av vissa psykiatriska diagnoser bland personer med könsdysfori [13]. Hit hör exempelvis autismspektrumtillstånd, som beskrivs som ”överrepresenterat bland dem som söker könsbekräftande behandling”¹⁷.

Att vissa funktionsnedsättningar är överrepresenterade bland personer med könsdysfori innebär inte att den dubbla förekomsten skulle vara vanlig eller att det finns ett orsakssamband. Däremot pekar studierna och de kliniska erfarenheterna på behovet av att ha ett funktionshindersperspektiv i verksamheter som arbetar med könsidentitetsutredningar. Funkisprojektet har lyft två huvudsakliga behov för att stärka förutsättningarna för transpersoner med funktionsnedsättning att ta del av könsbekräftande vård [14]:

- Övergripande behov av tillgänglighet; information om könsbekräftande vård behöver finns översatt till lättläst, teckenspråk och vara läsbart med skärmläsarverktyg.
- Utredningsgrupper inom könsbekräftande vård kan behöva kunskap och kompetenshöjning inom funktionshindersområdet och särskild kunskap om behov kopplat till kognitiva och intellektuella funktionsnedsättningar.

¹⁶ Könsdysfori kan beskrivas som en stark och ihållande känsla av att vara född i fel kön. Ofta är denna känsla förknippad med ett psykiskt lidande som kan medföra en nedsatt förmåga att fungera i vardagen. Enligt svensk och internationell praxis behandlas könsdysfori genom att förändra kroppen till att stämma bättre överens med personens könsidentitet. Hormonbehandling och kirurgiska ingrepp är två exempel på åtgärder för den medicinska könskorrigeringen. För ungdomar finns även hormoner som bromsar den kroppsegna puberteten.

¹⁷ Som jämförelse nämns att 2,5 procent av tonåringar i Stockholms län 2011 hade diagnosen autismspektrumtillstånd.

Kunskapsbrist om nationella minoriteter inom funktionshindersområdet

Rättigheter för urbefolkningar slås fast i FN:s deklaration om urfolkens rättigheter som antogs 2007. Grundläggande i deklarationen är rätten till självbestämmande (artikel 3). Andra viktiga aspekter i deklarationen handlar om att skydda rätten för urfolk att själva få bestämma över politisk status och att fritt få driva sin ekonomiska, sociala och kulturella utveckling [1].

Samerna är att betrakta som ett urfolk i Sverige, och enligt 1 kap. 2 § regeringsformen ska det samiska folkets möjligheter att behålla och utveckla ett eget kultur- och samfundsliv främjas. Målet för den svenska samepolitiken är en levande samisk kultur byggd på en ekologiskt hållbar rennäring och andra samiska näringar samt ett ökat samiskt självbestämmande [3]. I Sverige omfattas samer av lagen (2009:724) om nationella minoriteter. Lagen innehåller bland annat rätten att använda det samiska språket vid kontakter med förvaltningsmyndighet inom förvaltningsområdet (8 §). I 4 § anges också att det allmänna ska främja de nationella minoriteternas möjligheter att behålla och utveckla sin kultur i Sverige.

Under 2017 avslutades ett nordiskt forskningsprojekt om samer med funktionsnedsättning [15, 16]. I intervjustudier med samer med funktionsnedsättning framkommer flera viktiga synpunkter, bland annat:

- Samisk kultur går bland annat ut på att man tar hand om varandra, och att det finns ett visst motstånd mot att söka sjukvård.
- De som söker vård har upplevt brister i anpassning till det samiska samhället, exempelvis språket och oförståelse för det samiska ursprunget.
- Bristen på förståelse inom vården kan bidra till att förstärka den isolering som delvis blivit en konsekvens av funktionsnedsättningen.

Brist på kontinuitet i vård och stöd kan uppstå för de samer som håller på med rennäring och som inte bor på samma ställe under hela året.

"Vi flyttade med renarna upp och ner, så jag hade flera olika kontakter... Vården förstod ingenting förrän jag själv insåg att jag måste ha hjälp och bad om det. Det var ingen som kunde fånga upp, det var ingen som förstod..."

En av intervjupersonerna hade beviljats stöd enligt LSS, men visste inte så mycket om vilken hjälp som hen kunde få, och önskade därför få mer information om stöden. Andra intervjupersoner berättade att de klarade sin vardag och hemmet själva. En av dem berättade att *med hjälp av olika strategier gick det bra. Hjälpbehovet brukade vara tillfälligt och då var det lätt att be om hjälp.* [15]

I en annan av projektets delstudier undersöktes tillgången till stöd för samer med funktionsnedsättning [16]. Studien genomfördes i form av en enkätundersökning som riktade sig till kommunala handläggare i samiska förvaltningskommuner^{18 19}. I studien ingick såväl handläggare med fokus på funktionshindersfrågor som handläggare med ansvar för samiska frågor. Att studera livsvillkor, inklusive tillgång till stöd, för urfolk och nationella minoriteter är inte helt okomplicerat ur ett etiskt perspektiv. Att särskilt uppmärksamma samer med funktionsnedsättning kan ändå sägas vara berättigat eftersom brister i språk och i kulturell förståelse kan leda till brister i vård, omsorg och stöd. En jämförelse kan göras med Socialstyrelsens tidigare uppdrag om äldreomsorgen och nationella minoriteter, inklusive samer [17].

Gränsfallsproblem kan uppstå vid bostadsanpassning

Några av förvaltningskommunerna menar att det inte är svårare att tillgodose behov av bostadsanpassning hos samer än hos andra kommuninvånare, trots att samer kan bo i ett väglöst land [16].

”Oftast har du inte möjlighet att vara på fjället om du har en funktionsnedsättning. Har man handikapp så väljer man den bostad som ligger nära sjukvård och service”.

En kommun uppgav dock att de genomfört bostadsanpassning till ”personer som bott ute på fjället”.

Knappt hälften av kommunerna hänvisade till att bostadsanpassning endast beviljas där den enskilde är folkbokförd, och inte i ”sommarbostad”. Anpassningen ska också göras utifrån en viss norm, och saknas denna i exempelvis en kåta kan det uppstå gränsfallsproblem.

Viss kompetensutveckling inom LSS om samisk kultur

Få samer tycks ha stöd enligt LSS och flera av handläggarna uppger att inga ansökningar har inkommit från samer med funktionsnedsättning²⁰ [16]. Flera förvaltningskommuner menade att insatser till samer med funktionsnedsättning inte skiljer sig från övrig befolkning. En av kommunerna hade emellertid beviljat personlig assistans enligt LSS för renskötsel.

Ätta av förvaltningskommunerna hade genomfört någon form av kompetensutveckling för LSS-handläggare, både vad gäller det samiska språket och den samiska kulturen. Sju av kommunerna kände inte till hur den samiska språkkompetensen såg ut hos personal som arbetar inom LSS.

¹⁸ Uppgifter om tillhörande av nationell minoritet registerförs inte i Sverige, varför svaren i enkätundersökningen utgår från kännedomen hos tjänstemännen.

¹⁹ Med förvaltningskommuner för samiska avses kommunerna Arjeplog, Arvidsjaur, Berg, Dorotea, Gällivare, Härjedalen, Jokkmokk, Kiruna, Krokom, Lycksele, Malå, Sorsele, Storuman, Strömsund, Umeå, Vilhelmina, Åre, Älvdalen och Östersund.

²⁰ Uppgiften utgår från handläggarnas kännedom.

Vidare hade sju av nio kommuner vidtagit åtgärder för att samer med funktionsnedsättning ska kunna delta i riktade aktiviteter för den samiska befolkningen. Åtgärderna handlade framförallt om att välja lokaler med god tillgänglighet och att ordna med samarrangerad transport till samiska aktiviteter.

Varierande medvetenhet om behov

Handläggarnas kunskaper om samernas behov behöver öka, konstaterar rapportförfattarna. Likaså behöver arbetet stärkas för att kommunerna ska kunna erbjuda stöd till samer med funktionsnedsättning som motsvarar deras behov, och som förväntas enligt konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning [16].

Handläggares kommentarer i enkätundersökningen illustrerar den varierande kunskapen och medvetenheten om förutsättningar och behov hos samer med funktionsnedsättning.

”Förstår inte frågan riktigt, att man särskiljer samer från andra, man skall ju behandla alla lika. Försöker inte skilja på någon utan alla ska få samma behandling”.

”Hur gör dom [...]? Vet man inte av sina rättigheter eller är det en annan kultur så att man tar hand om varandra istället?”

”Det är bra att det kommer upp för vi har börjat att diskutera det här i kommunen. Vi måste ha någon plan helt enkelt, så vi är förberedda kring frågor om samer och funktionsnedsättning”. [16]

Rekommendationer för fortsatt arbete

Inom ramen för ovanstående projekt har Nordens välfärdscenter tillsammans med olika intressenter tagit fram policyrekommendationer, bland annat:

- Förbättra den kulturella sensitiviteten inom välfärdssektorn. Det finns ett behov av att utveckla ett kultursensitivt förhållningssätt för personal som jobbar inom det sociala området, hälso- och sjukvården och andra välfärdssektorer som möter samer med funktionsnedsättning. Detta gäller särskilt inom de samiska förvaltningsområdena.
- Stärk och uppmärksamma rätten till samiska språk hos samer med funktionsnedsättning. Försäkra rätten att använda de samiska språken i kontakt med olika samhällsaktörer, till exempel i mötet med socialtjänst eller hälso- och sjukvård.
- Bra och lättillgänglig information på de samiska språken om de rättigheter som samer med funktionsnedsättning har. [18]

Rekommendationerna avser samer med funktionsnedsättning, men Socialstyrelsen menar att det även är viktigt att ha med sig detta när det gäller andra nationella minoriteter²¹.

²¹ De fem erkända nationella minoriteterna i Sverige är judar, romer, samer (som även är ett urfolk), sverigefinnar och tornedalingar.

Fortfarande begränsade förutsättningar att identifiera våldsutsatthet

I förra årets lägesrapport uppmärksammade Socialstyrelsen våldsutsattheten bland personer med funktionsnedsättning, liksom att det finns brister i stödet. I årets lägesrapport fortsätter Socialstyrelsen att belysa området, och den här gången med särskilt fokus på kvinnors utsatthet och våld i nära relationer. Området lyfts i inriktningspropositionen för funktionshinderspolitiken [4], liksom har övervakningskommittén kommenterat de svenska förhållandena [19]. Socialstyrelsen bedömer därför att området bör följas över tid.

Kvinnor med funktionsnedsättning är nästan dubbelt så utsatta

Kvinnor med funktionsnedsättning har en högre våldsutsatthet än andra kvinnor, och i en europeisk studie om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning uppgav 34 procent av kvinnorna med funktionsnedsättning att de utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld efter 15 års ålder. Motsvarande andel bland övriga kvinnor var 19 procent. [20]

Kvinnor med funktionsnedsättning är således mer utsatta än genomsnittet och vanligast är att våldet upprepas och utövas i en nära relation. Mönstret är detsamma som för andra kvinnor: förövaren är ofta en familjemedlem och i de flesta fall en eller flera män. Skillnaden mellan kvinnor med funktionsnedsättning och andra kvinnor är att konsekvenserna av funktionsnedsättningen många gånger skapar en beroenderelation till omgivningen. Dessutom

- blir kvinnor med funktionsnedsättning våldsutsatta under längre perioder än andra kvinnor
- löper kvinnor med funktionsnedsättning större risk än andra kvinnor att utsättas för fysiskt våld såväl före som under graviditet
- är kvinnor med funktionsnedsättning betydligt mer utsatta för övergrepp av vårdpersonal och andra vårdgivare [20].

Kvinnor med funktionsnedsättning nämns i den *nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor*²². Även i strategin lyfts beroendeställningen gentemot andra fram som en riskfaktor för dessa kvinnors våldsutsatthet [21].

Nära relationer avser ofta relationer till familjemedlemmar och den utökade familjen såsom nära vänner och släktingar, det vill säga med personer som oftast står för trygghet och omsorg. Förutom dessa nära relationer har personer med funktionsnedsättning även andra människor som ska ge trygghet och omsorg. Dessa kan vara vårdpersonal och personal inom socialtjänsten. För personer med funktionsnedsättning kan med andra ord begreppet ”nära relationer” handla om en stor grupp människor.

Särskilda aspekter av våld och övergrepp som personer med funktionsnedsättning utsätts för kan generellt delas in i två kategorier. Kategorierna har

²² Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att stödja genomförandet och uppföljningen av den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (Socialstyrelsens diarienummer 8701/2017-8).

gemensamt att förövaren kan utnyttja personens reducerade autonomi och förmåga att göra motstånd:

- Övergrepp i stöd- eller vårdsituationer som är direkt relaterade till att personen har en funktionsnedsättning.
- Typer av våld som alla riskerar att utsättas för men som inte hade ägt rum om den utsatta inte hade haft en funktionsnedsättning.

Funktionshindersperspektivet har även lyfts i den svenska debatten som följt efter initiativet *#metoo* och i januari 2018 överlämnades uppdraget *#slutvillkorat* till regeringen²³. I uppdraget ställs bland annat krav på

- att hälso- och sjukvården och socialtjänsten och andra verksamheter som arbetar med våld mot kvinnor har funktionshinderskompetens och kunskap om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning
- att de färdtjänstchaufförer som blir anklagade för sexuella övergrepp ska bli avstängda under utredningen
- att kvinnojourer är tillgängliga för kvinnor med funktionsnedsättning.

Fortfarande begränsade förutsättningar att upptäcka våldsutsatthet inom LSS-verksamheter

Vården och socialtjänsten har en viktig roll i att identifiera våldsutsatthet hos personer med funktionsnedsättning. I flera kommuner pågår ett utvecklingsarbete, men en hel del arbete kvarstår.

En av de mest grundläggande förutsättningarna för att identifiera våldsutsatthet inom socialtjänsten är att ställa frågor om våld till enskilda som söker stöd. Det gäller även verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning [22]. Det är till exempel viktigt att:

- verksamheten har en rutin för hur frågeproceduren går till
- personalen har utbildning i hur de ska fråga om våld
- verksamheten har rutiner för vart den enskilde kan hänvisas inom organisationen eller till annan verksamhet. [23]

Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera ska med andra ord vara ett stöd för personalen. Endast en tredjedel av kommunerna använder emellertid den standardiserade bedömningsmetoden FRED-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna inom LSS²⁴ (tabell 1). Andelen är något högre än för äldreomsorgen (29 procent), men klart lägre än inom ekonomiskt bistånd där 67 procent av landets kommuner använder den standardiserade bedömningsmetoden i fråga. Att andelen är så låg inom LSS-verksamheter är anmärkningsvärt med tanke på den höga våldsutsattheten.

²³ <http://slutvillkorat.nu/uppdrag.html>

²⁴ FRED-kortfrågor är en standardiserad bedömningsmetod som ska vara ett stöd för att identifiera och bedöma behov av skydd och stöd i arbetet med personer som utsatts för våld i nära relationer.

Tabell 1. Rutiner och samverkan rörande våldsutsatthet

Andelen kommuner vars LSS-verksamhet och socialpsykiatri har rutiner för hur handläggarna ska agera vid indikation på att en vuxen har utsatts för våld, andelen angiven i procent, 2017.

Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld	Andel kommuner
inom socialpsykiatrin	41
inom LSS-vuxen	40
inom LSS - barn	40

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017), öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017).

Vidare har 40 procent av kommunerna rutiner för LSS-handläggarnas agerande vid indikation på att en vuxen utsatts för våld. Motsvarande andel är ungefär densamma inom socialpsykiatrin. Sedan föregående år har andelen kommuner med en sådan rutin ökat med någon procentenhet inom såväl LSS som inom socialpsykiatrin, och den är något högre än inom exempelvis äldreomsorgen (37 procent). Andelen är dock fortfarande lägre än inom ekonomiskt bistånd där 52 procent av landets kommuner har rutiner vid indikation på att en vuxen utsatts för våld.

Något vanligare att verksamheterna har rutiner

Personalen i verksamheterna är ofta de som först kan observera tecken på att allt inte står rätt till och agera riskförebyggande. Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera vid indikation på våld kan därför vara ett stöd för dem att agera, helst innan de som berörs har tagit allvarlig skada [24]. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att majoriteten av alla boenden och dagliga verksamheter enligt LSS har sådana rutiner [25]:

- 60 procent av landets boenden för vuxna enligt LSS
- 58 procent av landets dagliga verksamheter

Uppgifter i kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) bidrar med ytterligare kunskap om våldsutsattheten i bostäder med särskild service enligt LSS [26]. Under de senaste sex månaderna²⁵ hade hot eller våld mot brukare inte förekommit på:

- 61 procent av boendena i mindre städer och landsbygdskommuner
- 65 procent av boendena i större städer och kommuner nära större stad
- 54 procent av boendena i storstäder och storstadsnära kommuner

Detta indikerar att våld eller hot om våld mot brukare har förekommit på åtminstone 35 procent av boenden för vuxna enligt LSS²⁶. Uppgifterna har lämnats av personal och inte från brukarna själva och det finns därför risk för ett visst mörkertal.

²⁵ Avser de senaste sex månaderna vid mätillfället 2017.

²⁶ Avser de senaste sex månaderna vid mätillfället 2017.

Sammanfattande iakttagelser

- Verksamheternas medvetenhet om hbtq-personer med funktionsnedsättning och deras behov ökar, vilket torde innebära ökade förutsättningar för ett jämlikt bemötande och stöd.
- Trots att vissa funktionsnedsättningar, exempelvis autismspektrumtillstånd, är vanliga bland personer med könsdysfori saknas behandlingsinformation i alternativa format.
- Kunskapen om hur förutsättningarna ser ut för samer med funktionsnedsättning är knapphändig bland tjänstemännen i de 19 kommuner som ingår i det samiska förvaltningsområdet i Sverige. En ökad kunskap om den samiska kulturen och det samiska språket ökar förutsättningarna för att tillgodose behoven hos samer med funktionsnedsättning.
- Kvinnor med funktionsnedsättning har en hög utsatthet för våld, vilket förstärks av beroendeställningen gentemot bland annat vårdpersonal. Samtidigt saknar många kommuners LSS-handläggning rutiner för att upptäcka våldsutsatthet, något som försvårar möjligheterna att ge stöd. Att andelen är så låg inom LSS-verksamheter är anmärkningsvärt med tanke på den höga våldsutsattheten.

Aktuell utveckling inom LSS och SoL

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för omfattningen och utvecklingen av insatser enligt LSS och SoL. Utvecklingen av insatserna personlig assistans enligt LSS och särskilda boendeformer enligt LSS och SoL beskrivs i separata kapitel, och tas endast upp översiktligt i detta kapitel.

Allt fler insatser per person inom LSS

Den 1 oktober 2016 hade 71 400 personer minst en verkställd insats enligt LSS från kommunerna. Dessa personer hade sammanlagt 118 600 insatser (tabell 2) och majoriteten av insatserna beviljades till personer i ålder 23–64 år. En mindre andel beviljades till barn 0–12 år, åtta procent. En lika stor andel insatser beviljades till personer 65 år eller äldre. [27]

Daglig verksamhet och bostad med särskild service för vuxna är fortfarande de vanligaste insatserna och tillsammans stod de för 54 procent av samtliga insatser enligt LSS (tabell 2). Även kontaktperson enligt LSS var vanlig och stod för 16 procent av insatserna.

Tabell 2. Insatser enligt LSS

Antalet insatser* enligt LSS, uppdelat på ålder, kön och insats, avrundade värden, 1 oktober 2016.

Insats enligt LSS	0–12 år		13–22 år		23–64 år		65– år		Samtliga		
	Flicka	Pojke	Flicka	Pojke	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Totalt
Personlig assistans**	240	360	280	430	1 240	1 320	360	360	2 120	2 470	4 590
Ledsagar-service	110	220	1 090	1 810	1 770	2 130	490	410	3 460	4 570	8 030
Kontaktperson	40	120	1 480	2 230	6 260	7 410	980	910	8 760	10 670	19 430
Avlösar-service	710	1 770	390	690	90	110	20	20	1 210	2 590	3 800
Korttids-vistelse	910	2 020	2 020	3 440	480	710	10	20	3 420	6 190	9 610
Korttids-tillsyn	9	15	1 630	2 760	4	3	0	0	1 640	2 780	4 420
Boende, barn	40	40	320	580	5	2	0	0	370	630	1 000
Boende, vuxna	0	0	520	830	9 220	12 920	1 670	1 950	11 410	15 700	27 110
Daglig verksamhet	0	0	1 400	2 260	13 730	18 330	390	490	15 520	21 080	36 600

*En person kan ha flera insatser, varför kolumnerna inte går att summera till antal personer.

**Avser endast personlig assistans som beviljats enligt LSS.

Källa: Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2016 (Socialstyrelsen, 2017)

Vilka insatser som är de vanligaste skiljer sig mellan åldersgrupperna:

- åldersgruppen 65 år eller äldre: boende, kontaktperson och ledsagarservice
- åldersgruppen 13–22: korttidsvistelse, daglig verksamhet och kontaktperson
- åldersgruppen 0–12 år: korttidsvistelse, avlösarservice och personlig assistans.

Andelen kvinnor som beviljas insatser enligt LSS är fortfarande lägre än andelen män. År 2016 utgjorde kvinnorna 41 procent av de 71 400 personer som 2016 hade en eller flera insatser enligt LSS. Männen är i majoritet inom samtliga insatser, men skillnaden är störst inom avlösarservice och korttidsvistelse. Andelen kvinnor inom dessa två insatser var 32 respektive 36 procent.

Männen är även i majoritet i samtliga åldersgrupper, men skillnaden är som störst bland de yngre. I åldersgruppen 0–12 år var endast 32 procent av insatserna beviljade till flickor, i åldersgruppen 13–22 år hade flickornas andel ökat till 38 procent.

Vissa könsskillnader inom LSS kan förklaras av skillnader i förekomst av olika diagnoser. Det har Socialstyrelsen konstaterat i tidigare lägesrapporter [8, 28]. Vissa diagnoser är vanligare bland män än kvinnor i totalbefolkningen, till exempel utvecklingsstörning och autism. Dessa diagnoser är också kopplade till personkretsarna i LSS och därmed också rätten till insatser. Samtidigt visar forskningen att flickor många gånger får diagnoser senare än pojkar, exempelvis när det gäller Aspergers syndrom, vilket kan förklara varför könsskillnaderna inom LSS minskar i de högre åldersgrupperna. [8, 28]

De flesta nybeviljande inom LSS avser män

Nybeviljade beslut enligt LSS är av intresse eftersom ökad kunskap om dessa även ger ökad kunskap om hur mottagarna av insatser enligt LSS förändras över tid. Under 2016 fick 6 690 personer ett första beslut om LSS²⁷ varav:

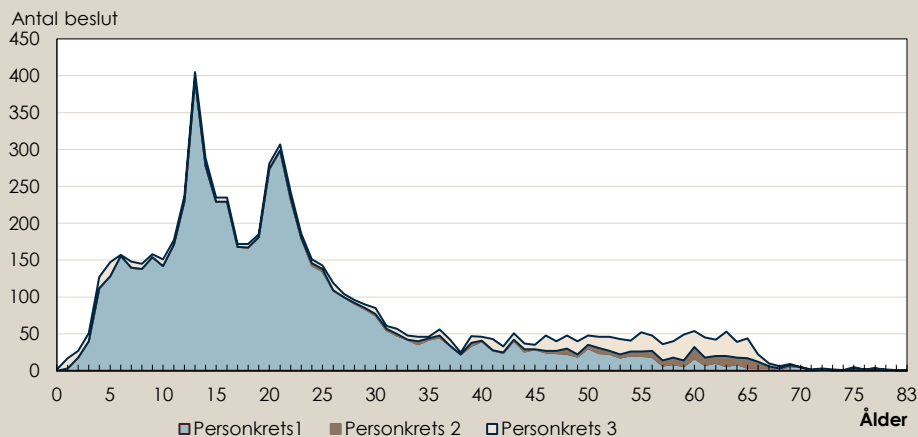
- 5 700 personer tillhörde personkrets 1
- 200 personer tillhörde personkrets 2
- 790 personer tillhörde personkrets 3

Inom personkrets 1 avsåg de flesta nya besluten personer i åldersgruppen 10–20 år (figur 1).

²⁷ Med nytt beslut avses de personer som inte hade ett beslut om LSS de två föregående åren.

Figur 1. Ålder vid första beslut om LSS uppdelat på personkrets

Antal nybeviljanden av LSS-insatser, uppdelat på ålder och personkrets, 2016.



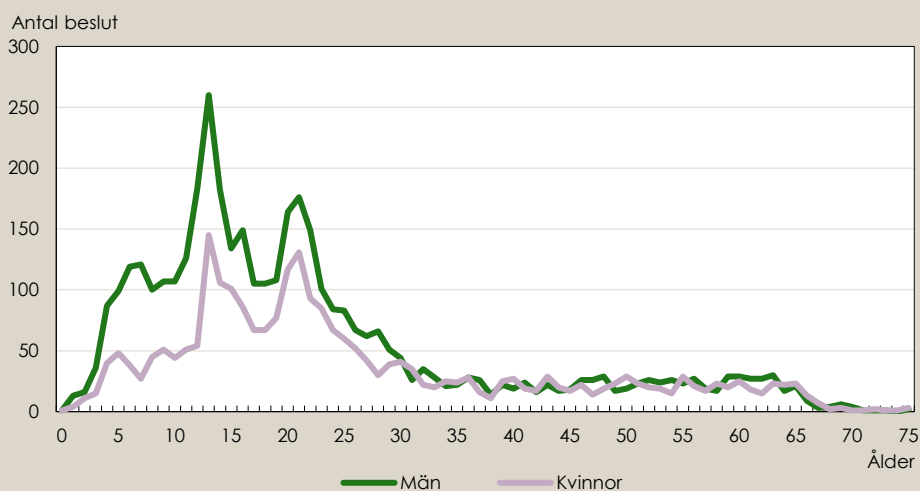
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

För personkrets 3 ser det annorlunda ut, där avsåg de flesta besluten personer i de högre åldersgrupperna och 40 procent av besluten gällde personer som var 55 år eller äldre. Inom personkrets 2 avsåg 50 procent av de nya besluten för personer som var 60 år eller äldre.

Även bland de nya besluten är könsskillnaden som störst i de yngre åldersgrupperna. Detta blir tydligt i figur 2 som visar ålder vid nybeviljanden av LSS. Könsskillnaden är som störst vid 7 och 13 års ålder, där andelen nya beslut till flickor var 18 respektive 35 procent. Skillnaden minskar vid 30 års ålder och därefter är könsskillnaderna små.

Figur 2. Ålder vid första beslut om LSS uppdelat på kön

Antal nybeviljanden av LSS-insatser, uppdelat på ålder och kön, 2016.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

LSS ökar, men inte alla insatser

Såväl antalet insatser enligt LSS som antalet personer med insatser fortsätter att öka. Sedan 2007 har antalet personer som får stöd enligt LSS ökat med 26 procent och antalet insatser har i sin tur ökat med 9 procent. Antalet insatser har med andra ord ökat mer än antalet personer. Under 2007 fick personer i genomsnitt 1,75 insatser enligt LSS, men 2016 hade motsvarande värde sjunkit till 1,6 insatser.

Daglig verksamhet enligt LSS står fortfarande för den största ökningen och sedan 2007 har antalet personer med insatsen ökat med 36 procent (tabell 3). Även bostad med särskild service för vuxna ökar, sedan 2007 har antalet personer med insatsen ökat med 25 procent. Kontaktperson enligt LSS har också ökat, men under de senaste åren har antalet insatser varit relativt oförändrat.

Tabell 3. Utveckling av insatser enligt LSS

Antalet personer med insatser* enligt LSS, uppdelat på ålder, kön och insats, avrundade värden, 2007–2016.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Personlig assistans	3 300	3 500	3 400	3 560	3 800	3 880	3900	4 090	4300	4580
Ledsagar-service	9 700	9 660	9 600	9 290	9 200	8 700	8500	8 430	8300	8040
Kontaktperson	18 000	18 420	19 200	19 500	19 500	19 580	19400	19 520	19500	19 420
Avlösarservice	3 400	3 350	3 400	3 390	3 400	3 410	3500	3 650	3800	3 790
Korttidsvistelse	10 100	10 230	10 000	10 010	9 900	9 650	9600	9 640	9700	9 590
Korttids-tillsyn	5 100	5 170	5 100	5 160	5 000	4 750	4500	4 500	4400	4 420
Boende, barn	1 300	1 400	1 400	1 440	1 300	1 220	1100	1 030	1000	990
Boende, vuxna	21 600	22 320	22 900	23 440	23 900	24 370	25000	25 840	26500	27 100
Daglig verksamhet	27 000	28 080	29 000	30 250	31 100	31 980	32400	33 800	35300	36 600
Totalt antal insatser	99 500	102 130	104 000	106 040	107 100	107 540	107 900	110 500	112 800	114 530

*En person kan ha flera insatser, varför kolumnerna inte går att summera till antal personer.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Alla insatser ökar inte och det är framförallt insatser som primärt beviljas till barn och unga som fortsätter att minska i antal. Sedan 2007 har såväl korttids-tillsyn som korttidsvistelse och boende för barn minskat (figur 3). Under det senaste året har dock minskningen stannat av och för korttids-tillsyn syns en svag ökning. Anledningen till att minskningen har avstannat är troligen att många av de barn och unga vars statliga assistansersättning upphört istället beviljats andra insatser enligt LSS [29]²⁸.

Avlösarservice är en annan LSS-insats som vanligen ges till barn och unga²⁹. Insatsen har ökat stadigt sedan 2007, men under det senaste året har även denna ökning avstannat.

²⁸ Se även kapitlet om personlig assistans i denna rapport.

²⁹ I oktober 2016 stod barn och unga upp till 22 år för 94 procent av antalet beslut om avlösarservice enligt LSS.

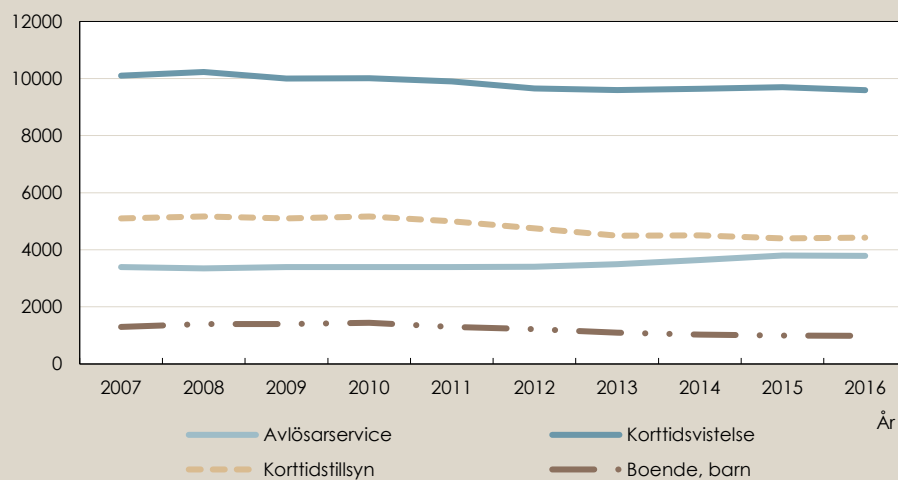
Befolkningsutvecklingen förklarar en del av ökningen inom LSS

Att allt fler personer får LSS-insatser kan till viss del förklaras av att befolkningen ökar, det konstaterade Socialstyrelsen i föregående års lägesrapport [8].

Figur 3. Utvecklingen av vissa LSS-insatser över tid

Utvecklingen av vissa insatser enligt LSS, antal, 2007–2016.

Antal beslut



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

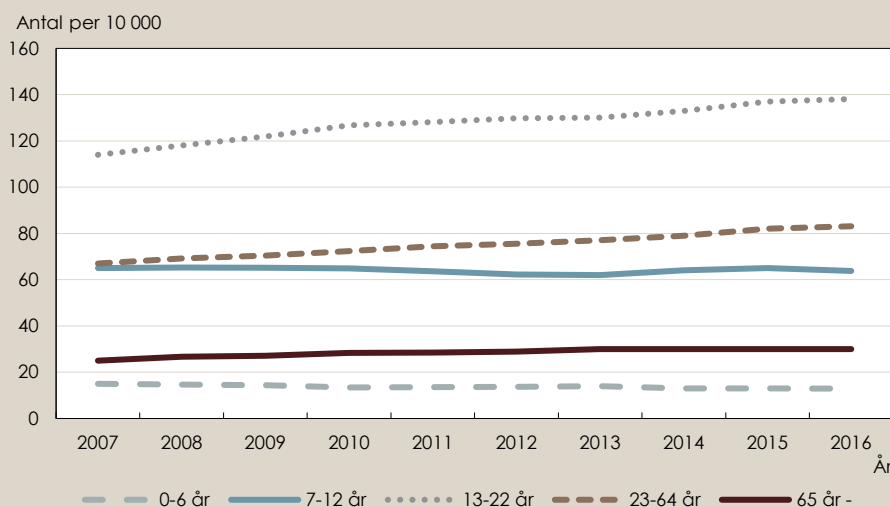
År 2016 hade 71 personer per 10 000 i befolkningen en eller flera insatser enligt LSS³⁰, det visar årets analyser. Andelen är oförändrad mot föregående år. Över en längre tidsperiod har det emellertid skett en ökning och 2007 var motsvarande andel 62.

Utvecklingen sedan 2007 ser olika ut för olika åldersgrupper (figur 4). Den största ökningen har skett i åldersgruppen 13–22 år, från 114 till 138 personer per 10 000 i befolkningen, följt av gruppen 23–64 år, som har ökat från 67 till 83 personer per 10 000 i befolkningen.

³⁰ Exklusive insatsen råd och stöd enligt LSS.

Figur 4. Utvecklingen inom LSS i förhållande till befolkningsökning

Andelen personer i befolkningen med insatser enligt LSS, uppdelat på ålder, andel angivet i antal per 10 000 invånare, 2007–2016.



Källa: Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (Socialstyrelsen, 2016).

I de yngre åldrarna ser utvecklingen annorlunda ut, med en minskning i åldersgruppen 7–12 år från 65 till 64 personer per 10 000 i befolkningen. Även i åldersgruppen 0–6 år har andelen minskat, från 15 till 13 personer per 10 000 i befolkningen. Att andelen har minskat i de yngsta åldersgrupperna kan bero på att insatserna beviljas allt senare och att föräldrarna får ta ett allt större ansvar. Det kan också bero på att informationen till föräldrar är otillräcklig.

Ökning av autism i befolkningen förklarar en del av ökningen inom LSS

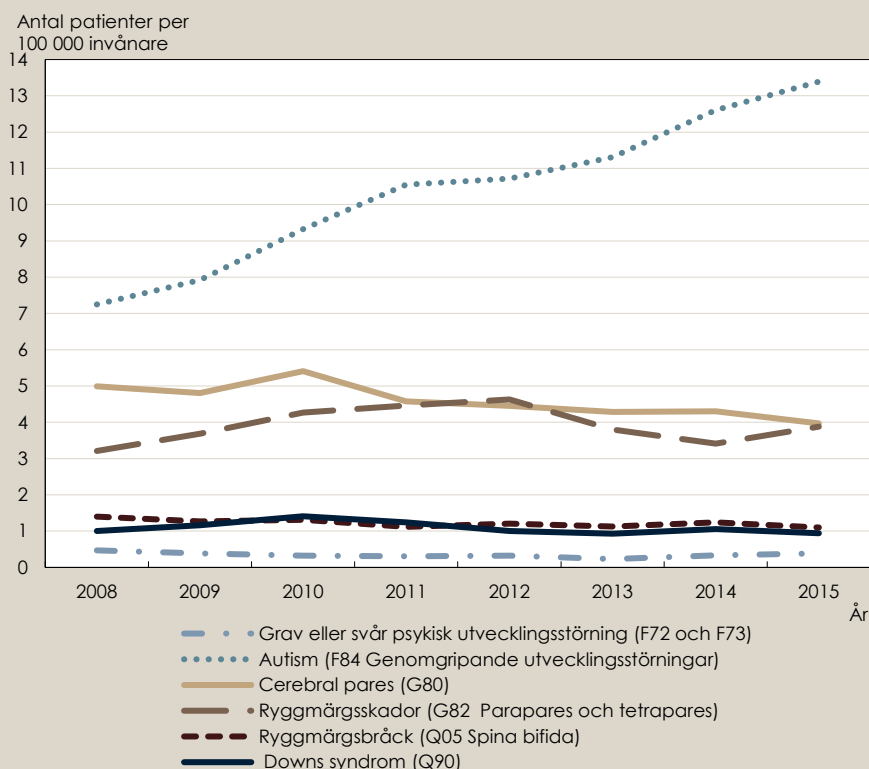
Ytterligare en förklaring till ökningen inom LSS är att vissa diagnoser ökar i befolkningen.

Figur 5 visar att autismdiagnoser har ökat markant sedan 2000³¹ (F84 genomgripande utvecklingsstörningar), något som troligen förklarar en större del av ökningen inom personkrets 1. Andra diagnoser har emellertid minskat, till exempel utvecklingsstörning (F72 och F73 grav eller svår utvecklingsstörning) och cerebral pares.

³¹ Avser diagnoser i slutenvård.

Figur 5. Utvecklingen av vissa diagnoser över tid

Diagnoser i slutenvård, antal patienter per 100 000 invånare, 0–85+ år, 2007–2016.



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Diagnoserna i figur 5 är några av de vanligaste diagnoserna bland personer med insatser enligt LSS [30]. Personer med insatser enligt LSS kan även ha andra funktionsnedsättningar, skador, tillstånd och diagnoser och öknings inom dessa kan också bidra till ökningen inom LSS. Ovan figur ger likväl en övergripande bild av utvecklingen.

Regionala skillnader i råd och stöd enligt LSS

Den 1 oktober 2016 hade 4 115 personer insatsen rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS (råd och stöd), 1 800 av dessa var kvinnor³². Majoriteten med insatsen råd och stöd var vuxna i åldersgruppen 23–64 år.

Antalet personer med insatsen råd och stöd fortsätter att minska, mellan 2007 och 2016 har antalet halverats [31]. En anledning till att insatsen minskar är att landets habiliteringsverksamheter i allt högre utsträckning integrerar råd och stöd i den övriga verksamheten. Insatsen råd och stöd har dock minskat i antal sedan slutet av 1990-talet efter att Högsta förvaltningsrätten slog fast att habiliteringsåtgärder inte är att betrakta som råd och stöd³³.

³² Rådgivning och annat personligt stöd ingår i Socialstyrelsens officiella statistik över insatser enligt LSS, men eftersom denna insats består av mängdstatistik så särredovisas den.

³³ RÅ 1997 ref. 49, RÅ 1997 ref. 9.

Elva landsting uppger att de har riktlinjer för råd och stöd enligt LSS, det visar Socialstyrelsens uppföljning³⁴. Under 2016 togs totalt 2418 ansökningar om insatsen emot, av dessa bifölls 1 925. De sex landsting som hade flest ansökningar stod för nästan 85 procent av det totala antalet ansökningar. Den vanligaste orsaken till avslag var att det sökta stödet inte kan erbjudas inom ramen för råd och stöd enligt LSS. Andra vanliga orsaker var att personen antingen inte bedömdes ingå i personkretsen eller att behovet tillgodosågs på annat sätt. De tre vanligaste insatserna inom råd och stöd var

- samtalsstöd med psykolog eller kurator
- stöd till närstående
- råd och stöd vid myndighetskontakter.

Över hälften av landstingen uppger att de har riktlinjer eller rutiner för samordning i enskilda ärenden av råd och stöd. De flesta landsting uppger att de upprättar en samordnad, individuell plan, SIP; som ett sätt att samordna insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Åtta av landstingen erbjuder personliga samordnare till personer i LSS personkrets samt deras närstående. Flera av dessa landsting uppger att en personlig samordnare utses när en SIP³⁵ upprättas. Två landsting erbjuder en fast vårdkontakt, det vill säga en namngiven kontaktperson med ansvar att samordna vårdinsatserna.

De flesta landsting uppger att de har svårigheter att tolka insatsen råd och stöd samt upplever problem med gränsdragningen mellan SoL, HSL och LSS. De menar att ett tydliggörande från lagstiftarens sida skulle underlätta fortsatt arbete och ge både medborgare och utförare klarhet i vad som kan förväntas utifrån lagarnas konstruktion och innehåll. Att landstingen upplever en otydlighet om vad som bedöms ingå i råd och stöd konstaterades redan 1999 i en uppföljning som gjordes av Socialstyrelsen. I nuläget konstaterar Socialstyrelsen emellertid att insatsen råd och stöd ingår i den pågående utredningen *Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen*. [31]

Inom SoL dominerar boendestöd

I oktober 2016 hade närmare 53 000 personer i åldern 0–64 år en eller flera insatser enligt SoL. Vanligast var stöd i hemmet i form av boendestöd. Omkring 22 700 personer hade denna insats, varav kvinnorna utgjorde 51 procent (tabell 4). Även hemtjänst var vanligt. Drygt 16 000 personer hade denna insats, och här var andelen kvinnor 53 procent. Boendestöd syftar till att ge den enskilde stöd i den dagliga livsföringen, både praktiskt och socialt, och är vanligen riktat till personer med psykisk funktionsnedsättning i eget boende. Det förekommer även att andra grupper beviljas boendestöd, till exempel personer inom personkrets 1³⁶.

³⁴ Uppföljningen sker i samband med landstingens återrapporteringar av statsbidraget för råd och stöd. I samband med LSS infördes ett statsbidrag med syfte att kompensera landstingen för den merkostnad som insatsen rådgivning och annat personligt stöd (råd och stöd) innebar. Kostnaderna förväntades öka då personkrets tre tillkom i samband med att LSS trädde i kraft 1994.

³⁵ Personer som har behov av både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten kan få en plan för att säkerställa att deras olika behov tillgodoses. Lagregeln om individuell plan finns både i 2 kap. 7 § SoL och i 16 kap. 4 § HSL.

³⁶ Ytterligare information om definitionen av boendestöd finns på termbanken: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?Tid=274>

Antalet insatser är flest i de övre åldersgrupperna. Omkring 1 140 insatser beviljades till åldersgruppen 0–19 år men i åldersgruppen 55–64 år var det 18 900 insatser.

Tabell 4. Insatser enligt SoL 0–64 år

Antalet insatser enligt SoL 0–64 år, uppdelat på ålder och kön, avrundade värden, oktober 2016.

Insatser enligt SoL	0–19 år		20–34 år		35–54 år		55–64 år		Samtliga		
	Flicka	Pojke	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Totalt
Särskilt boende	5	15	210	310	610	920	940	1 270	1 765	2 515	4 280
Hemtjänst i ordinärt boende	70	125	725	640	3420	2 540	4 370	4 240	8 590	7 550	16 140
Trygghetslarm	10	10	255	210	1 780	1 340	3 110	2 660	5 160	4 220	9 380
Mataidistribution	0	1	45	40	330	470	706	1 100	1 080	1 610	2 690
Ledsagning	50	65	220	180	860	590	1 110	830	2 240	1 670	3 910
Avlösning	90	155	15	9	20	35	90	70	215	270	480
Dagverksamhet*	5	5	600	630	1 230	1 300	810	790	2 640	2 730	5 370
Korttidsplats	40	95	85	130	120	240	210	310	460	780	1 240
Kontaktperson/-familj	80	125	500	440	1 020	870	650	510	2 250	1 950	4 200
Boendestöd	90	100	3 730	3 960	5 540	4 550	2 300	2 230	11 660	10 840	22 500
Annat bistånd	70	130	250	340	380	370	220	220	920	1 060	1 980

*Dagverksamhet kan även ges som serviceinsats utan beslut, varför det kan finnas ett mörkertal.
Källa: Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning 2016 (Socialstyrelsen, 2017).

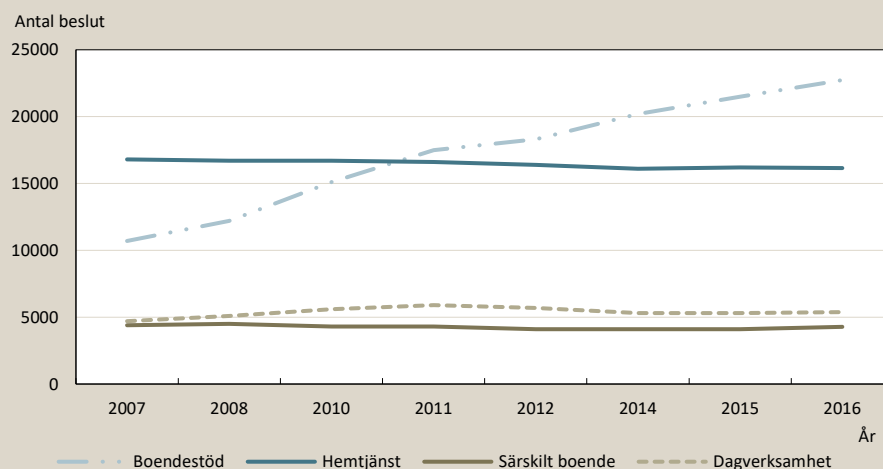
Det finns vissa skillnader mellan olika åldrar. I den yngsta åldersgruppen (0–19 år) är det vanligt med hemtjänst i ordinärt boende, avlösning och kontaktperson eller -familj. I åldersgruppen 20–54 år är i stället boendestöd den vanligaste insatsen, och i åldersgruppen 55–64 år dominerar hemtjänst.

Minskningen av särskilt boende har avstannat

Antalet insatser enligt SoL fortsätter att öka, och har sedan 2007 ökat med 35 procent [32]. Ökningen förklaras framförallt av att boendestöd har ökat med 110 procent (figur 6). Förklaringen till denna ökning är inte fastställda, men det kan handla om att fler personer med psykisk funktionsnedsättning får sina behov av stöd i den dagliga livsföringen tillgodosett. Ökningen kan också vara en konsekvens av att andra grupper beviljas insatsen i allt högre utsträckning, till exempel personer som tillhör personkrets 1 i LSS. Även dagverksamhet enligt SoL fortsätter att öka, sedan 2007 har insatsen ökat med 14 procent. Dagverksamhet kan även ges som serviceinsats utan biståndsbeslut och uppgiften bör därför tolkas med försiktighet eftersom uppgiften troligen är behäftad med viss underskattning. Hemtjänst har i sin tur minskat med 4 procent.

Figur 6. Utvecklingen av vissa insatser enligt SoL över tid

Antalet insatser enligt SoL, 0-64 år, insatstyp, 2007–2016.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen.

Antalet personer med insatsen särskilt boende enligt SoL har under flera år legat på 4 100 personer. Statistiken för 2016 visar emellertid en ökning till knappt 4 300 personer. Om detta är ett trendbrott eller en tillfällig förändring går ännu inte att säga. En av anledningarna kan vara att de personer som fått indragen assistansersättning istället beviljas särskilt boende enligt SoL (läs vidare i kapitlet om personlig assistans). Sedan 2007 har insatsen emellertid minskat med 3 procent.

Sammanfattande iakttagelser

- Daglig verksamhet och bostad med särskild service för vuxna enligt LSS samt boendestöd enligt SoL är de insatser som har ökat mest sedan 2007. Befolkningsökningen och ökningen av diagnoser inom autismspektrat är två förklaringar till den långvariga ökningen. Socialstyrelsen kan inte heller utesluta att ökningen av psykisk ohälsa har bidragit till ökningen inom boendestöd. Ytterligare en förklaring till ökningen inom boendestöd kan vara att allt fler personer som tillhör LSS personkrets beviljas insatsen.
- Skillnaden i antalet beviljade insatser mellan män och kvinnor kvarstår och den är särskilt stor bland barn. I åldersgruppen 0–12 år har 32 procent av insatserna beviljats till flickor.
- Insatser enligt LSS till barn fortsätter att minska, men för vissa insatser tycks utvecklingen ha stannat av (korttidstillsyn och avlösarservice).
- Flest nya beslut fattas inom personkrets 1, 85 procent, vilket motsvarar fördelningen mellan personkretsarna idag.

Kostnadsutveckling

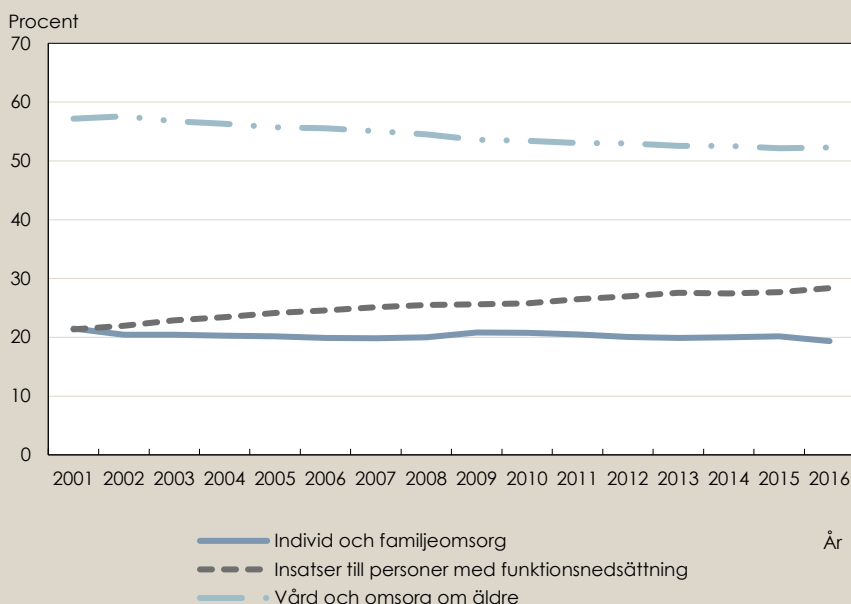
I det här kapitlet beskriver Socialstyrelsen förändringar avseende resurser i de offentliga finansierade verksamheterna för vård och omsorg till personer med funktionsnedsättning 2012–2016. Som kostnadsmått används kommunernas kostnader för det egna åtagandet. Kostnaderna som redovisas i tabellen 6 är fastprisberäknade till 2016 års prisliv³⁷. I bilaga 1 redovisas kostnaderna i löpande priser. I bilagan redovisas även andelen av kostnader för socialtjänsten, kommunernas kostnader och bruttonational produkten (BNP) i löpande priser.

Kommunernas kostnader för stöd till funktionshindrade ökar

År 2016 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 64 miljarder kronor. Det motsvarar 28 procent av de totala kostnaderna för socialtjänsten (äldreomsorgen står för 52 procent och individ- och familjeomsorgen för 19 procent). Figur 7 visar att kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning har ökat, sett som andel av socialtjänstens kostnader.

Figur 7. Andelar av socialtjänstens kostnader

Socialtjänstens totala kostnader fördelat efter verksamhetsområde, 2001-2016.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2001-2016, Statistiska centralbyrån

³⁷ Som underlag för uppräknningen används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2016 för respektive verksamhetsområde.

Under 2012–2016 ökade kommunernas totala kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning med 7,7 procent i fasta priser, motsvarande 13,8 miljarder kronor (tabell 5).

Under samma period ökade kommunernas kostnader för insatser enligt SoL till personer 0–64 år med 18,6 procent, motsvarande 2,1 miljarder kronor. Hemtjänst och boendestöd stod för den största kostnadsökningen inom SoL, 1,3 miljarder kronor (tabell 5).

Tabell 5. Kostnadsutvecklingen för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning

Kostnaderna för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2012–2016, procentuell förändring mellan åren, andel av funktionshinderomsorgens kostnader, miljarder kronor i fasta priser och procent, 2016 års pris.

	Miljarder kronor					Förändring 2012–2016		Andel
	2012	2013	2014	2015	2016	mdkr	%	2016
Summa kostnader insatser enligt SoL/HSL	11,4	12,5	12,5	12,6	13,6	2,1	18,6	21
Vård och omsorg i särskilt boende enl. SoL/HSL	4,1	4,3	4,4	4,5	4,9	0,7	17,8	8
Vård och omsorg i ord. boende enl. SoL/HSL.	6,6	7,5	7,3	7,4	8,0	1,5	22,1	13
varav								
hemtjänst/boendestöd	4,8	5,6	5,5	5,6	6,1	1,3	26,2	10
korttidsboende	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,1	9,3	1
övriga biståndsbedömda insatser	1,1	1,2	1,2	1,1	0,9	-0,2	-20,6	1
dagverksamhet	-	-	-	-	0,4	-	-	1
Vård och omsorg i öppen verksamhet	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	-0,1	-9,1	1
Summa kostnader insatser enligt LSS och SFB* **	44,5	45,5	46,3	46,2	50,1	5,6	12,5	79
Boende	23,6	24,2	24,8	24,7	26,9	3,4	14,4	42
varav								
vuxna	21,7	22,5	23,2	23,1	25,2	3,5	16,0	40
barn	1,8	1,7	1,6	1,6	1,7	-0,1	-5,0	3
Personlig assistans	9,1	9,4	9,5	9,5	10,5	1,3	14,6	16
Daglig verksamhet	7,0	7,2	7,3	7,3	7,7	0,7	9,8	12
Övriga insatser	4,8	4,8	4,7	4,6	4,9	0,2	3,3	8
Summa	55,9	57,9	58,8	58,8	63,6	7,7	13,8	100
Årlig procentuell förändring från föregående år	1,8	3,6	1,5	-0,1	8,3			

- Uppgift saknas

*Socialförsäkringsbalken **Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2012–2016 och Konsumtionsindex 2016, Statistiska centralbyrån.

Inom verksamhetsområdet LSS har kostnaderna ökat väsentligt. Mellan 2012 och 2016 ökade kommunernas kostnader för insatser enligt LSS med 12,5 procent, motsvarande 5,6 miljarder kronor. Kostnaderna för bostad med särskild service för vuxna hade den starkaste utvecklingen med en ökning om

16 procent. Särskilt stor var kostnadsökningen mellan 2015 och 2016, 2,1 miljarder kronor. Anledningarna till detta är troligen flera. En väsentligt bidragande orsak till förändringen är troligen indragningar av den statliga assistansersättning, och att många assistansanvändare istället beviljades boende enligt LSS. Sedan 2015 har dessa indragningar ökat markant i antal.

Hösten 2015 tog Stockholms kommuner över ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården, vilket innebär att samtliga kommuner i Sverige har tagit över ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård i bostad med särskild service enligt LSS. Socialstyrelsen kan inte utesluta att även detta kan ha drivit på kostnaderna per person i boende.

Kostnaden för personlig assistans har också ökat, denna utveckling kommenteras i *Kraftig kostnadsökning för personlig assistans*, se nedan.

Kraftig kostnadsökning för personlig assistans mellan 2015 och 2016

Mellan 2012 och 2016 har kommunernas kostnader för personlig assistans ökat med närmare 15 procent (tabell 6). År 2016 uppgick de kostnaderna till 10,5 miljarder kronor. Särskilt tydlig är ökningen mellan 2015 och 2016 om 11 procent, motsvarande 1 miljard kronor. Även antalet personer med personlig assistans ökade markant mellan dessa två år, och många som beviljades insatsen beviljades dessutom många timmar per vecka. Den främsta orsaken till ökningen torde vara det ökande antalet indragningar och avslag på ansökningar av assistansersättning enligt SFB, en utveckling som har varit särskilt tydlig sedan 2015. Många av dessa personer har istället fått kommunal beslutad personlig assistans enligt LSS³⁸ [29]. Socialstyrelsen kan emellertid inte utesluta att även andra faktorer har påverkat kostnadsutvecklingen, till exempel förskjutning från hemtjänst enligt SoL till kommunalt beslutad personlig assistans.

Tabell 6. Kostnadsutvecklingen för personlig assistans enligt LSS

Kostnadsutvecklingen för kommunernas kostnader för personlig assistans, inklusive åtagandet som utförare av assistansersättning enligt SFB*, år 2012–2016, fasta priser, 2016 års pris.

	Miljarder kronor					Förändring 2012–2016		Andel 2016
	2012	2013	2014	2015	2016	mdkr	%	%
Kommunernas kostnad för personlig assistans	9,1	9,4	9,5	9,5	10,5	1,3	14,6	60
varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för assistansersättning enligt SFB**	4,9	4,9	5,0	4,7	4,8	0,0	-0,6	
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare	9,0	8,4	8,0	7,3	7,0	-2,0	-22,6	40
Kommunernas totala verksamhets-åtagande	18,2	17,8	17,5	16,8	17,5	-0,7	-3,9	100

* Kommunerna får ersättning från Försäkringskassan för detta åtagande. **Kommunerna har betalningsansvar för de första 20 timmarna för personer med assistansersättning enligt SFB.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2012–2016 och Konsumtionsindex 2016, Statistiska centralbyrån.

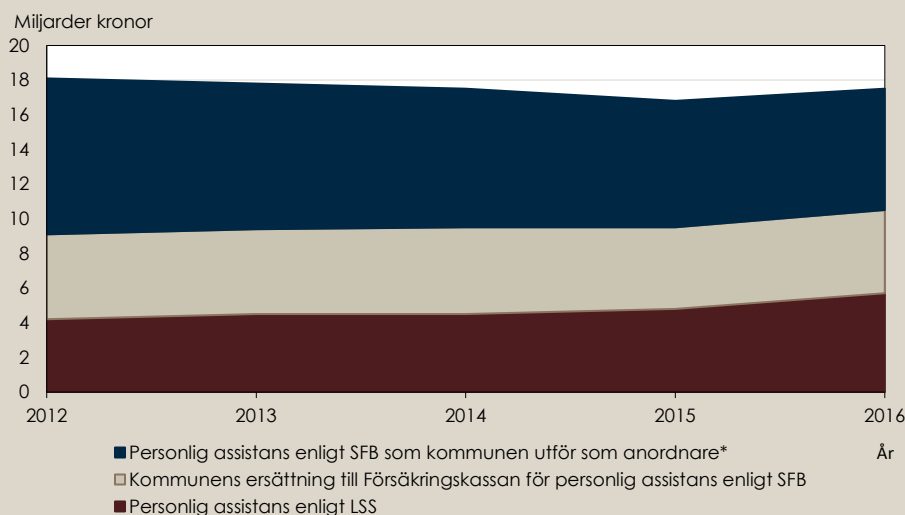
³⁸ Utvecklingen inom personlig assistans redogörs för i kapitlet *Personlig assistans*.

I kommunernas kostnader för personlig assistans ingår ett kostnadsansvar för de första 20 timmarna per vecka för personer med statlig assistansersättning enligt SFB. År 2016 betalade kommunerna sammanlagt 4,8 miljoner till Försäkringskassan för detta ändamål (tabell 6 och figur 8). Kostnaden varierar över tid, mellan 2014 och 2015 minskade den med 300 miljoner. Därefter har kostnaden åter ökat.

Samtidigt fortsätter kostnaderna att minska för den personliga assistans som kommunerna utför som anordnare av assistansersättning³⁹. År 2016 utgjorde detta 40 procent av kommunernas totala verksamhetsåtagande för personlig assistans. Anledningen till kostnadsminskningen är att allt färre väljer kommunen som utförare av assistansersättning.

Figur 8. Kommunernas totala verksamhetsåtagande för personlig assistans

Kommunerna totala verksamhetsåtagande för personlig assistans, miljarder kronor, 2012–2016.



* Kommunen får ersättning av Försäkringskassan för detta åtagande.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag (SCB; 2017)

Även landstingens kostnader ökar

Även landstingens kostnader för funktionshinders- och hjälpmedelsverksamhet ökar. År 2016 uppgick kostnaden till 7,4 miljarder kronor (tabell 7). Hit räknas övergripande funktionshinderfrågor och verksamhet vid hjälpmedelscentraler, till exempel hörselvårdcentraler, syncentraler och inkontinenshjälpmedelsfunktionen. Även bidrag till organisationer för funktionshindrade ingår i dessa kostnader, liksom tolkservice till döva och dövblinda med mera.

³⁹ Kommunerna får ersättning av Försäkringskassan för detta och därför redovisas denna kostnad ej i tabell 5.

Tabell 7. Kostnaderna för landstingens insatser till personer med funktionsnedsättning

Kostnaderna för landstingens insatser till personer med funktionsnedsättning, år 2012–2016, miljarder kronor i fasta priser och procent, 2016 års pris.

	Miljarder kronor					Förändring 2012–2016	
	2012	2013	2014	2015	2016	mdkr	%
Funktionshinder-/ Hjälpmedelverksamhet	6,1	6,1	6,5	7,2	7,4	1,3	20,6

Källa: Landstingens räkenskapsammandrag 2012–2016 och Konsumtionsindex 2016, Statistiska centralbyrån.

Sammanfattande iakttagelser

- Kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning ökar sett som andel av socialtjänstens kostnader. Samtidigt har kostnadsandelen för såväl äldreomsorgen som individ- och familjeomsorgen minskat.
- Mellan 2015 och 2016 har kostnaden för bostad med särskild service för vuxna enligt LSS ökat kraftigt. En drivande kraft bakom utvecklingen är sannolikt att indragningar av assistansersättning enligt SFB har skapat ett ökat behov av denna boendeform. Socialstyrelsen kan inte heller utesluta att kostnader för den kommunala hälso- och sjukvården har bidragit till en viss del av ökningen, i och med att även Stockholms län har växlat till kommunal hälso- och sjukvård.
- Mellan 2015 och 2016 har det även skett en kraftig ökning av kostnaden för personlig assistans enligt LSS. En drivande kraft bakom utvecklingen är sannolikt att indragningar av assistansersättning enligt SFB har skapat ett ökat behov av kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS. Ett visst inflöde har även skett från socialtjänstens verksamhet, framförallt hemtjänst enligt SoL.

Personlig assistans

I det här kapitlet fördjupar Socialstyrelsen analyserna av insatsen personlig assistans enligt LSS och belyser bland annat inflödet till den kommunalt beslutade personliga assistansen, antalet nybeviljanden och vilket stöd de personer får vars statliga assistansersättning har upphört.

I kapitlet används *kommunalt beslutad personlig assistans* för personlig assistans enligt LSS och *statlig assistansersättning* för assistansersättning enligt SFB.

Var fjärde har kommunalt beslutad personlig assistans

I oktober 2016 hade totalt 20 070 personer personlig assistans, varav nästan 4 580 hade kommunalt beslutad personlig assistans och 15 800 hade statlig assistansersättning⁴⁰ (tabell 8). Andelen kvinnor är lika stor inom båda lagrummen, 46 procent. Även åldersfördelningen är förhållandevis lika. Flest personer återfinns i åldersgruppen 23–64 år.

Tabell 8. Antalet personer med personlig assistans och assistansersättning

Totala antalet personer med personlig assistans, uppdelat på lagrum, kön och ålder, oktober 2016.

	Personlig assistans (9 § 2 LSS)		Assistansersättning enligt SFB		Totalt*	
	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna
0 till 6 år	115	75	178	149	288	219
7 till 12 år	248	154	701	513	940	656
13 till 22 år	432	277	1 493	1 014	1 897	1 276
23 till 44 år	550	496	2 693	2 006	3 197	2 465
45 till 64 år	771	742	2 162	2 116	2 874	2 803
65 år eller äldre	360	357	1 341	1 432	1 682	1 773
Totalt	2 476	2 101	8 568	7 230	10 878	9 192

*305 personer hade både personlig assistans 9 § 2 LSS och assistansersättning enligt SFB

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättningsmottagare.

Om personen behöver personlig assistans för grundläggande behov som i genomsnitt omfattar mer än 20 timmar i veckan kan han eller hon ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. SFB. I de fall personen ansöker om assistansersättning är det Försäkringskassan som utreder, beslutar och betalar ut ersättningen. Det är därför naturligt att det genomsnittliga timantalet är högre inom statlig assistansersättning än inom kommunalt beslutad personlig assistans. Tabell 9 visar emellertid att det genomsnittliga antalet timmar i viss

⁴⁰ Av dessa var 305 dubletter och förekommer i båda lagrummen.

mån är överlappande. Till exempel så hade 9 procent av personer med kommunalt beslutad personlig assistans 100 timmar per vecka eller mer.

Tabell 9. Genomsnittliga antalet timmar inom personlig assistans

Genomsnittliga antalet timmar per vecka för samtliga personer med personlig assistans, uppdelat på lagrum och timklasser, avrundade värden, oktober 2016.

	Timmar per vecka						Totalt antal
	0–19 timmar/vecka	20–39 timmar/vecka	40–59 timmar/vecka	60–79 timmar/vecka	80–99 timmar/vecka	100– timmar/vecka	
Assistansersättning enligt SFB	1	160	1 030	1 760	2 150	10 620	15 800
Personlig assistans enligt LSS	590	1 560	1 190	540	280	420	4 580

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

Att personer med kommunalt beslutad personlig assistans har mer än 20 timmar assistans per vecka förklaras av att personlig assistans även kan beviljas för andra personliga behov än de grundläggande⁴¹. Exempel på sådana livsområden där sådana behov kan vara aktuella är arbete, studier, hushållsarbete och socialt umgänge.

Förskjutningen mot fler timmar per vecka fortsätter

Sedan 2007 har antalet personer med kommunalt beslutad personlig assistans ökat med 39 procent. En markant ökning ses mellan 2014 och 2016, 12 procent.

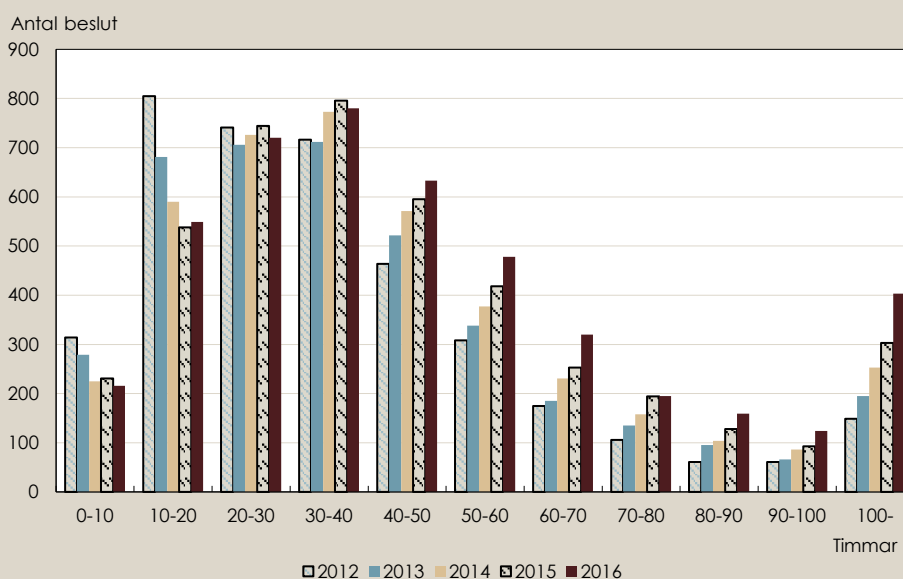
Det är inte bara antalet personer som ökar, även det genomsnittliga antalet timmar ökar. Denna utveckling har pågått under flera år. År 2016 hade 400 personer beslut om 100 timmar per vecka eller mer, vilket innebär en fördubbling jämfört med 2012 (figur 9). En bidragande orsak till ökningen är troligen att de personer som beviljas kommunalt beslutad personlig assistans vid indragen statlig assistansersättning ofta beviljas många timmar [8, 29]. Socialstyrelsen kan inte utesluta att även andra faktorer kan ha bidragit till ökningen.

Under samma period har antalet personer med beslut om 0–10 timmar personlig assistans per vecka minskat, från 8 till 5 procent (figur 9). Även andelen personer med 10–20 timmar per vecka har minskat, från 21 till 12 procent. Förskjutningen mot ett allt högre genomsnittligt antal timmar per vecka åtföljs med andra ord av att allt färre personer har upp till 10 timmar.

⁴¹ En förutsättning är dock att personen har beviljats personlig assistans för grundläggande behov.

Figur 9. Utveckling över tid av timmar per person inom personlig assistans

Genomsnittliga antalet timmar /vecka inom kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS, fördelat på timklasser, 2012–2016.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS

Vart femte beslut är nybeviljat

Mellan 2015 och 2016⁴² fattade kommunerna 995 nya beslut om personlig assistans enligt LSS⁴³, 44 procent av besluten avsåg kvinnor. Det innebär att 22 procent av det totala antalet beslut om personlig assistans i oktober 2016 utgjordes av nybeviljanden. Det totala antalet personer med kommunal personlig assistans har inte ökat i lika stor utsträckning, vilket förklaras av att vissa kommunala beslut om personlig assistans har upphört. År 2015 och 2016 upphörde den kommunalt beslutade personliga assistansen för 120 personer⁴⁴.

Inflödet till kommunalt beslutad personlig assistans är med andra ord stort i förhållande till hur många som har insatsen, inflödet är dock inte enhetligt. Omkring 190 personer hade statlig assistansersättning året innan de fick beslutet om kommunal personlig assistans och 151 personer hade hemtjänst enligt SoL (tabell 10)⁴⁵. Förklaringen till inflödet från statlig assistansersättning är bland annat Högsta förvaltningsdomstolens domar (se sidan 46). Det är inte lika tydligt varför så många fick personlig assistans istället för hemtjänst, men en trolig förklaring är att personernas behov har ökat, exempelvis till följd av fortskridande sjukdomar som förvärras över tid.

Det förekommer även ett inflöde från särskilda boendeformer, om än inte särskilt stort. Året innan kommunalt beslutad personlig assistans hade

⁴² Mellan 1 oktober 2015 och 1 oktober 2016.

⁴³ Med nytt beslut avses att personen hade insatsen 2016, men inte 2014 och 2015.

⁴⁴ Avser personer som hade kommunalt beslutad personlig assistans 2013 och 2014.

⁴⁵ Avser de personer som hade ett nytt beslut om personlig assistans enligt LSS i oktober 2016.

- 12 personer bostad med särskild service för vuxna enligt LSS
- 3 personer boende för barn enligt LSS
- fyra personer särskilt boende enligt SoL.

Tabell 10. Insatser innan ett första beslut om kommunalt beslutad personlig assistans

Insatser året innan ett första beslut om personlig assistans enligt LSS, uppdelat på ålder, kön och insats, 2015.

Insats året innan beslut om personlig assistans	Antal med respektive insats*			
	0–12 år		13 år –	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Assistansersättning enligt SFB	8	15	65	103
<i>Insatser enligt LSS</i>				
Ledsagarservice enligt LSS	2	6	28	21
Kontaktperson enligt LSS	0	1	13	9
Avlösarservice enligt LSS	25	43	7	9
Korttidsvistelse enligt LSS	24	28	20	24
Korttidstillsyn enligt LSS	0	0	9	20
Boende, barn enligt LSS	0	0	2	1
Boende, vuxna enligt LSS	0	0	4	8
Daglig verksamhet enligt LSS	0	0	45	53
<i>Insatser enligt SoL</i>				
Särskilt boende	0	0	2	2
Hemtjänst	0	1	74	76
Boendestöd	0	1	9	3
Ledsagning	1	1	12	17
Avlösning	2	1	2	6
Korttidsplats	1	1	5	8
Annat bistånd enligt SoL	1	1	34	39

*En person kan ha flera insatser varför kolumnerna inte kan summeras till totalt antal personer.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och register över insatser enligt socialtjänstlagen samt Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning.

Nya beslut fattas även för äldre

Mellan 2015 och 2016 skedde de flesta nybeviljanden för personer i åldersgrupperna 6–10 år (14 procent⁴⁶) samt 60–65 år (14 procent⁴⁷). Av de nya besluten avsåg 17 procent emellertid personer som var 65 år eller äldre. Personlig assistans nybeviljas endast upp till och med 64 år⁴⁸, varför den höga andelen nya beslut för personer över 65 år är noterbar. Flertalet av personerna fick emellertid sin assistans när de var 65 eller 66 år och förklaringen

⁴⁶ Andel av nybeviljanden.

⁴⁷ Andel av nybeviljanden.

⁴⁸ Se 9 b § LSS.

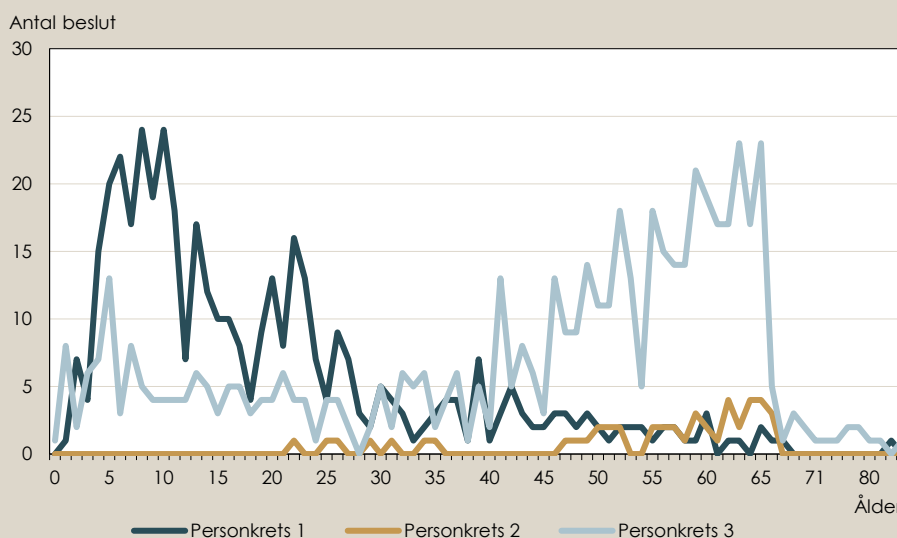
kan därför vara långa utrednings- och verkställighetstider. Men det förekommer även nybeviljanden av kommunalt beslutad personlig assistans till personer som är 70 år eller äldre.

De flesta nybeviljanden avser personer som tillhör personkrets 3:

- Personkrets 1: 42 procent (417 personer)
- Personkrets 2: 5 procent (46 personer)
- Personkrets 3: 53 procent (532 personer)

Figur 10. Nybeviljanden av personlig assistans uppdelat på personkrets

Antalet nybeviljade kommunala beslut om personlig assistans enligt LSS, uppdelat på ålder och personkrets, 2016.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Figur 9 visar ålderskillnaderna mellan personkretsarna. Inom personkrets 1 nybeviljas kommunalt beslutad personlig assistans framförallt till personer upp till 20 år, det vill säga till personer med medfödda eller tidigt upptäckta funktionsnedsättningar.

Inom personkrets 3 nybeviljas kommunalt beslutad personlig assistans framförallt till personer 40 år eller äldre. Då handlar det många gånger om förvärvade skador men även sjukdomar som debuterar under vuxenlivet. Nya beslut inom personkrets 3 fattas dock även för yngre personer och då handlar det troligen om medfödda fysiska funktionsnedsättningar såsom cerebral pares.

Inom personkrets 2 görs relativt få nybeviljanden av kommunalt beslutad personlig assistans, och figur 9 visar att det framförallt handlar om åldersgruppen 55–65 år. Till personkrets 2 hör personer med förvärvade hjärnskador i vuxen ålder, och att så många personer återfinns i de övre åldersgrupperna handlar troligen om att de beviljats insatsen till följd av stroke, demens eller liknande.

Något fler timmar per person bland nya beslut

Personer som nybeviljas kommunalt beslutad personlig assistans beviljas i genomsnitt 55 timmar/vecka, vilket är något högre än det genomsnittliga antalet timmar per vecka för samtliga med insatsen (49 timmar)⁴⁹. Detta indikerar att förskjutningen mot allt fler timmar per person fortsätter.

Tabell 11. Antal timmar per vecka för nybeviljanden av personlig assistans

Genomsnittliga antalet timmar för nybeviljanden av kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS, uppdelat på ålder och kön, medelvärde och percentiler, 2016.

	Antal	p10	Medelvärde	p90
Män	553	17,5	55,3	112,5
Kvinnor	442	15,2	56,7	115,0
Pojkar 0–12 år	153	13,9	49,2	89,6
Flickor 0–12 år	94	12,2	38,8	65,2
Pojkar 13–22 år	94	17,5	53,6	115,5
Flickor 13–22 år	59	14,5	57,1	115,4

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Det finns även vissa könsskillnader. Pojkar i åldern 0–12 år beviljas fler timmar kommunalt beslutad personlig assistans jämfört med flickor i samma åldersgrupp, men skillnaden är störst bland de som har det högsta antalet timmar (tabell 11).

Allt fler beslut om statlig assistansersättning upphör

Allt fler beslut om statlig assistansersättning upphör. Under 2015 och första halvåret 2016 upphörde 1 937, varav 938 berodde på dödsfall [33]. Orsakerna till att besluten upphörde för de övriga 999 personer var bland annat att deras grundläggande behov bedömdes understiga 20 timmar per vecka. Antalet beslut som upphörde mellan 2015 och 2016 kan jämföras med 2012 då assistansersättningen upphörde för 1 100 personer [34].

Många återfår sin assistansersättning eller får kommunalt beslutad assistans

Socialstyrelsen har vid flera tillfällen analyserat konsekvenserna av att statliga assistansersättning dras in [8, 29]. I årets lägesrapport har myndigheten valt att analysera vilket stöd som ovan 999 personer hade fått i oktober 2016, det vill säga efter att den statliga assistansersättningen upphört. Resultatet av analyserna visar att majoriteten hade återfått statlig assistansersättning, 548 personer⁵⁰. Detta är troligen en följd av överklaganden som har lett till att personerna återfått sin assistansersättning.

⁴⁹ Avser 1 oktober 2016.

⁵⁰ I föregående års lägesrapport analyserade Socialstyrelsens hur stödet efter indragen statlig assistansersättning utvecklades över tid, studiepopulationen var personer vars statliga assistansersättning upphörde mellan 2007 och 2008. Omkring 10–15 procent av den gruppen återfick sin statliga assistansersättning. Andelen som återfår sin assistansersättning har med andra ord ökat.

Årets analyser visar vidare att knappt 20 procent (191 personer) fick kommunalt beslutad personlig assistans istället för statlig assistansersättning, och knappt 10 procent fick hemtjänst eller boendestöd enligt SoL (90 personer), se tabell 12. Flera fick någon form av särskilt boende:

- 9 procent fick bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (92 personer)
- 1 procent fick boende för barn enligt LSS (14 personer), motsvarande andel i åldersgruppen 0–12 år var 5 procent
- 4 procent fick särskilt boende enligt SoL (39 personer).

Omkring en tredjedel (371) hade varken fått insatser enligt LSS, SoL eller statlig assistansersättning. Andelen är hög, och till stor del handlar det troligen om överklaganden hos Försäkringskassan. Det kan också handla om långa utredningstider hos socialtjänsten och långa tider för verkställighet av gynnande beslut⁵¹ Socialstyrelsen kan dock inte utesluta en ökning av det faktiska antalet personer som inte får något stöd efter att den statlig assistansersättning upphört.

Tabell 12. Insatser året efter att statlig assistansersättning upphört

Insatser* året efter att statlig assistansersättning enligt SFB har upphört*, uppdelat på insatser, kön och ålder, oktober 2016.

	0–12 år		13–22 år		23–44 år		45–64 år		65 år–		Totalt
	Flicka	Pojke	Flicka	Pojke	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
<i>Insatser enligt LSS</i>											
Personlig assistans	8	15	8	28	20	35	34	36	3	4	191
Boende för barn	4	2	3	4	1	0	0	0	0	0	14
Bostad med särskild service för vuxna	0	0	7	16	21	36	5	6	0	1	92
Korttidsvistelse	9	22	25	17	5	11	1	1	0	0	91
Avlösarservice	2	1	0	3	0	0	0	1	0	0	7
Korttidstillsyn	0	1	15	14	0	0	0	0	0	0	30
Ledsagarservice	0	0	4	2	2	3	3	2	0	0	16
Övriga insatser enl. LSS	0	0	11	11	31	37	9	11	1	1	112
<i>Insatser enligt SoL</i>											
Hemtjänst	0	0	1	1	8	3	19	10	9	20	71
Ledsagning	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3
Boendestöd	0	0	0	0	4	4	0	1	0	0	9
Särskilt boende	0	0	0	0	2	2	4	4	10	17	39
Övriga insatser enl. SoL	0	0	2	4	8	10	38	25	10	7	104
Assistansersättning enligt SFB	36	66	60	63	51	80	83	69	16	24	548
Avliden	0	0	1	1	0	1	5	1	10	9	28

⁵¹ Se kapitlet *Handläggning och myndighetsutövning*.

	0–12 år		13–22 år		23–44 år		45–64 år		65 år–		Totalt
	Flicka	Pojke	Flicka	Pojke	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
Inga insatser enligt SoL, LSS eller assistansersättning	38	56	28	40	29	38	53	45	20	24	371
Totalt antal insatser	58	93	87	123	114	163	143	117	42	60	

*En person kan ha flera insatser varför kolumnerna inte summeras för att få fram antalet personer.

**Avser beslut om statlig assistansersättning som upphört mellan 1 januari 2015 och 30 juni 2016

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och SoL samt register över dödsorsaker, Försäkringskassan register över mottagare av assistansersättning.

Omfattande konsekvenser av domarna som rör femte grundläggande behovet

Rättsutvecklingen är en bidragande orsak till att många får sin assistansersättning indragen. I en rapport som publicerades 2017 konstaterade Socialstyrelsens att två domar från Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) har fått både direkta och omfattande konsekvenser för både kommuner och brukare med personlig assistans [29]. Dessa två vägledande avgöranden från Högsta förvaltningsdomstolen kom 2012 och 2015⁵² och påverkar vilka hjälpbehov som räknas som grundläggande och vilka personer som kan få personlig assistans för sådan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen, det så kallade femte grundläggande behovet.

I analyserna som är gjorda särskilt för årets lägesrapport ingår delvis personer vars statliga assistansersättning har blivit indragen på grund av dessa domar (tabell 12). Det går dock inte att urskilja exakt vilka eller hur många dessa är. Även om Socialstyrelsens analys av domarnas konsekvenser från 2017 endast omfattar en delmängd av de vars beslut om assistansersättning upphör, så handlar det troligen om en stor delmängd. Konsekvenserna torde därför vara tillämpliga på en stor andel av de personer vars statliga assistansersättning upphör.

I Socialstyrelsens uppdrag från 2017 ingick att analysera avslag på ansökningar och indrag av beslut gällande statlig assistansersättning. Även den kommunalt beslutade personliga assistansen ingick i analyserna. Analyserna visade på flera konsekvenser för målgruppen⁵³.

- De personer som har fått sin assistansersättning indragen eller som har fått avslag på ansökan om assistansersättning fick i de flesta fall insatser av kommunerna istället. Detta har lett till att kommunerna får ta ett större ansvar än tidigare.
- Även personer som har fått sin personliga assistans från kommunen indragen eller som har fått avslag på ansökan om sådan assistans har fått andra insatser från kommunen i relativt hög utsträckning.
- I många fall beviljas dock mer begränsade alternativa insatser med andra syften än att tillgodose den enskildes samtliga hjälpbehov, exempelvis avlastningsinsatser för närstående. Det gör att de enskildas behov troligen

⁵² HFD 2012 ref. 41 och HFD 2015 ref. 46.

⁵³ Uppgiften ska tolkas med viss försiktighet då en stor del av analysen utgick från en enkätundersökning där vissa kommuner lämnade uppgifter utifrån kännedom, inte utifrån journalförda uppgifter.

inte tillgodoses i samma utsträckning som när de hade eller kunde ha fått personlig assistans. I vissa fall beviljas inga insatser alls. [29]

Barn är överrepresenterade bland de som påverkats av domarna

I uppdraget från 2017 konstaterade Socialstyrelsen att barn är överrepresenterade i den grupp som berörs av konsekvenserna av HFD:s domar samt att barns rätt till personlig assistans påverkas i större utsträckning än vuxnas av domstolspraxis rörande det femte grundläggande behovet. Det är svårt för kommunerna att hitta insatser för barn som kan tillgodose de behov som tidigare tillgodosågs genom personlig assistans. [29]

Närmare hälften av de barn som inte fick kommunalt beslutad personlig assistans på grund av domarna fick istället avlösarservice enligt LSS. Socialstyrelsen bedömer att avlösarservice inte ger barnet samma möjlighet till självständighet och delaktighet som personlig assistans, eftersom barnet inte kan göra samma saker med stöd av en avlösare som med stöd av en assistent. [29]

Av resultaten framgick även att bostad med särskild service enligt 9 § 8 LSS i dagsläget hittills bara har beviljats i enstaka fall efter att personlig assistans nekats eller dragits in till följd av domarna. Samtidigt signalerar både brukarföreträdare och kommuner att insatsen övervägs i flera fall. Socialstyrelsen bedömer att det ur ett barnrättsperspektiv dock är viktigt att vidta åtgärder för att möjliggöra för barn med funktionsnedsättning att bo hemma även vid stora behov av hjälp och tillsyn. [29] I förarbetena till LSS uttalades att personlig assistans för barn och ungdomar alltid bör övervägas som alternativ till att bo utanför föräldrahemmet⁵⁴.

Ny skyldighet föreslås för kommunerna

Socialstyrelsen har i ett tidigare uppdrag konstaterat att informationsöverföringen mellan Försäkringskassan och kommunerna vid indragen assistansersättning inte alltid fungerar optimalt [35]. I en enkätundersökning uppgav knappt hälften av kommunerna⁵⁵ att de alltid får information. Var fjärde kommun uppgav i sin tur att de inte har fått information från Försäkringskassan. Dessa kommuner kan då istället ha fått informationen från den enskilde, dennas företrädare eller anhöriga. Även assistansanordnare agerar ibland informationsöverförare. Att Försäkringskassan inte alltid informerar kommunerna om att beslut dragits in kan bidra till att kommunens bedömning fördröjs eller i värsta fall uteblir. Interesseorganisationerna uppgav att i sådana fall blir det upp till eventuella närstående att lösa situationen. [35]

I uppdraget framkom även att 30 procent av de kommuner som brukar få information från Försäkringskassan vanligen inte tar kontakt med den enskilde. Socialstyrelsen gjorde därför bedömningen att nuvarande lagstiftning inte är tillräcklig för att säkerställa att personer som är i behov av stöd från kommunen inte står utan det stöd som han eller hon skulle ha rätt till. Socialstyrelsen har därför föreslagit att kommunerna bör få en skyldighet att ta

⁵⁴ Prop. 1992/93:159 s. 76f.

⁵⁵ Enkäten skickades ut till de kommuner som berörts av indragningarna.

kontakt med den enskilde när beslut om indragning av assistansersättning mottagits från Försäkringskassan⁵⁶. [35]

Sammanfattande iakttagelser

- I oktober 2016 hade totalt 20 070 personer personlig assistans, varav nästan 4 580 hade kommunalt beslutad personlig assistans och 15 800 hade statlig assistansersättning⁵⁷. Andelen kvinnor är lika stor inom båda lagrummen, 46 procent. Det genomsnittliga antalet timmar i viss mån är överlappande mellan de båda lagrummen. Till exempel så hade 9 procent av personer med kommunalt beslutad personlig assistans 100 timmar per vecka eller mer.
- Sedan 2007 har antalet personer med kommunalt beslutad personlig assistans ökat med 39 procent. En markant ökning ses mellan 2014 och 2016, 12 procent.
- En femtedel av besluten om personlig assistans enligt LSS i oktober 2016 var nybeviljade, varav 17 procent gällde personer som var 65 år eller äldre. Personlig assistans kan beviljas till och med 64 års ålder, varför andelen nybeviljanden för personer 65 år eller äldre är anmärkningsvärd.
- Inflödet till personlig assistans kommer framförallt från assistansersättning och hemtjänst, men även från olika boendeformer.
- Personer som nybeviljas personlig assistans beviljas i genomsnitt 55 timmar per vecka, vilket är något högre än det genomsnittliga antalet timmar per vecka för samtliga med kommunalt beslutad personlig assistans 2016 (49 timmar). Detta indikerar att förskjutningen mot allt fler timmar per person fortsätter. Vilket stöd som beviljas till personer som är i behov av relativt få timmar är inte fullt ut klarlagt.
- Det finns även vissa könsskillnader. Pojkar i åldern 0–12 år beviljas fler timmar kommunalt beslutad personlig assistans jämfört med flickor i samma åldersgrupp, och skillnaden är störst bland de som har det högsta antalet timmar.
- Det förekommer att barn beviljas boende enligt LSS istället för statlig assistansersättning eller kommunalt beslutad personlig assistans. Socialstyrelsen bedömer att det ur ett barnrättsperspektiv är viktigt att vidta åtgärder för att möjliggöra för barn med funktionsnedsättning att bo hemma även vid stora behov av hjälp och tillsyn. I förarbetena till LSS uttalades att personlig assistans för barn och ungdomar alltid bör övervägas som alternativ till att bo utanför föräldrahemmet⁵⁸.

⁵⁶ Socialdepartementet har vidareberett frågan och i promemorian *Kommunens informationsskyldighet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade* (S2017/0748/FST) föreslås förslaget träda i kraft 1 juli 2018.

⁵⁷ Av dessa var 305 dubbletter och förekommer i båda lagrummen.

⁵⁸ Prop. 1992/93:159 s. 76f.

Bostad med särskild service

I det här kapitlet fördjupar Socialstyrelsen analyserna av bostad med service enligt LSS och särskilt boende enligt SoL i syfte att ge en samlad bild av tillståndet och utvecklingen. Såväl boende för vuxna som för barn tas upp. Frågor om delaktighet i olika boendeformer berörs även i kapitlet *Självbestämmande och delaktighet*. I kapitlet *Vård på lika villkor* uppmärksammas hälso- och sjukvård i bostad med särskild service enligt LSS och i *Säker vård och omsorg* tas krisberedskap inom olika boendeformer upp.

Aktuell utveckling boende för vuxna

Näst efter daglig verksamhet är bostad med särskild service för vuxna den största insatsen enligt LSS. I oktober 2016 hade 27 000 personer insatsen, varav 42 procent var kvinnor.

Mellan 2015 och 2016 fattades 1 916 nya beslut om bostad med särskild service enligt LSS⁵⁹, vilket motsvarar åtta procent av samtliga med beslut om insatsen. Inflödet är inte helt enhetligt. Året innan det första beslutet om bostad med särskild service hade 92 personer statlig assistansersättning enligt SFB (tabell 13). Vidare hade ett fåtal personlig assistans som beviljats av kommunen, 37 stycken. Anledningen till att dessa istället flyttat in i en bostad med särskild service kan vara en konsekvens av de två vägledande avgöranden från HFD kom 2012 och 2015⁶⁰ [29]. Socialstyrelsen kan inte heller utesluta att behoven hos vissa har ökat och att boende istället är en bättre lösning.

Tabell 13. Insatser året innan beslut om bostad med särskild service för vuxna enligt LSS

Insatser året innan ett första beslut om bostad med särskild service för vuxna enligt LSS, 2015.

Insats år 2015	Antal personer
Assistansersättning enligt SFB	92
<i>Insatser enligt LSS</i>	
Personlig assistans	37
Ledsagarservice	250
Kontaktperson	343
Avlösarservice	51
Korttidsvistelse	398
Korttidstillsyn	83
Boende, barn	112
Boende, anpassad bostad	24
Daglig verksamhet	867

⁵⁹ Med nytt beslut menas att personen inte hade insatsen året innan.

⁶⁰ HFD 2012 ref. 41 och HFD 2015 ref. 46.

Insats år 2015	Antal personer
<i>Insatser enligt SoL</i>	
Särskilt boende	61
Hemtjänst	135
Boendestöd	205
Ledsagning	10
Avlösning	2
Korttidsplats	71
Kontaktperson/kontaktfamilj	17
Dagverksamhet	21
Annat bistånd	46

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och SoL samt Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning.

Det förekommer dock även en förflyttning från andra stödinsatser i hemmet, och året innan ett första beslut om bostad med särskild service enligt LSS hade 135 personer hemtjänst och 205 hade boendestöd enligt SoL.

Drygt 110 personer hade boende för barn enligt LSS och förklaringen handlar i dessa fall om att personerna blivit för gamla för boende för barn. Något färre, 61 personer, hade särskilt boende enligt SoL.

Endast tre av fyra har egen internetuppkoppling

Möjligheten för brukare att ha internetuppkoppling i det egna rummet eller den egna lägenheten finns inte på alla boenden, det framkommer av uppgifter i Kolada (tabell 14). Andelen boenden med denna möjlighet är störst i storstäder och stora städer, 89 procent. I mindre städer, förorter och landsbygdskommuner är andelen betydligt lägre, 69 procent.

På många men inte alla boenden finns möjlighet till sena aktiviteter som kräver personalstöd (tabell 14). Även här är andelen högst i storstäder och stora städer, 92 procent och lägst i mindre städer, tätorter och landsbygdskommuner, 88 procent. Uppgiften avser minst en kvällsaktivitet med personalstöd per månad, och även om de flesta boenden kan erbjuda detta stöd så kan omkring 10 procent av boendena inte erbjuda det.

Tabell 14. Delaktighet på boenden för vuxna enligt LSS

Grad av delaktighet på bostäder med särskild service för vuxna enligt LSS, uppdelat på kommungrupper, andel angiven i procent, 2016.

	Mindre städer, tätorter och landsbygdskommuner	Större städer och kommuner nära större stad	Storstäder och storstadsnära kommuner
Andel boendeplatser där den boende har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet eller lägenheten	69	88	89
Andel boendeplatser där den boende ges möjlighet att vara ute på aktiviteter som kräver personalstöd efter kl. 21, minst en gång per månad	88	94	92

	Mindre städer, tätorter och landsbygdskommuner	Större städer och kommuner nära större stad	Storstäder och storstadsnära kommuner
Andel boendeplatser där alla på boendet har möjlighet att äta huvudmålet tillsammans minst en gång per vecka	89	95	93
Andel boendeplatser där den boende har möjlighet att planera matsedel, handla livsmedel med mera	86	88	89
Andel boendeplatser där den boende kan bestämma över vilken mat (huvudmålet) som serveras	95	95	98
Andel boenden där det är möjligt att bli sambo*	80	82	81

* Minst 1 lägenhet eller rum ska kunna användas för sammanboende för att enheten ska svara ja på frågan.

Källa: Kommun- och landstingsdatabasen (2017).

En annan aspekt av delaktighet i bostäder med särskild service för vuxna är möjligheten till gemensamma måltider. I de flesta boenden har samtliga brukare möjlighet att äta huvudmålet tillsammans minst en gång per vecka. Andelen är lägst på boenden i mindre städer, tätorter och landsbygdskommuner, 89 procent. På en något lägre andel boende har boende möjlighet att planera matsedeln och inhandla livsmedel. Även här är andelen lägst bland mindre städer, tätorter och landsbygdskommuner, 86 procent.

Ytterligare ett perspektiv på delaktighet är möjligheten att bli sambo. I de flesta boenden enligt LSS är detta möjligt, men endast under förutsättningen att båda har ett LSS-beslut. I omkring 80 procent av boendena finns denna möjlighet, och skillnaden är liten mellan olika kommungrupper (tabell 14). Uppgifter saknas för tidigare år, varför det inte är möjligt att säga något om utvecklingen över tid.

Brukarbedömd kvalitet ger ytterligare perspektiv

Brukarnas egna uppfattningar ger delvis ett annat perspektiv på kvaliteten i särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning och pekar på vissa förbättringsområden. Omkring 70 – 90 procent av brukare i de olika boendeformerna svarar ja på frågan ”Bryr sig personalen om dig?” (tabell 15). Andelen som svarar positivt på frågan är lägst bland kvinnor i särskilda boenden enligt SoL, drygt 60 procent.

Tabell 15. Brukarbedömning av kvalitet i särskilda boendeformer

Brukarnas bedömning av kvalitet i särskilt boende enligt SoL, gruppboendestad enligt LSS och servicebostad enligt LSS, uppdelat på kön och kommungrupper, 2016.

	Storstäder och storstadsnära kommuner		Större städer och kommuner nära större stad		Mindre städer, tätorter och landsbygdskommuner	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man
"Bryr sig personalen om dig?"						
Boende särskild service SoL	70	77	63	80	65	89
Gruppboendestad LSS	81	84	81	83	80	79
Servicebostad LSS	76	80	80	83	73	88
"Får du den hjälp du vill ha hemma?"						
Boende särskild service SoL	73	80	62	77	50	78
Servicebostad LSS	72	72	67	80	71	88
"Trivs du hemma?"						
Boende särskild service SoL	65	72	71	75	73	80
Gruppboendestad LSS	83	86	82	85	84	85
Servicebostad LSS	73	80	69	84	79	89
"Känner du dig trygg med personalen?"						
Boende särskild service SoL	57	79	46	68	45	77
Gruppboendestad LSS	73	73	73	77	75	79
Servicebostad LSS	58	72	61	76	68	78
"Pratar personalen med dig så att du förstår?"						
Gruppboendestad LSS	60	65	62	72	70	72

Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Kvinnorna svarade i lägre utsträckning ja på nästan alla frågorna i tabell 15. Ett exempel är frågan "Känner du dig trygg med personalen?" där endast 50 procent av kvinnorna i särskilda boende enligt SoL svarade ja.

Resultaten från brukarundersökningen baseras helt på brukarnas egna svar⁶¹, men resultaten bör ändå tolkas med viss försiktighet då endast 76 kommuner deltagit i undersökningen.

Boende för barn enligt LSS

I oktober 2016 hade 986 barn och unga insatsen boende enligt LSS, av dessa bodde 50 i familjehem och resten i bostad med särskild service. I vissa boenden bor unga som går i gymnasiesärskola under veckorna medan andra boenden fungerar mer som hem där barnen bor även på helger. Det senare handlar om barn med omfattande funktionsnedsättningar och komplexa behov. Socialstyrelsens tidigare analyser visar att boende för barn enligt LSS ibland beviljas när annat stöd dras in, såsom statlig assistansersättning [8, 29].

Sedan 2007 har andelen barn och unga i boende för barn enligt LSS minskat med 24 procent. Socialstyrelsens tidigare analyser visar att majoriteten är 19 år eller äldre under sista året med insatsen, det vill säga insatsen upphör i samband med att de unga har avslutat sin gymnasieutbildning. Åren 2007–2012 avslutades insatsen för 1 160 personer, varav endast 49 stycken var 18

⁶¹ Undersökning genomförs med hjälp av pictogram.

år eller yngre, 37 pojkar och 12 flickor. Tre år efter avslutad insats hade i princip samtliga en annan LSS-insats: 1 150 av 1 161 personer. Minskningen av boende för barn tycks med andra ord förklaras av att personerna blir äldre, samtidigt som allt färre barn nybeviljas insatsen. [8]

Var tredje beslut om boende för barn är nybeviljat

Trots att insatsen boende för barn enligt LSS minskar så fattas ändå nya beslut. Mellan 2015 och 2016 fattades 296 nya beslut (tabell 16), vilket innebär att 30 procent av samtliga beslut om boende för barn enligt LSS i oktober 2016 var nybeviljade. En mindre del av de nya besluten avsåg barn upp till 12 år, 31 stycken.

Tabell 16. Nybeviljanden av boende för barn enligt LSS

Antal nya beslut om boende för barn enligt LSS, uppdelat på ålder och kön, 2016.

	Antalet beslut	
	Flicka	Pojke
0–12 år	6	25
13–22 år	94	171

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Flertalet av dessa barn beviljades troligen insatsen på grund av skolgång på annan ort och några på grund av omfattande funktionsnedsättningar. Samtidigt hade några av barnen troligen blivit beviljade insatsen till följd av att annat stöd har dragits in. Socialstyrelsens analyser visar att flera av barnen och de unga som fått boende för barn hade andra insatser året innan (tabell 17):

- två barn bodde i andra boendeformer, ett barn bodde i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS och ett i särskilt boende enligt SoL
- tre barn hade annat stöd i hemmet, två hade personlig assistans enligt LSS och en hade hemtjänst enligt SoL.
- tretton barn hade assistansersättning enligt SFB.

Tabell 17. Insatser året innan ett första beslut om boende för barn enligt LSS

Insatser året innan ett första beslut om boende för barn enligt LSS, uppdelat på ålder och kön, 2015.

Insats år 2015	Antal med respektive insats			
	0–12 år		13–22 år	
	Flicka	Pojke	Flicka	Pojke
Assistansersättning enligt SFB	4	2	3	4
<i>Insatser enligt LSS</i>				
Personlig assistans enligt LSS	0	2	0	0
Ledsagarservice enligt LSS	0	1	10	13
Kontaktperson enligt LSS	0	2	16	22
Avlösarservice enligt LSS	0	3	7	6
Korttidsvistelse enligt LSS	4	13	30	46
Korttidstillsyn enligt LSS	0	0	20	35

Insats år 2015	Antal med respektive insats			
Boende, vuxna enligt LSS	0	0	0	1
Insatser enligt SoL				
Särskilt boende enligt SoL	0	0	0	1
Hemtjänst enligt SoL	0	0	0	1
Annat bistånd enligt SoL	0	0	1	1

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och SoL samt Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning.

Omkring 250 barn och unga hade året innan ett första beslut om boende för barn enligt LSS varken kommunalt beslutad personlig assistans, statlig assistansersättning eller någon annan boendeform. Majoriteten av dessa fick sannolikt insatsen på grund av skolgång. Socialstyrelsen kan emellertid inte utesluta att det till viss del även kan handla om barn som fått avslag på ansökan om personlig assistans, antingen hos kommunen eller hos Försäkringskassan. Det är inte heller uteslutet att några av dessa barn kan ha vårdats på sjukhus en längre tid.

Underskott på boenden för personer med funktionsnedsättning

Underskottet på boenden enligt LSS och SoL ökar, det framkommer av Boverkets årliga Bostadsmarknadsenkät [36]. Majoriteten av kommunerna uppger ett underskott på särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning enligt LSS och SoL⁶²:

- 163 kommuner uppger underskott på bostäder för personer med funktionsnedsättning.
- 117 kommuner uppger att utbudet är i balans.

Underskottet bedöms till stor del hålla i sig över tid; 112 kommuner anger att behovet inte kommer vara täckt om två år, varav 84 kommuner anger att behovet inte kommer vara täckt om 5 år⁶³.

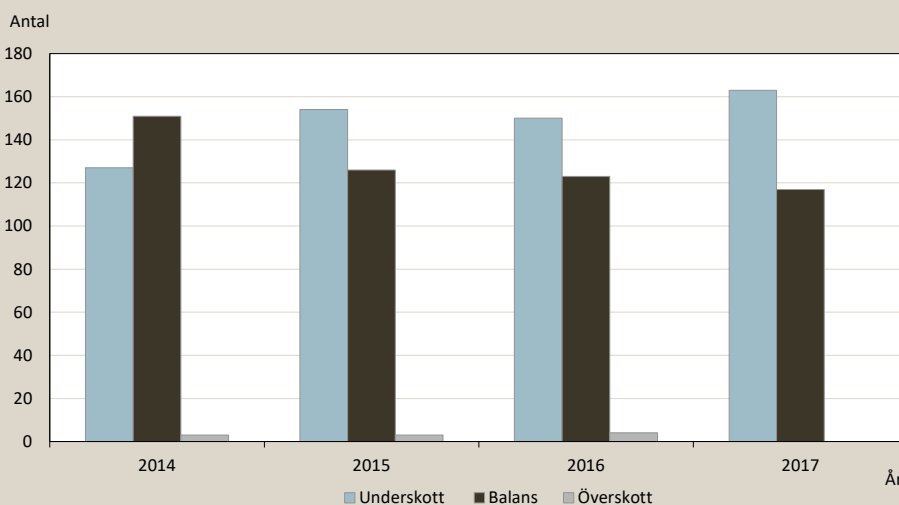
Figur 11 visar att antalet kommuner som uppger att de har underskott på bostäder för personer med funktionsnedsättning har ökat sedan 2014.

⁶² Bortfallet på enkätfrågan var 10 kommuner.

⁶³ Bortfallet på frågan om 2 år var 19 kommuner, och 30 på frågan om 5 år.

Figur 11. Utbudet av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning

Kommunernas bedömning av utbudet av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning, antal boendeplatser, 2014–2017.



Källa: Bostadsmarknadsenkäten (Boverket, 2017).

Ökat byggande av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning

Underskottet på bostäder med särskild service är mest utbrett på högskoleorterna och i Storstockholm. Samtliga av de större högskoleorterna⁶⁴ och 86 procent av de mindre högskoleorterna⁶⁵ uppger att de har underskott på dessa bostäder. Den största andelen kommuner i balans återfinns i kommungruppen "övriga kommuner med färre än 25 000 invånare" där 53 procent av kommunerna uppger att de har balans i utbudet.

Under 2017–2018 kommer 101 kommuner att påbörja byggnationen drygt 1 400 bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning. Detta är en ökning med 30 kommuner samt 50 bostäder jämfört med året innan men betydligt färre än vad kommunerna uppgav 2015, då motsvarande siffra uppgick till cirka 2 400 bostäder. Det handlar framför allt om nybyggnad, men 81 bostäder är ett nettotillskott av bostäder genom ändring av byggnader.

I kommungruppen "övriga kommuner" förväntas flest bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning per 1 000 invånare att tillkomma. Det vill säga kommuner som inte är belägna i storstadsområdena eller är högskoleorter. Inom denna kommungrupp uppges utbudet vara mest i balans, vilket kan indikera god planering och ett kontinuerligt byggande. [36]

Boverkets enkät ger inget svar på varför underskottet ökar, men som tabell 4 visar så ökar antalet beslut om bostad med särskild service för vuxna. Vissa kommuner har dessutom aviserat att de troligen behöver bygga fler boenden till följd av indragningar av statlig assistansersättning och kommunalt beslutad personlig assistans [29].

⁶⁴ Med större högskoleorter avses högskoleorter med mer än 75 000 invånare.

⁶⁵ Med mindre högskoleorter avses högskoleorter med färre än 75 000 invånare.

Sammanfattande iakttagelser

- Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS är en av de insatser som ökar mest inom LSS. En viss del av inflödet till boenden tycks förklaras av förändringar inom assistansersättningen. Eller att personer som tidigare har haft stöd i det egna boendet som exempelvis hemtjänst istället beviljas bostad med särskild service. Det sker även en viss förflyttning från särskilt boende enligt SoL till bostad med särskild service enligt LSS, men detta tycks ske i relativt begränsad omfattning.
- Förutsättningar för delaktighet på bostäder med särskild service kan bli bättre när det gäller möjlighet till internetuppkoppling i den egna lägenheten samt möjlighet till kvällsaktivitet med personalstöd.
- Insatsen boende för barn enligt LSS fortsätter att minska, men samtidigt är omkring en tredjedel av besluten nybeviljade. Majoriteten av de nya besluten gäller pojkar. Flertalet av de nya besluten handlar troligen om att barn med funktionsnedsättning börjar på en skola på annan ort. Femton barn hade dock kommunalt beslutad personlig assistans eller statlig assistansersättning året innan beslutet om boende. Ur ett barnrättsperspektiv är det dock viktigt att samhällets aktörer, såsom kommuner, möjliggör för barn med funktionsnedsättning att bo hemma även vid stora behov av hjälp och tillsyn.
- Allt fler kommuner uppger att de har ett underskott på särskilda boendeformer, vilket torde bidra till att tiden mellan beslut och verkställighet för insatsen har ökar.
- En viss del av kommunernas nybyggnation av särskilda boendeformer sker genom att ändra befintligt bestånd. Huruvida det handlar om att ändra befintliga fastigheter eller bygga ut befintliga boenden är inte klart. Det senare medför risk för fler boendeplatser per gruppboende, vilket innebär en ökad institutionsprägel [37]. Det är med andra ord angeläget att nybyggnationer inte sker på bekostnad av kvaliteten i befintliga bostäder med särskild service enligt LSS.

Självbestämmande och inflytande

Såväl socialtjänstens insatser som hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet⁶⁶. Detta lyfts även i FN:s konvention om barnets rättigheter (artikel 12 om barns rätt att uttrycka sin åsikt) och konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (artikel 12 om rättskapacitet och beslutsfattande med stöd) [5, 38]. I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för delaktighet och självbestämmande inom LSS och verksamheternas samråd med patient- och brukarorganisationer. Även valfrihet vid hjälpmedelsförskrivning berörs.

Alla genomförandeplaner innehåller inte individuella mål

Socialtjänstens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 § SoL). När det gäller insatser enligt LSS ska individen i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges (6 § LSS). Ett verktyg för detta är genomförandeplanen [39].

Majoriteten av personer med bostad med särskild service för vuxna eller daglig verksamhet har en aktuell genomförandeplan (tabell 18). Andelen är något högre inom boenden, 94 procent.

Tabell 18. Förekomst av genomförandeplaner inom LSS

Förekomst av genomförandeplaner, individuella mål i genomförandeplaner och dokumentation om delaktighet i genomförandeplaner, uppdelat på LSS-insats, andel angiven i procent, 2017.

	Bostad med särskild service för vuxna	Daglig verksamhet
Aktuell genomförandeplan	94	91
Individuella mål i genomförandeplan	87	88
Dokumentation om delaktighet i genomförandeplan	84	82

Källa: Enhetsundersökning LSS (Socialstyrelsen; 2017).

Uppgifterna i tabell 18 samlades in för första gången 2017 och Socialstyrelsen kan därför inte uttala sig om förändringar över tid. Myndigheten kan däremot uttala sig om förändringar när det gäller andelen enheter där samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan. Denna andel har minskat inom insatsen bostad med särskild service, 2017 var andelen 81 procent, motsvarande andel 2014 var 83 procent. Inom daglig verksamhet har andelen å andra sidan ökat, från 65 till 70 procent.

En genomförandeplan syftar till att skapa en tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Planen bör upprättas hos ut-

⁶⁶ 1 kap. 1 § 3 st. SoL, 6 § LSS och 5 kap. 1 § p. 3 HSL.

föraren med hänsyn tagen till den enskildes självbestämmande och integritet⁶⁷. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. För att planen ska kunna vara ett stöd för genomförandet av insatser är det viktigt att planen hålls aktuell och vid behov revideras i samråd med den enskilde. [40]

I genomförandeplanen bör det framgå vilket eller vilka mål som gäller för insatsen samt för varje aktivitet⁶⁸. Detta framgick i de flesta planer, men inte alla. Knappt 90 procent har en aktuell plan som innehåller individuellt utformade mål (tabell 20).

Förutsättningar för delaktighet behöver anpassas till den enskilde. Det bör därför framgå av genomförandeplanen på vilket sätt den enskilde har varit delaktig⁶⁹ [39]. Drygt 80 procent av individerna hade en genomförandeplan som innehöll sådan dokumentation, 84 procent på boenden för vuxna respektive 82 procent på dagliga verksamheter. Dokumentation om hur den enskilde deltagit vid planeringen visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet.

Det saknas emellertid aktuell kunskap på nationell nivå om möjligheter för barn med funktionsnedsättning att komma till tals. Tidigare iakttagelser av tillsynen visar dock att barn med funktionsnedsättning inte alltid kommer till tals, detta gäller såväl i samband med handläggningssituationer som i verksamheter.

Brukarbedömningar av inflytande och delaktighet

Ytterligare perspektiv på självbestämmande fås via Sveriges kommuner och landstings (SKL) brukarundersökning. På frågan ”Får du bestämma över saker som är viktiga” svarar majoriteten av brukarna ja (tabell 19). Det finns vissa regionala variationer, men inget tydligt mönster kan skönjas. Det upplevda inflytandet på särskilda boenden enligt SoL tycks vara något lägre än inom andra boendeformer och inom boendestöd. Till exempel upplever endast 65 procent i de största kommungrupperna att de har inflytande.

Även skillnaderna mellan kvinnor och män varierar och inte heller här går det att se något tydligt mönster. Till exempel upplever endast 67 procent av kvinnorna i särskilt boende i de mindre kommungrupperna att de har ett inflytande, motsvarande andel för männen är 87 procent. I gruppboendestäder i de mellanstora kommungrupperna är skillnaden motsatt, männen skattar lägre inflytande än kvinnorna, 69 respektive med 79 procent.

Resultaten från brukarundersökningen baseras helt på brukarnas egna svar⁷⁰, men resultaten bör ändå tolkas med viss försiktighet då endast 76 kommuner deltagit i undersökningen.

⁶⁷ Allmänna råd till 6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

⁶⁸ Allmänna råd till 6 kap. 2 § SOSFS 2014:5.

⁶⁹ Att det bör framgå i genomförandeplanen om den enskilde har deltagit i planen och vilken hänsyn som har tagits till den enskildes synpunkter och önskemål beskrivs i allmänna råd till 6 kap. 2 § SOSFS 2014:5.

⁷⁰ Undersökning genomförs med hjälp av pictogram.

Tabell 19. Brukares inflytande på särskilda boendeformer

Andelen brukare som svarat ja på frågan "Får du bestämma över saker som är viktiga?", uppdelat på kön, boendeform och sysselsättning, andel angiven i procent, uppdelat på kommungrupp, 2016.

	Storstäder och storstadsnära kommuner		Större städer och kommuner nära större stad		Mindre städer, tätorter och landsbygdskommuner	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man
"Får du bestämma över saker som är viktiga?"						
Gruppboestad enligt LSS	77	72	79	69	74	74
Serviceboestad enligt LSS	79	86	78	83	81	89
Boende särskild service SoL	75	78	64	65	67	81
Boendestöd enligt SoL	89	91	91	85	88	88
Daglig verksamhet enligt LSS	74	73	75	76	71	73
Sysselsättning enligt SoL	82	74	83	66	74	73

Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Ett sätt att säkra brukarnas inflytande är att använda olika metoder. Knappt hälften av boenden för vuxna enligt LSS uppger att de använder metoder för inflytande i form av gemensamma möten, 48 procent. Motsvarande andel inom dagliga verksamheter är 62 procent.

Regelbundna möten för att diskutera gemensamma frågor (som exempelvis gemensamma aktiviteter eller den gemensamma boendemiljön) är ett sätt att främja brukarnas inflytande i verksamheten [41]. Andra argument för brukarinflytande är att det är mer effektivt att utgå från målgruppens faktiska behov, att verksamheten får bättre underlag för att skapa god kvalitet och att personerna som får insatser får större förståelse om de är med och påverkar [42]. Under 2017 har Socialstyrelsen publicerat flera kunskapsstöd som handlar om delaktighet och självbestämmande, till exempel *Vägar till ökad delaktighet* [43]. Dessa torde öka förutsättningar för brukarinflytande ytterligare.

Få kommuner har brukarinflytande på verksamhetsnivå inom socialpsykiatri

Enskildas erfarenheter är en viktig kunskapskälla för att utveckla verksamheten, både avseende utformning och kvalitet och kan därmed göra verksamheten mer effektiv. Inom socialpsykiatrien möjliggör emellertid få kommuner brukarinflytande på verksamhetsnivå (tabell 20). Till exempel har knappt 20 procent av kommunerna genomfört brukarstyrd brukarrevision. Andelen är oförändrad jämfört med året innan.

Brukarstyrda brukarrevisioner är en metod för utvärdering och kvalitets-säkring ur ett användarperspektiv, det vill säga en granskning av en verksamhet utförd av brukare med egen, tidigare, erfarenhet av den typ av verksamhet som ska granskas.

Tabell 20. Övergripande brukarinflytande på verksamhetsnivå

Förekomst av olika metoder för brukarinflytande på verksamhetsnivå inom socialpsykiatri, andel kommuner, andel angiven i procent, 2017.

	Socialpsykiatri
Brukarinflytande BISAM	12
Genomfört brukarstyrd brukarrevision	19
Använt brukarstyrd revision för verksamhetsutveckling	14

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen 2017).

Brukarinflytande jämnar ut maktobalansen mellan de aktörer som beslutar eller utför insatser, och de personer som får vården eller insatserna. Att medverka och få makt över beslut och handlingar som rör det egna livet kan i sin tur öka självförtroendet och förändra självbilden, empowerment [41].

BISAM, en förkortning för Brukarinflytandesamordnare, är ett stöd för personer med psykisk funktionsnedsättning för ökat inflytande inom verksamheten. Få kommuner har en sådan samordnare, 12 procent. Andelen är oförändrad mot året innan.

Hög delaktighet inom hjälpmedelsområdet

De flesta i åldern 16–65 år som förskrivs hjälpmedel upplever att de får ett bra bemötande, det visar Socialstyrelsens uppföljning av patientlagens genomslag inom hjälpmedelsområdet [44]. Drygt 90 procent av hjälpmedelsanvändarna uppgav att förskrivaren bemötte dem med respekt, och denna andel var något högre för män än för kvinnor (tabell 21). Totalt uppgav 65 procent att de varit delaktiga i val av hjälpmedel. Även här är andelen män något högre än andelen kvinnor.

Tabell 21. Information och delaktighet vid förskrivning av hjälpmedel

Svarsfördelning på två frågor om bemötande och delaktighet vid förskrivning av hjälpmedel 18–65 år, uppdelat på kön, 2017.

	Kvinna	Man	Totalt
	Andel	Andel	Andel
"Bemötte förskrivaren dig med respekt?"			
Ja	86	88	92
Delvis	11	10	6
Nej	3	2	2
"Fick du möjlighet att vara delaktig i val av hjälpmedel?"			
Ja	67	63	65
Delvis	20	23	22
Nej	9	13	8

Källa: Uppföljning av patientlagen inom hjälpmedelsområdet (Socialstyrelsen; 2017).

Hjälpmiddelsanvändarna ger således ett gott betyg till bemötandet och delaktigheten vid hjälpmedelsförskrivning. Socialstyrelsen bedömer dock att det

inte skett någon generell utveckling av delaktighet sedan patientlagens tillkomst 2015. Ett undantag för hörselområdet, där delaktigheter ökat något mellan 2015 och 2016. [44]

Färre uppföljningar för kvinnor

Två viktiga delar av förskrivningsprocessen är uppföljning av hjälpmedelsförskrivning och uppföljning av måluppfyllelse [44, 45]. När hjälpmedlet har använts en tid behövs en uppföljning göras för att kontrollera om de uppsatta målen med hjälpmedlet har nåtts. En uppföljning ger också möjlighet att säkerställa att den information som tidigare lämnats har uppfattats på rätt sätt.

Det är viktigt att förskrivaren informerar om vart hjälpmedelsanvändaren ska vända sig med sina eventuella frågor. Nästan 90 procent av hjälpmedelsanvändare i åldersgruppen 18 till 65 år har svarat att de vet vart de kan vända sig om de har frågor om hjälpmedlet. Totalt 64 procent av respondenterna svarade att en uppföljning planerats vid förskrivningen av hjälpmedlet i aktuella fall. Skillnaden mellan män och kvinnor är noterbar, 69 procent av männen svarade att en uppföljning planerades tillsammans med förskrivaren, motsvarande andel för kvinnorna var 60 procent. Skillnaden har minskat något sedan den första mätningen 2016, men framstår ändå som omotiverat stor. [44]

Sammanfattande iakttagelser

- De flesta brukare i daglig verksamhet och i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS har genomförandeplaner, men alla genomförandeplaner innehåller inte individuella mål. Inte heller framgår det alltid hur den enskilde varit delaktig.
- Många brukare inom särskilda boendeformer och daglig verksamhet bedömer att de har möjlighet att bestämma över sådant som är viktigt. Samtidigt uppger knappt hälften av verksamheterna att de använder metoder för brukarinflytande, vilket indikerar att förutsättningarna för inflytande kan stärkas ytterligare.
- Det saknas aktuell kunskap på nationell nivå om möjligheterna för barn med funktionsnedsättning att komma till tals. Tidigare iakttagelser gjorda av tillsynen visar emellertid att barn med funktionsnedsättning inte alltid kommer till tals, detta gäller såväl i samband med handläggningssituationer som i LSS-verksamheter.
- Delaktigheten vid förskrivning av hjälpmedel är hög, men andelen uppföljningar är lägre för kvinnor än för män, 69 procent jämfört med 60 procent. Skillnaden har minskat något mellan 2015 och 2016 men den framstår ändå som omotiverat stor.

Samordning och helhetssyn

I detta kapitel lyfter Socialstyrelsen frågor som rör samordning och helhetssyn, både ur den enskildes och ur närståendes perspektiv.

Bristande samordning får konsekvenser för enskilda och deras närstående

Myndigheten för vård och omsorgsanalys konstaterar att när vården och socialtjänsten inte samordnar sina insatser överflyttas också en stor del av den samordnade rollen till patient, brukaren eller dennes närstående. Om inte vården eller socialtjänsten tar hänsyn till huruvida personen ifråga (eller dennes närstående) har kapacitet och möjlighet att bidra till samordningen kan konsekvenserna bli stora. [46] När samordningen saknas eller brister kan följande allvarliga problem uppstå både för individen och för vården och socialtjänsten:

- Bristande helhetssyn leder till oro och frustration hos individen och den enskilde får själva ta ansvar för att helhetsbehovet blir tillgodosett.
- Bristande kommunikation mellan professioner leder till att den enskilde får återberätta sin situation och att viktig information riskerar att gå förlorad.
- Försämrade upplevelse av hälsa och situation för den enskilde. Även den enskildes förmåga att hantera sin egen situation och sin egenvård försämraras.
- Ökade kostnader på grund av att vård och omsorg som upprepas i onödan, till exempel att patient behöver upprepa medicinska tester.
- Hotad patientsäkerhet och risk för försämrade medicinska och sociala resultat. När en helhetssyn saknas och kommunikationen mellan professioner brister är det stor risk att den enskildes behov inte bemöts på ett fullgott sätt av vården och socialtjänsten. Sjukdomstillståndet eller funktionsnedsättningen kan förvärras på grund av den bristande samordningen. [46]

Konsekvenserna av bristande samordning framgår även av en enkätundersökning riktad till föräldrar med barn som har en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning^{71 72} [47]. Trots att samhället erbjuder en rad olika insatser för barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och till deras närstående så uppger många av föräldrarna bland annat att de lägger ner mycket tid på kontakter med myndigheter, skola, omsorg eller andra offentliga verksamheter:

- 82 procent av föräldrarna är osäkra på vart de ska vända sig för att få hjälp eller stöd i frågor som rör barnets funktionsnedsättning

⁷¹ Barnens ålder var 0-25 år.

⁷² Enkäten besvarades av 1852 föräldrar.

- 37 procent av föräldrarna lägger 3–5 timmar i veckan på kontakter utifrån barnets funktionsnedsättning, och 16 procent lägger 6–15 timmar på kontakter med anledning av barnets funktionsnedsättning
- 31 procent av föräldrarna har varit sjukskrivna det senaste året på grund av barnets funktionsnedsättning
- 52 procent av föräldrarna har gått ned i arbetstid med anledning av barnets funktionsnedsättning
- 43 procent av föräldrarna har någon gång varit sjukskrivna för utmattningssyndrom [47]

De enskilda resultaten redovisas inte uppdelat på kön, men 89 procent (1 600) av de som besvarade enkäten var kvinnor.

Färre kommuner erbjuder personligt ombud

Verksamheten med personligt ombud riktar sig till personer som är 18 år eller äldre, som har en psykisk funktionsnedsättning och betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden⁷³. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med länsstyrelserna fördela statsbidrag till kommuner enligt *förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar*.

Verksamhet med personligt ombud syftar bland annat till att den enskilde ska ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället. Verksamheten syftar även till att få myndigheter, kommuner och landsting att samverka utifrån den enskildes önskemål och behov.⁷⁴

Allt yngre klienter

Under 2016 hade 240 kommuner verksamhet med personligt ombud, det framgår av den senaste återrapporeringen av statsbidraget [48]. Antalet kommuner som erbjuder personligt ombud har dock minskat med tre kommuner jämfört med föregående år. Gotland har valt att lägga ner verksamheten liksom några kommuner i Kalmar, Norrbotten, Skåne och Örebro. Under året har nya kommuner tillkommit i Uppsala, Västerbotten och Västra Götaland. Antalet ombudstjänster var 312 under 2016 vilket är en ökning med två ombud jämfört med föregående år.

Sammanlagt arbetade verksamheterna med närmare 9 000 klienter under 2016 varav 5 120 kvinnor och 3 860 män. Majoriteten, cirka 67 procent av klienterna, var i åldersspannet 30–64 år. Enligt kommunernas redovisningar finns det fortfarande en tendens att ombuden tar emot allt yngre klienter. Flertalet kommuner redovisar dessutom att gruppen unga vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ökar. [48]

⁷³ För att få stöd av personligt ombud ska den enskilde ha sammansatta och omfattande behov av vård, stöd och service, rehabilitering och sysselsättning samt ha behov av långvariga kontakter med socialtjänsten, primärvården, den specialiserade psykiatri och andra myndigheter (se 2 § förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar).

⁷⁴ 3 § förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Vissa kommuner uppger att de har sett en ökning av klienter med barn och personer som lider av psykisk ohälsa med en beroendeproblematik. Uppdrag för att få hjälp med ärenden som berör Försäkringskassan har också ökat. Det kan då gälla att söka sjukersättning och överklaganden men också att följa med på möten till Försäkringskassan tillsammans med klienten. [48]

Liksom tidigare år är de främsta orsakerna till att klienter söker stöd av personligt ombud att de upplever svårigheter med ekonomin och att de har behov av stöd i kontakten med olika myndigheter. Ett vanligt skäl som uppges är också behovet av stöd i kontakterna med sjukvården. Nedan följer ytterligare några tendenser som verksamheterna uppger.

- Ökning av personer i målgruppen som har problem med att få en bostad.
- Hot om vräkning har ökat som skäl till kontakt.
- Klienterna söker hjälp med enskilda uppdrag i större utsträckning än förut då det var vanligt att klienten sökte kontakt för att bygga relationer.
- Ökning av kontakter där barnärenden är involverade, kan handla om omhändertagande, familjehemsplaceringar med mera. [48]

Hälften av kommunerna informerar om rätten till SIP

I var femte kommun har verksamhet för personer med funktionsnedsättning rutiner för hur skyddade personuppgifter ska hanteras, både vid handläggning och vid genomförande av insatser (tabell 22). Kommunernas socialtjänst har ett tydligt ansvar för att skydda barn som far illa eller riskerar att fara illa, vilket innebär att utreda, bedöma och tillgodose barnets behov av skydd och insatser på kort och lång sikt (se bland annat 5 kap. 1 § SoL). Socialtjänsten ska även särskilt beakta att våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld kan behöva stöd och hjälp (5 kap. 11 § SoL). De flesta som har skyddade personuppgifter i form av sekretessmarkering eller kvarskrivning är kvinnor som lever under hot från en före detta make eller sambo. [24, 49]

Tabell 22. Rutiner om rättssäkerhet inom socialtjänsten

Andelen kommuner som har rutiner för att informera den enskilde om rättigheter till SIP*, att få en kopia på sin journal samt rutin för hur skyddade personuppgifter sak hanteras, andelen angiven i procent, 2017.

	Verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning	LSS-verksamheter för barn och unga	LSS-verksamheter för vuxna
Rutin om att den enskilde ska informeras om sina rättigheter till SIP	43	40	40
Rutin för hur ärenden med skyddade personuppgifter ska hanteras både vid handläggning och vid genomförande av insatser för att säkerställa att skyddade uppgifter inte ska röjas av misstag	21	21	20

*Samordnad individuell plan.

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017), öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017).

Knappt hälften av kommunerna har rutiner om att den enskilde ska informeras om sina möjligheter att få en SIP,⁷⁵ se tabell 24. Andelen kommuner med sådana rutiner har minskat och året innan var motsvarande andelar drygt 60 procent. Genom att ha rutiner säkerställer verksamheterna att brukarna får kännedom om dessa möjligheter.⁷⁶ Det är därför noterbart att andelen har minskat.

I början av 2017 publicerades en utvärdering där såväl utmaningar som framgångsfaktorer kring SIP identifierades [50]. Några av framgångsfaktorerna var:

- kunskap om lagstiftningen
- kunskap om hur en SIP utformas
- en erfaren mötesledare

Även vissa hinder identifierades, såsom bristande brukardelaktighet, tidsbrist och begränsningar i it-infrastruktur.

När det gäller barn och unga med funktionsnedsättning är även skolan en viktig samverkanspart och i flera kommuner och regioner finns avtal och rutiner för att skolorna själva ska kunna initiera en SIP. Flera som deltog i utvärderingen menade att vissa delar i den befintliga lagstiftningen om SIP behöver förtydligas, till exempel vem som ansvarar för SIP, skolans roll för barn och unga samt Migrationsverkets möjligheter att initiera en SIP.

Utvärderingen konstaterar att när SIP fungerar blir den ett viktigt verktyg för brukaren och dennes närstående, och att de då får en bättre överblick över insatser och vem som gör vad. För individen innebär SIP att adekvata insatser påskyndas och att dessa följs upp på kort och lång sikt. [50]

Sammanfattande iakttagelser

- Bristande samordning av insatser och stöd får konsekvenser för såväl samhället som för den enskilde och närstående. Trots att samhället erbjuder en rad olika insatser för barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och deras närstående så uppger många av föräldrarna bland annat att de lägger ner mycket tid på kontakter med myndigheter, skola, omsorg eller andra offentliga verksamheter. Hälften av föräldrarna hade gått ner i arbetstid och en tredjedel hade varit sjukskrivna det senaste året till följd av barnets funktionsnedsättning.
- Antalet kommuner som erbjuder personligt ombud minskar och 2016 var antalet kommuner 240. Det finns fortfarande en tendens att ombuden tar emot allt yngre klienter, flertalet kommuner uppger dessutom att gruppen unga vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ökar. Liksom tidigare år är de främsta orsakerna till att klienter söker stöd av personligt ombud att de upplever svårigheter med ekonomin och att de har behov av

⁷⁵ När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska kommun och landsting tillsammans upprätta en individuell plan. Lagregeln om individuell plan finns både i 2 kap. 7 § SoL och i 16 kap. 4 § HSL.

⁷⁶ När det gäller journaler/akter bör den enskilde enligt 11 kap 6 § SoL och 21b § LSS hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom eller henne. Om den enskilde anser att någon uppgift i dokumentationen är oriktig ska detta antecknas.

stöd i kontakten med olika myndigheter. Några nya tendenser har dock dykt upp, till exempel en ökning av personer i målgruppen som har problem med att få en bostad.

- Var femte kommun har rutiner för hur skyddade personuppgifter ska hanteras inom funktionshindersområdet, både vid handläggning och vid genomförande av insatser. Den låga andelen är anmärkningsvärd med tanke på att personer med funktionsnedsättning ofta har en högre utsatthet för våld än andra.
- Genom att ha rutiner säkerställer verksamheterna att den enskilde får kännedom om sin möjligheter att få en SIP, men endast hälften av kommunerna uppger att de har sådana rutiner. Denna andel har dessutom minskat jämfört med året innan.

Handläggning och myndighetsutövning

I detta kapitel fokuserar Socialstyrelsen på myndighetsutövningen inom LSS; uppsökande verksamhet, utredningar, verkställande av beslut samt uppföljning av beslut.

Var tredje kommun har uppsökande verksamhet inom socialpsykiatri

Till kommunens uppgifter hör att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden, det framgår av 3 § 1 kap. SoL. Långt ifrån alla kommuner bedriver emellertid uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning, 36 procent [51]. Många personer med psykisk funktionsnedsättning lever i social isolering och den uppsökande verksamheten syftar till att säkerställa att denna målgrupp får tillgång till kommunens stöd och insatser. Den uppsökande verksamheten bör svara för upplysningar och dialog, förmedla olika slag av bistånd och ge kunskap för planering. Genom att aktivt och positivt informera om möjligheter till stöd och hjälp, kan socialtjänsten få kontakt med enskilda eller grupper som av olika skäl inte själva söker upp socialtjänsten. (prop. 1979/80:1 s. 170). [49]

Allt fler kommuner använder IBIC

Individens behov i centrum, IBIC, är ett stöd som Socialstyrelsen tagit fram för att med ett gemensamt synsätt och språk beskriva och dokumentera individens behov, resurser, mål, resultat och måluppfyllelse. IBIC är en vidareutveckling av Äldres behov i centrum (ÄBIC). Från september 2016 omfattar IBIC alla vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning som behöver stöd i den dagliga livsföringen utifrån SoL och LSS. [2]

Arbetsättet IBIC får ett allt större genomslag. I början av 2017 uppgav 14 procent av kommunerna att de använder IBIC vid utredningar av behov inför beslut om LSS-insatser. En något lägre andel, 11 procent, uppgav att de använder IBIC vid uppföljning av beslutade insatser.⁷⁷ [25]

Användningen av IBIC inom socialpsykiatri ligger ungefär på samma nivå som inom LSS. Inom detta verksamhetsområde använder 16 procent av

⁷⁷ Andelen inkluderar både de kommuner som svarat ”ja för alla” och ”ja men inte för alla”.

kommunerna alltid IBIC vid utredningar av behov. En något lägre andel använder alltid IBIC vid uppföljning av beslutade insatser enligt SoL, 11 procent.⁷⁸ [51]

Information som dokumenteras strukturerat enligt IBIC ger möjlighet till systematisk uppföljning av individers behov, mål, resultat och måluppfyllelse på både individ- och gruppnivå. IBIC ger även ett stöd i samtal med anhöriga för att beskriva deras situation och behov av stöd. Det övergripande målet är att vuxna personer i hela landet får stöd och hjälp av god kvalitet utifrån sina individuella behov.

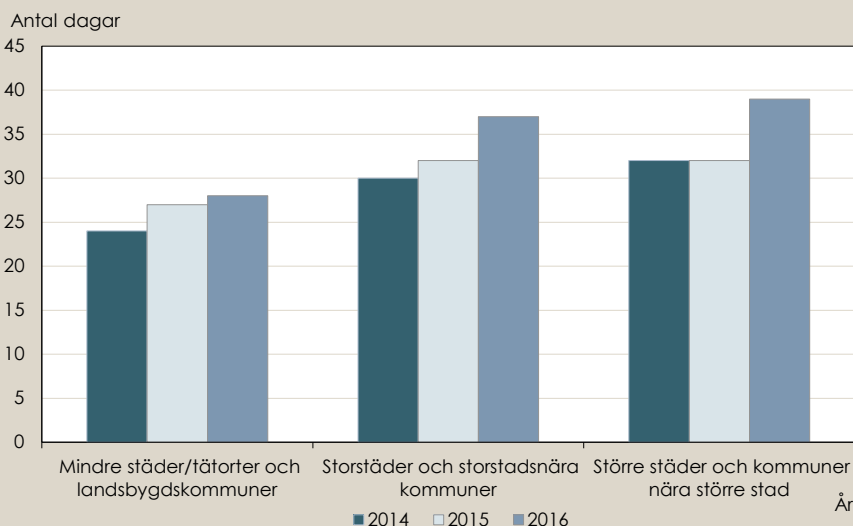
Arbetet för att införa IBIC har pågått sedan 2016 då arbetssättet ersatte det tidigare ÄBIC. I och med att IBIC lanserades inkluderas även fler vuxna än enbart äldre. Från lanseringen av den tidigare modellen, ÄBIC, 2013 fram till november 2017 har 279 kommuner samt ett antal privata utförare genom Socialstyrelsen utbildat drygt 1350 processledare för ÄBIC eller IBIC och flertalet kommuner har påbörjat förändringsarbetet, även om det varierar hur långt de har kommit. Idag finns ett tjugotal regionala eller lokala nätverk med syfte att stödja kommunerna att förändra sitt arbetssätt.

Utredningstiderna inom LSS ökar

Utredningstiderna inom LSS, det vill säga tiden mellan ansökan och beslut, varierar mellan olika kommungrupper (figur 12), och ju större kommungrupp desto längre utredningstider⁷⁹.

Figur 12. Utveckling över tid av utredningstider inom LSS

Antalet dagar mellan ansökan och beslut om LSS-insatser, samtliga LSS-insatser, samtliga ansökningar inklusive de som leder till avslag, avser alla beslut under



Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

⁷⁸ Andelen inkluderar både de kommuner som svarat "ja för alla" och "ja men inte för alla".

⁷⁹ Utredningstiderna avser även ansökningar som resulterar i ett avslag.

År 2016 var skillnaden störst mellan de minsta kommungrupperna och de mellanstora, där medianvärdet för utredningstid var 28 respektive 39 dagar. Mediantiden för utredningar inom LSS har ökat inom samtliga kommungrupper. För de två större kommungrupperna är ökningen särskilt tydlig mellan 2015 och 2016. I *storstäder och storstadsnära kommuner* ökade mediantiden för LSS-utredningarna med sju dagar och uppgick 2016 till 39 dagar.

Ökningen kan bero på flera orsaker, men en trolig bidragande orsak är att antalet ärenden per handläggare ökar.

Tiden mellan beslut och verkställighet ökar

Det finns regionala skillnader i tiden för verkställighet av vissa insatser enligt LSS. Tabell 25 visar att tiden för verkställighet av gynnande beslut om bostad med särskild service är kortast i de minsta kommungrupperna, där medianen för verkställigheten är 70 dagar. I storstäder och storstadsnära kommuner är motsvarande värde väsentligt högre, 176 dagar. Under 2014–2016 har tiden för verkställighet ökat inom samtliga kommungrupper.

Tabell 23. Verktällighetstid för vissa insatser enligt LSS över tid

Antalet dagar för verkställighet av gynnande beslut enligt LSS, insatserna bostad med särskild service för vuxna och kontaktperson enligt LSS, medianvärde, uppdelat på kommungrupper, 2014–2016.

	Mindre städer, tätorter och landsbygdskommuner			Större städer och kommuner nära större stad			Storstäder och storstadsnära kommuner		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Väntetid i antal dagar från beslut till insats avseende boende enl. LSS § 9.9	58	61	70	83	107	133	91	147	176
Väntetid i antal dagar från beslut till insats avseende kontaktperson enl. LSS	27	31	18	31	30	28	22	24	44

Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Verktällighetstiden för kontaktperson enligt LSS är kortare men även här finns regionala skillnader. Under perioden 2014–2016 har tiden för verkställighet av insatsen minskat i två av kommungrupperna (tabell 23). Undantaget är ”Storstäder och storstadsnära kommuner” där verkställighetstiden istället har ökat.

Även inrapporteringen till IVO ökar

Om ej verkställda beslut

Kommuner ska inom skälig tid verkställa sina beslut om bistånd enligt SoL och insatser enligt LSS. Om ett beslut inte verkställts inom tre månader ska kommunerna rapportera detta till IVO (16 kap. 6 f § SoL och 28 f § LSS). Kommunerna rapporterar kvartalsvis. Om IVO bedömer att den enskilde har fått vänta oskäligt länge på att ett beslut ska verkställas kan myndigheten ansöka om utdömande av en särskild avgift hos förvaltningsrätten (16 kap. 6 a och 6 c §§ SoL och 28 a och 28 c §§ LSS).

Den ökande tiden för verkställighet av gynnande beslut syns även i statistiken hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO). År 2016 hade 1 827 gynnande beslut inom LSS inte verkställts inom sex månader (tabell 24). För knappt 374 av dessa beslut uppgick väntetiden till mer än 18 månader. Under 2016 var 212 ärenden enligt LSS föremål för ansökan om särskild avgift. Mellan 2015 och 2016 har antalet beslut som inte är verkställda ökat med 42 procent. Särskilt stor är ökningen av antalet beslut vars verkställighet dröjt 18 månader eller mer, 95 procent.

Tabell 24. Beslut där verkställigheten dröjt mer än 6 månader

Antalet gynnande beslut enligt LSS där väntetiden från kommunens beslut till verkställighet eller avslut av annan anledning var minst 6 månader, 2016.

Antal månader	Antal beslut om LSS	
	2015	2016
7–9 månader	526	679
10–12 månader	342	405
13–17 månader	267	369
18+ månader	298	582
Totalt	1 433	2 035

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (2017).

Långa väntetider förekommer framför allt vid beslut om bostad med särskild service för vuxna (1 257 beslut) och kontaktperson (1 075 beslut). Väntetider förekommer även vid beslut om boende för barn (42 beslut) och kommunalt beslutad personlig assistans (42 beslut).

Problemen med långa väntetider innan personer får sina beslut verkställda har funnits under flera år men kunskaperna om orsakerna har ökat. Den bedömningen gör Socialstyrelsen i slutrapporten av arbetet inom den funktionshinderspolitiska strategin⁸⁰[52]. Många kommuner behöver komma tillrätta med problemen med de långa väntetiderna [52]. För insatsen bostad med särskild service för vuxna och särskilt boende handlar det om att ha en framförhållning så att det finns bostäder att tillgå när de behövs. Det kan innebära att

⁸⁰ Strategin gällde under åren år 2011–2016.

socialtjänsten behöver arbeta mer med uppsökande verksamhet och fördjupa samarbetet med patient- och brukarorganisationerna. Men socialtjänsten kan inte styra utvecklingen på egen hand. Ett nära samarbete med kommunens byggnadsnämnd eller motsvarande är nödvändigt för att minimera väntetiderna. [52]

Ju fler ärenden, desto färre uppföljningar

Uppföljning av insatser är den del av ärendeprocessen där resursbrister i organisationen märks snabbast. Det menar IVO utifrån iakttagelserna i sin tillsyn [53]. För att visa på resultat av de insatser som verksamheten erbjuder och för att avgöra om insatserna förbättrat livssituationen för de berörda behövs dokumenterad kunskap. Det innebär att resultatet för enskilda personer behöver följas upp för att se om användningen av en arbetsmetod eller insats har fått avsedd effekt. För ökad kunskap och utveckling av verksamheten behöver individdata sammanställas och analyseras på grupp-nivå. [24, 49] Uppföljningen är även viktig för att kommunerna ska kunna förbättra verksamheten⁸¹. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att få kommuner använder systematiska uppföljningar av individinsatser inom LSS för att utveckla verksamheten, endast 6 procent (tabell 25).⁸² Andelen är något högre inom verksamheter som vänder sig till personer med psykisk funktionsnedsättning, 8 procent. Båda andelarna är emellertid lägre jämfört med föregående år.

Tabell 25. Systematisk uppföljning inom LSS och inom socialpsykiatri

Andelen kommuner som genomfört systematisk uppföljning av insatser och använt resultaten till verksamhetsutveckling, andelen angiven i procent, år 2017.

	Verksamheter inom LSS	Verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning
	Andel kommuner	Andel kommuner
Använt resultat från biståndsbeslutade insatser till verksamhetsutveckling	6	8
Genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv	1	5
Använt resultat med ett könsperspektiv till verksamhetsutveckling	1	4

Källa: Öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017), öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017).

Ännu färre kommuner genomför systematiska uppföljningar ur ett könsperspektiv: 1 procent inom LSS-verksamheter och 5 procent inom verksamheter som vänder sig till personer med psykisk funktionsnedsättning. Av de som gör detta använder nästan samtliga resultaten till verksamhetsutveckling, 1 respektive 4 procent. Även här har det skett en minskning mot föregående år.

⁸¹ Se bland annat 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

⁸² Med "uppföljningar" avses att handläggare tillsammans med den enskilde har följt upp om insatsen lett till de mål som den enskilde varit delaktig i att ta fram. Uppföljningen ska vara dokumenterad, se bland annat 4 kap. 6 och 7 §§ SOSFS 2014:5. Med "resultat av biståndsbeslutade insatser" avses måluppfyllelse med insatsen för den enskilde utifrån dennes individuella behov. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi.

Ett jämställdhetsperspektiv behöver genomsyra hela socialtjänstens arbetsprocess, från bemötande och behovsbedömning till uppföljning av resultat. Det innefattar att undersöka och uppmärksamma behovet av insatser hos flickor och pojkar, kvinnor och män samt följa upp insatserna och deras resultat. [54] Genom systematiska uppföljningar utifrån ett könsperspektiv blir det möjligt att skapa sig en bild av hur insatserna fungerar för kvinnor respektive för män, och utifrån det successivt förbättra verksamheten. Systematiska uppföljningar blir därmed en del i att jämställdhetsintegrera verksamheten. Det är därför noterbart att mindre än var tjugonde kommun använder resultat från systematiska uppföljningar för att utveckla verksamheten ur ett könsperspektiv.

Sammanfattande iakttagelser

- Såväl utredningstider som verkställighetstider ökar, och ökningen är särskilt tydlig mellan 2015 och 2016. Detta innebär att den enskilde kan få vänta en allt längre tid från ansökan till att ett gynnande beslut har verkställts. En bidragande förklaring till ökningen kan vara ärendeökningarna i samband med att allt fler beslut om statlig assistansersättning upphör.
- Allt fler kommuner använder IBIC, vilket är positivt eftersom arbetssättet ger möjlighet till systematisk uppföljning av individers behov, mål, resultat och måluppfyllelse.
- Allt färre verksamheter använder resultaten från systematiska uppföljning för att utveckla verksamheten. Än färre genomför systematiska uppföljningar med ett genusperspektiv. Systematiska uppföljningar är en viktig del i att jämställdhetsintegrera verksamheten, Socialstyrelsen menar därför att det är bekymmersamt att genusperspektivet i de systematiska uppföljningarna minskar.

Kunskap och kompetens

Med rätt kompetens ökar förutsättningarna för att personalen ska bidra till insatser av god kvalitet och i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) beskrivs de kunskaper som rekommenderas för personal som arbetar i verksamheten. I det här kapitlet fokuserar Socialstyrelsen på kunskap och kompetens inom LSS-verksamheter. Det redogörs även för hjälpmedelsförskrivarnas kunskap om de delar av patientlagen som rör valfrihet och delaktighet.

Kunskapsbrister om kommunikation och om funktionsnedsättningar

Det råder bristande kunskap om olika typer av funktionsnedsättningar, diagnoser och kommunikationsverktyg, det visar IVO:s tillsynsrapport [55]. Kunskapsbristerna finns framför allt bland personal i verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning, men också på socialkontoren. IVO konstaterar att bristande kunskap i verksamheterna innebär risk för att enskilda inte får det stöd de behöver i sin vardag, och att personalen bemöter den enskilde på olämpligt sätt. Vidare kan bristande kunskap i AKK⁸³ medföra att samtalen mellan den enskilde och personalen försvåras och i förlängningen leda till att omsorgen inte utförs på rätt sätt.

Bristande kompetens inom myndighetsutövningen innebär risk för att den enskildes begäran om insatser inte blir korrekt beskriven och utredd och att den enskilde därmed inte får rätt hjälp. Denna risk förstärks om det råder personalbrist och hög personalomsättning, något som har visat sig vara aktuellt i flera kommuner. [55]

Kunskapsbristerna lyfts även i en undersökning om myndighetsutövning inom LSS som IVO genomförde under 2016 [56]. Majoriteten av de brukare som deltog i undersökningen uppgav förvisso att de var nöjda med såväl handläggning som med sitt LSS-beslut, men det fanns också kritiska synpunkter. Omkring hälften av de personer som deltog i undersökningen upplevde att LSS-handläggarna hade bristande kunskap om funktionsnedsättningar och för liten förståelse för personernas situation [56].

Kompetensutvecklingsplaner - viktig förutsättning som ofta saknas

Långt ifrån alla verksamheter inom LSS har individuella kompetensutvecklingsplaner. I knappt hälften av alla bostäder med särskild service för vuxna enligt LSS har samtliga i personalen individuella utvecklingsplaner. Motsvarande andel är något högre för personal i daglig verksamhet, 59 procent.

⁸³ AKK är en samlingsterm för insatser som avser att förbättra en människas möjligheter att kommunicera och är ett brett begrepp som kan vara allt från kommunikation med bilder till tekniska hjälpmedel. Behovet kan se olika ut och även personer som kan tala kan behöva AKK som stöd.

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa behöver säkerställa att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna. Ett viktigt verktyg för detta är kompetensutvecklingsplanen. Medarbetarna behöver få möjlighet att regelbundet ta del av nya kunskaper och erfarenheter och få möjlighet att följa kunskapsutvecklingen på området⁸⁴.

Tabell 26. Kompetensutvecklingsplaner inom LSS-verksamheter

Andelen bostäder med särskild service och dagliga verksamheter enligt LSS som använder olika former av kompetensutvecklingsplaner och handledning, 2017.

	Bostad med särskild service för vuxna	Daglig verksamhet
Individuella kompetensutvecklingsplaner	46	59
Samlad kompetensutvecklingsplan	53	49
Kompetensutveckling inom AKK*	47	55
Kontinuerlig handledning	45	34

*Alternativ och kompletterande kommunikation

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av daglig verksamhet och bostad med särskild service enligt LSS (2017).

I omkring hälften av verksamheterna har personalen erbjudits kompetensutveckling inom AKK (tabell 26). När personalen har kompetens i AKK ökar möjligheten att brukaren kan förmedla och ta emot de budskap som hen har behov av i sin vardagliga omgivning, vilket är en förutsättning för möjligheten att påverka sin situation. Det är därför viktigt att det i verksamheten finns kunskap hos personalen om AKK. [40]

Mindre än hälften av verksamheterna uppger att personalen får kontinuerlig handledning, 45 procent av bostäder med särskild service för vuxna och 34 procent av dagliga verksamheter enligt LSS. Personalen bör vid behov få handledning i syfte att upprätthålla de kunskaper och förmågor som krävs för att ge god vård och omsorg⁸⁵. Handledning kan ha en stödjande funktion för personalen, ses som en kompetenshöjande insats, bidra till den professionella utvecklingen och fungera som en kvalitetssäkring för verksamheten.

Bland LSS-handläggare ser situationen annorlunda ut. Var tredje kommun har en samlad plan för kompetensutvecklingen hos LSS-handläggare (tabell 27). Andelen är någon procentenhet högre för handläggare av LSS för barn och för handläggare inom socialpsykiatri. Andelen med kommuner med aktuella, samlade kompetensutvecklingsplaner har dessutom ökat från året innan inom samtliga tre verksamhetsområden.

⁸⁴ Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL eller LSS till personer med funktionsnedsättning.

⁸⁵ Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL eller LSS till personer med funktionsnedsättning.

Tabell 27. Samlade kompetensutvecklingsplaner för handläggare inom funktionshindersområdet

Andelen kommuner som har en aktuell, samlad plan för handläggares kompetensutveckling inom LSS och socialpsykiatri, 2017.

	Andel
LSS-handläggare barn	34
LSS-handläggare, vuxna	33
Socialpsykiatri	34

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017), öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017).

Nationella satsningar för att öka kunskapen

Under 2016 genomfördes en nationell kunskapssatsning som riktade sig till verksamheter inom funktionshindersomsorgen och inom äldreomsorgen⁸⁶[57]. I satsningen deltog totalt 65 000 personer från 267 kommuner. Över 90 procent av deltagarna arbetade som vårdbiträden, undersköterskor och motsvarande, men även handläggare som arbetar med myndighetsutövning och legitimerade yrken deltog. Knapp hälften av deltagarna, 42 procent, arbetar inom funktionshindersomsorgen, resten inom äldreomsorgen.

Kommunernas redovisningar visar att medlen använts i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer i utlysningen av medel, det vill säga för att finansiera

- utbildningsplatser för baspersonal på gymnasienivå inom ramen för *Vård- och omsorgsprogrammet*
- utbildningsplatser på *Barn- och fritidsprogrammet*
- kompetenshöjande insatser inom hemsjukvård, palliativ vård samt rättighetsfrågor för barn respektive personer med funktionsnedsättning.

Inom ramen för satsningen avslutade cirka 8 500 personer kurser inom *Vård- och omsorgsprogrammet* samt *Barn- och fritidsprogrammet* med godkänt betyg före årsskiftet 2016. Ett sextiototal kommuner satsade även på kurser som gav baspersonal en introduktion till konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och konventionen om barnets rättigheter. [57]

Kommunerna hade möjlighet att avvika från Socialstyrelsens rekommendationer och utöver rekommendationerna genomförde 214 kommuner drygt 800 utbildningsinsatser. Exempel på kurser och föreläsningar som har genomförts för baspersonalen är:

- lagstiftning – inom hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens område, inklusive LSS, annan relevant lagstiftning (arbetsmiljö, offentlighet och sekretess), dokumentation (journalanteckningar och genomförandeplaner)
- värdegrund, förhållningssätt och bedömningsförmåga – etik och bemötande, våld i nära relationer, normer, sexualitet och relationer

⁸⁶ I uppdraget ingick dels att fördela 178 miljoner kronor i stimulansbidrag till kommunerna för utbildningsinsatser riktade till baspersonal, dels att utveckla och sprida relevanta kunskapsstöd i syfte att stödja en effektiv verksamhetsutveckling.

- kommunikation – teckenkommunikation, språkombud, vårdsvenska, stöd till närstående, kontaktmannaskap
- funktionsnedsättningar och dess konsekvenser – grundläggande kunskap om olika kognitiva intellektuella funktionsnedsättningar
- hälso- och sjukvård – läkemedel (biverkningar, förvaring, hållbarhet och effekter), klinisk träning (venprover, blodtrycksmätning)
- personlig omsorg – ergonomi, lyftteknik, rehabilitering
- social omsorg och aktiviteter i vardagen – aktiveringspedagog, vårdhundsförare, kost och måltid, näringslära

Socialstyrelsen har inom ramen för den nationella kunskapssatsningen även utvecklat och spridit relevanta kunskapsstöd för baspersonal inom funktionshindersomsorgen och äldreomsorgen, bland annat:

- samlat stöd på Kunskapsguiden⁸⁷ med bland annat en yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen samt inom funktionshindersområdet
- en utbildning för baspersonal inom funktionshindersområdet.
- ett fördjupat kunskapsstöd om utmanande beteende. [57]

Majoriteten nöjda med utbildning för LSS-handläggare

Socialstyrelsen har även haft i regeringens uppdrag att utarbeta och upphandla en högskoleutbildning för handläggare som prövar ansökningar om LSS-insatser. Ett syfte med utbildningen har varit att öka LSS-handläggarnas kunskap om olika funktionsnedsättningar och deras konsekvenser för den enskilde. Fokus har även legat på den allmänna inriktningen i LSS och i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Utbildningssatsningen omfattade fyra utbildningsomgångar och avslutades vid årsskiftet 2016/2017. I slutrapporten konstaterar Socialstyrelsen att

- hälften av landets LSS-handläggare hade deltagit i utbildningen, varav två tredjedelar hade slutfört.
- hälften av deltagarna uppgav att de kan förankra sina nya kunskaper i verksamheterna, men två tredjedelar upplevde att de har nytta av kunskaperna.
- omkring 90 procent av kursdeltagarna var nöjda med utbildningen, men andelen var något lägre bland de med längre erfarenhet inom LSS-området.
- deltagarna lyfter fram kompetens inom AKK som ett av de viktigare inslagen i utbildningen.

Deltagare som hoppade av utbildningen har framför allt angett att de hade svårt att kombinera högskolestudier med heltidsarbete. En annan svårighet handlar om att få vikarie vid kursträffarna. Socialstyrelsen konstaterar att utbildningen har varit ett viktigt led i att öka LSS-handläggarnas kunskaper och att skapa förutsättningar för en mer rättssäker handläggning och ett mer likvärdigt stöd. [58]

⁸⁷ www.kunskapsguiden.se

Ökad kunskap om patientlagen hos hjälpmedelsförskrivare

Kännedomen om patientlagen är god inom landstingens och kommunernas hjälpmedelsverksamheter, vad gäller de delar som berör valfrihet och delaktighet inom hjälpmedelsområdet [44]. Sedan patientlagens tillkomst 2015 har samtlig personal inom landstingsdrivna hjälpmedelscentraler och inom habiliteringsverksamheter fått information om lagen (tabell 28). Andelen är lägre bland de kommunala hjälpmedelscentralerna, 67 procent.

Tabell 28. Information om patientlagen inom hjälpmedelsverksamheter

Andelen hjälpmedelsverksamheter där personalen fått information om patientlagen, uppdelat på typ av verksamhet, 2017.

Hjälpmedelsverksamheter	2017
Kommunal hjälpmedelscentral	67
Landstingsdriven hjälpmedelscentral	100
Hörcentral	95
Syncentral	85
Ortopedteknisk verksamhet	94
Habilitering	100
Kommunal rehabilitering	95

Källa: Uppföljning av patientlagen inom hjälpmedelsområdet (Socialstyrelsen 2017).

En viktig kanal för att sprida information om patientlagen inom hjälpmedelsområdet är Socialstyrelsens förskrivarstöd [59]. Förskrivarstödet publicerades i december 2016 och innehåller bland annat en webbutbildning och ett kunskapsstöd. Förskrivarstödet vänder sig framförallt till hjälpmedelsförskrivare men även till chefer för förskrivare och till andra personalkategorier som kommer i kontakt med hjälpmedelsförskrivning. Nio månader efter lanseringen av förskrivarutbildningen hade nästan 17 procent av landets uppskattningsvis 22 500 förskrivare påbörjat eller genomfört utbildningen. De yrkesgrupper som använder stödet mest är arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor, men alla förskrivargrupper finns representerade. Lägst antal deltagare har vård- och omsorgspersonal som inte är förskrivare. Socialstyrelsen har under hösten gjort extra satsningar för att sprida information om utbildningen till cheferna för vård och omsorgspersonal för att på så sätt nå ut till personalen. [44]

Sedan lanseringen har vissa förbättringsförslag inkommit, bland via webbutbildningens utvärderingsformulär. Synpunkterna tas tillvara och under 2018 kommer Socialstyrelsen att komplettera webbutbildningen, bland annat med en modul för förskrivning av förbrukningsmaterial. Under 2018 planerar Socialstyrelsen även att utöka förskrivarstödet med ytterligare material om kognitivt stöd och hjälpmedel.

Sammanfattande iakttagelser

- Förekomsten av samlade kompetensutvecklingsplaner är lägre bland handläggare än hos baspersonal i LSS-verksamheter, omkring en tredjedel av kommunerna har samlade kompetensutvecklingsplaner för handläggare, motsvarande andel för verksamheterna är cirka hälften.
- Omkring hälften av boenden för vuxna samt dagliga verksamheter enligt LSS erbjuder kompetensutvecklingsplaner inom AKK. AKK är många gånger en förutsättning för att brukare ska kunna utöva självbestämmande och inflytande över sina insatser, varför det är positivt att åtminstone hälften av verksamheterna erbjuder denna kompetensutveckling. Det är emellertid angeläget att fler verksamheter erbjuder detta.
- De nationella satsningarna på kunskap hos såväl baspersonal som handläggare och chefer inom verksamheter har fokuserat på områden där kunskapen behöver öka. Flera av de kommuner som deltagit i den nationella kunskapssatsningen har dessutom använt medlen till kurser om mänskliga rättigheter, vilket ligger väl i linje med såväl svensk funktionshinderspolitik som inriktningen i Socialstyrelsens *Allmänna råd om kunskap hos personal som ger stöd till personer med funktionsnedsättning*⁸⁸.
- Hjälpmedelsförskrivare har i regel god kännedom om patientlagen och de delar som berör hjälpmedelsområdet, exempelvis valfrihet och delaktighet. Kännedomen är något lägre i de kommunala hjälpmedelsverksamheterna. I vilken utsträckning detta påverkar hjälpmedelsförskrivningen i kommunala verksamheterna är inte klarlagt.

⁸⁸ SOSFS 2014:2.

Vård på lika villkor

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen olika aspekter av jämlik vård: förutsättningar i form av samverkansöverenskommelser, möjligheter till stöd vid egenvård samt utvecklingen inom kommunal hemsjukvård. Även frågor som rör hjälpmedel tas upp.

Var tredje kommun har samverkansöverenskommelser med landstingen

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 och huvudmän. Alla kommuners LSS-verksamheter har emellertid inte sådana överenskommelser om samverkan med andra huvudmän och kommunala verksamheter⁸⁹. Lite drygt 30 procent av kommunernas LSS-verksamheter har överenskommelser med landstingens vuxenpsykiatri (tabell 29). Andelen är någon procentandel högre för barnpsykiatri [25].

Tabell 29. Överenskommelser om samverkan mellan kommuners LSS-verksamheter och landstingen

Andelen kommuner som har en aktuell överenskommelse med landstingen om samverkan i enskilda ärenden, uppdelat på verksamhetsområden inom landstinget, andelen angiven i procent, 2017.

Aktuell överenskommelse med landstingens...	Andel
habiliteringsverksamhet för vuxna	27
vuxenpsykiatri	33
habiliteringsverksamhet för barn	34
barn- och ungdomspsykiatri	35
barn- och ungdomsmedicin	29

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017).

Andelen kommuner som har överenskommelser om samverkan med landstingens habiliteringsverksamhet för vuxna är lägre, 27 procent. Den är något högre för barn- och ungdomshabiliteringen, 35 procent.

Personer med insatser enligt LSS behöver ofta insatser från habiliteringen och det är viktigt att stödet kring den enskilde samordnas. Socialstyrelsen anser därför att det är noterbart att så få kommuner har samverkansöverenskommelser med habiliteringsverksamheterna. Samtidigt kan samverkan mellan kommuner och landsting regleras i olika rutiner och andra former av överenskommelser, till exempel SIP. Resultaten i detta stycke bör därför tolkas med viss försiktighet.

Rutiner för samverkan med förskrivare av hjälpmedel, oavsett om förskrivaren finns inom den egna verksamheten eller hos andra vårdgivare, är ett

⁸⁹ Avser samverkansöverenskommelser med stöd av 17 § LSS.

sätt att säkerställa att den enskilde får tillgång till hjälpmedel efter behov och att det följs upp. Drygt hälften av verksamheterna, 58 procent, uppger att de har aktuella rutiner för samverkan kring hjälpmedel.

Tre av fyra boenden har rutiner kring hälso- och sjukvård

I bostad med särskild service för vuxna enligt LSS ingår att göra tillgänglig den hälso- och sjukvård som den enskilde behöver (2 § SOSFS 2002:9). Kommunerna ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Hur detta är organiserat skiljer sig mellan olika verksamheter och kommuner. Det kan till exempel finnas särskilt utsedd sjuksköterska som ansvarar för hälso- och sjukvård för personerna i boendet. De boende kan också behöva hälso- och sjukvårdsinsatser från andra vårdaktörer (till exempel läkare i primärvård och specialistvård). Av den anledningen är det viktigt att verksamheter har rutiner för att säkerställa den enskildes hela behov av hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar emellertid att endast 74 procent av landets boenden enligt LSS har rutiner i syfte att säkerställa den enskildes behov av hälso- och sjukvård.

Rutiner är ett sätt att säkerställa att den enskilde får tillgång till hälso- och sjukvård efter behov är tydliga rutiner i verksamheten. Rutinerna kan innehålla till exempel innehålla information om vem som ska kontaktas i olika situationer och hur samverkan med olika vårdaktörer ska gå till. Oavsett hur individens behov av hälso- och sjukvård ser ut är det viktigt att personalen i verksamheten har kunskap om hur de ska hantera olika situationer och vem som ansvarar för vad.

Vården till personer med funktionsnedsättning är inte alltid jämlik. Socialstyrelsens har tidigare visat att personer med vissa LSS-insatser som insjuknar i bröstcancer ofta får sin diagnos i ett senare skede än andra cancerpatienter [60]. Ett annat exempel rekommenderade vårdåtgärder vid konstaterad akut hjärtinfarkt [28]. När personer med insatser enligt LSS får denna diagnos är det hälften så vanligt att de får de rekommenderade vårdåtgärderna jämfört med andra patienter. Dessa resultat pekar på behovet av kompetens, samverkan mellan socialtjänstpersonal och hälso- och sjukvårdspersonal, till exempel i form av förbättrade rutiner på boenden.

Kommunal hälso- och sjukvård ökar i LSS-boenden

Kommunal hälso- och sjukvård

Kommuner har skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård till personer som efter beslut bor i särskilt boende enligt SoL eller i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. Kommunen ska även erbjuda hälso- och sjukvård åt dem som vistas i dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. Därutöver får kommunen erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) efter överenskommelse med landstinget. Sedan hösten 2015 ansvarar samtliga kommuner för den kommunala hälso- och sjukvården. Personer boende i bostad med särskild service för vuxna samt de som deltar i daglig verksamhet inkluderades i kommunernas ansvar i samband med att LSS började gälla i januari 1994. Stockholmskommunerna undantogs dock från övertagandet fram till 2015.

År 2016 hade 0,5 procent av befolkningen i åldern 0–64 år kommunal hälso- och sjukvård. Andelen var högst i mindre städer och landsbygdskommuner, 0,8 procent (tabell 30).

Tabell 30. Andelen invånare med kommunal hälso- och sjukvård, 0–64 år

Andelen invånare 0–64 år med kommunal hälso- och sjukvård, kommungrupper och riket, ovägt medelvärde, 2016.

Kommungrupper	2016
Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	0,8
Storstäder och storstadsnära kommuner	0,3
Större städer och kommuner nära större stad	0,7
Riket	0,5

Källa: Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån (2017)

Det är med andra ord en relativt liten andel i befolkningsgruppen 0–64 år som har kommunal hälso- och sjukvård. Andelen har inte heller ökat jämfört med föregående år.

Det har emellertid skett en ökning inom boenden för vuxna enligt LSS. Personer som fick kommunalt finansierad hälso- och sjukvård i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS har ökat successivt, från 16 400 personer 2013 till 20 800 personer 2016 [61]. Detta innebär att 23 procent av personerna i denna boendeform hade kommunal hemsjukvård. En väsentlig del av ökningen förklaras troligen av att kommunerna i Stockholms läns landsting övertog ansvaret för hälso- och sjukvården i LSS-boenden hösten 2015.

Oklart hjälpmedelsansvar för utomlänspatienter

Landstingen har försökt reglera tillgången på hjälpmedel för utomlänspatienter i *Riksavtalet för utomlänsvård* där det anges att ett vårdlandsting kan förskriva och lämna ut vissa hjälpmedel till en utomlänspatient vid besök i landstinget om kostnaden understiger 10 000 kr. I dessa fall tillämpar vårdlandstinget sitt eget regelverk. Uppgår kostnaden till mer än 10 000 kr ska samråd enligt riksavtalet ske med hemlandstinget för att vårdlandstinget även i dessa fall ska ha rätt till ersättning.

Socialstyrelsen erfar att riksavtalet inte bidragit till en enhetlig praxis vilket bland annat framkommit i myndighetens uppföljning av patientlagen inom hjälpmedelsområdet. Eftersom det inte finns någon skyldighet att erbjuda hjälpmedel i dessa situationer har det uppstått olikheter i hjälpmedels hanteringen mellan landstingen.

Många landsting och hjälpmedelsverksamheter anser att det är oklart hur patientlagen och riksavtalet förhåller sig till varandra. Det sker en sammanblandning av riksavtalet och reglerna i patientlagen inom hjälpmedelsverksamheterna. Vissa vårdlandsting förskriver inte hjälpmedel varken över eller under 10 000 kr (enligt riksavtalet) till utomlänspatienter. Andra vårdlandsting kan bekosta hjälpmedel till utomlänspatienter utifrån olika premisser, beroende på hur regelverk och avtal tolkas. Riksavtalet omfattar inte heller hjälpmedel som förskrivs inom den kommunala vården. [44]

Ju enklare egenvårdsåtgärd, ju vanligare med stöd från kommunen

Om egenvård

Med egenvård menas i detta sammanhang en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra eller utföra med hjälp av någon annan. Definitionen är i enlighet med vad som anges i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt HSL. Däremot är hälso- och sjukvårdens bedömning, planering och uppföljning av egenvården hälso- och sjukvård. Egenvårdsinsatser enligt SOSFS 2009:6 kan vara allt från enklare åtgärder som exempelvis såromläggning och påtagning av stödstrumpor till mer avancerade åtgärder som hemdialys och respiratorvård i hemmet. Egenvård ska inte förväxlas med insatser från den kommunala hälso- och sjukvården som omfattas av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

I princip alla kommuner ger någon form av stöd till personer med funktionsnedsättning vid genomförande av egenvård, det visar Socialstyrelsens kartläggning [62]. De flesta kommuner erbjuder någon form av stöd till personer

med funktionsnedsättning som behöver hjälp med genomförandet av egenvårdsinsatser:

- Läkemedel: 97 procent av kommunerna
- Rehabiliterande insatser som ordinerats av fysioterapeut eller arbetsterapeut: 94 procent av kommunerna
- Övrigt (exempelvis stomivård, respiratorvård): 83 procent av kommunerna

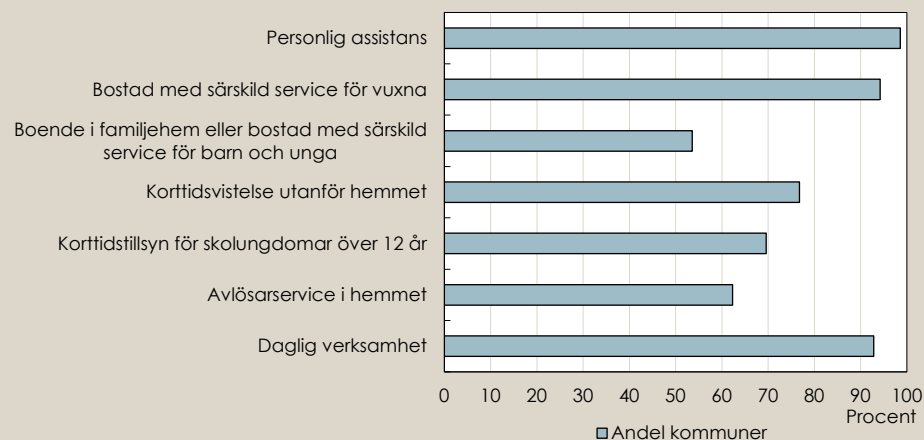
Enstaka kommuner erbjuder inte stöd vid genomförande av egenvård utan hänvisar till hälso- och sjukvård på delegation. Stöd vid genomförande av egenvård erbjuds framförallt inom hemtjänst enligt SoL och inom personlig assistans enligt LSS (figur 13). Färre kommuner erbjuder egenvård i särskilda boendeformer, vilket kan förklaras av att personer som bor i dessa bostäderna många gånger har ett omfattande omvårdnadsbehov och att egenvård inte är aktuellt. Även kommunernas ansvar för kommunal hälso- och sjukvård i bostad med särskild service enligt LSS kan spela in. Socialstyrelsen har identifierat vissa skillnader mellan kommuner, vilka kan påverka den enskildes tillgång till stöd vid genomförande av egenvård:

- Alla kommuner erbjuder inte stöd vid genomförande av egenvård när det handlar om mer komplicerade åtgärder, som till exempel respiratorvård.
- Alla kommuner erbjuder inte stöd till genomförande av egenvård som rör barn och unga.
- Flera kommuner menar att samverkan mellan landsting och kommuner kan förbättras, exempelvis när det gäller stöd och utbildning till de som ska ge stödet vid egenvård.

Stöd vid genomförande av egenvård för barn och unga är ovanligare. Socialstyrelsens kartläggning ger inte svar på varför, men en trolig orsak är att föräldraansvaret räknas in i relativt hög utsträckning. En annan orsak kan vara att många barn och unga behöver relativt krävande åtgärder, och att alla kommuner inte erbjuder stöd till sådan egenvård. Resultaten från kartläggningen indikerar att när stöd till egenvård inte kan ges så dras antingen beslutet om egenvård in eller så hamnar arbetet med att utföra egenvården på föräldrarna.

Figur 13. Stöd vid egenvård inom LSS-verksamheter

Andelen kommuner som erbjuder stöd till personer med funktionsnedsättning vid genomförandet av egenvårdsinsatser, verksamhet enligt LSS, andelen angiven i procent, 2017.



Källa: Socialstyrelsens kommunenkät om stöd vid genomförande av egenvård (Socialstyrelsen, 2017).

Att låta patienter utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder som egenvård i hemmet, själva eller med hjälp av någon annan, bidrar till att de får större möjligheter att leva på liknande villkor som andra personer utan täta kontakter med hälso- och sjukvården. Samtidigt är det viktigt att hälso- och sjukvårdens bedömningar av och information om egenvård fungerar väl och att inte patient-säkerheten hotas.

Enligt SOSFS 2009:6 ska samverkansrutiner upprättas mellan landstingen och kommunerna⁹⁰. Trots detta visar resultaten från kartläggningen att detta saknas hos vissa kommuner. Ett fåtal kommuner anger att samverkansrutiner har funnits men tagits bort. Resultatet skiljer sig från Socialstyrelsens tidigare kartläggning av landstingens arbete med egenvård, där samtliga inskickade rutiner lyfte samverkan med socialtjänsten. Detta kan indikera att kännedomen om samverkansrutiner är lägre inom kommunerna, framförallt inom LSS där flera svaranden uppgav att de inte visste huruvida kommunen har samverkansrutiner med landstinget.

Flertalet kommuner upplever brister i samverkan och kommunikation med landstingen. Detta överensstämmer med den bild som både IVO och Socialstyrelsen tidigare har visat på [63, 64]

Under 2018 inleder Socialstyrelsen en översyn av egenvårdsföreskriften. Myndigheten kommer även att revidera *meddelandeblad nummer 6/2013 om egenvård* med särskilt fokus på att

- förtydliga och informera om att hälso- och sjukvården har ansvar för bedömning, information, samråd och planering med andra aktörer som exempelvis personliga assistenter och personal på korttidsboende vid beslut om egenvårdsinsatser.

⁹⁰ 3 kap. 1-3 §§ SOSFS 2009:6.

- förtydliga och informera om att hälso- och sjukvården har ansvar för att egenvården omprövas om förutsättningarna ändras och vad detta innebär. [62, 63]

Svårt att tillgodose behovet av egenvård vid indragen assistansersättning

HFD:s domar har begränsat möjligheten att ge stöd vid genomförandet av egenvård via personlig assistans, framförallt statlig assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken. Något som har ökat behoven av stöd från kommunerna vid genomförandet av egenvård. Även om kommunerna många gånger ändå erbjuder detta stöd, via exempelvis personlig assistans enligt LSS så tycks de inte alltid kunna tillgodose behoven hos assistansanvändare. Flera kommuner menar att mer komplicerad egenvård är svår att kunna hjälpa till med [29]. Det saknas emellertid uppgifter om hur många beslut om egenvård som på grund av detta har upphävts och återgått till hälso- och sjukvårdsåtgärd.

Kommunerna ger även uttryck för att det är otydligt vem som ska ansvara för hjälp med egenvård till dessa personer [29].

Trots att de flesta kommuner kan erbjuda någon form av stöd vid egenvård inom exempelvis personlig assistans enligt LSS menar många att de mer komplicerade åtgärderna är svåra att kunna hjälpa till med. Detta i synnerhet då HFD:s domar som rör egenvård har medfört ett ökat behov av stöd vid genomförande av egenvårdsinsatser från kommunen [29]. Flera kommuner ger uttryck för att det är otydligt vem som ska ansvara för hjälp med egenvård till dessa personer. Detta överensstämmer med Inspektionen för Socialförsäkringens tidigare slutsatser om att ansvarsfördelningen har blivit otydligare när det gäller att hantera de behov av stöd vid genomförande av egenvård som tidigare kunde hanteras via den statliga assistansersättningen. [62]

Sammanfattande iakttagelser

- De flesta kommuner erbjuder stöd vid genomförandet av egenvårdsinsatser, men ju mer avancerade åtgärder desto färre är kommunerna som erbjuder stöd. Till exempel erbjuder fler kommuner stöd vid egenvård som rör läkemedel jämfört med respiratorvård. Kompetensen hos kommunens personal är en av de aspekter som spelar in vid bedömningen av egenvård, vilket förklarar en del av de regionala skillnaderna. Kommunerna upplever vissa utmaningar, såsom samverkan med landstingen. En annan utmaning är stöd vid egenvård till personer vars statliga assistansersättning har dragits in. Det saknas emellertid uppgifter om hur många beslut om egenvård som på grund av detta har upphävts och återgått till hälso- och sjukvårdsåtgärd.
- Personer med funktionsnedsättning har många gånger en sämre hälsa än den övriga befolkningen och vården som ges är inte alltid jämlik, och det gäller särskilt personer med insatsen bostad med särskild service enligt LSS. Dessa verksamheter har därför ett ansvar för att tillgängliggöra den hälso- och sjukvård som den enskilde behöver. Emellertid har endast tre av

fyra bostäder med särskild service för vuxna har rutiner kring hälso- och sjukvård.

- Behovet av hälso- och sjukvård kan bland annat tillgodoses via den kommunala hälso- och sjukvården. Detta gäller sedan 2015 för samtliga kommuner i Sverige. Andelen personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i bostad med särskild service för vuxna ökar, vilket till stor del förklaras av att kommunerna i Stockholms län övertog ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård 2015.

Säker vård och omsorg

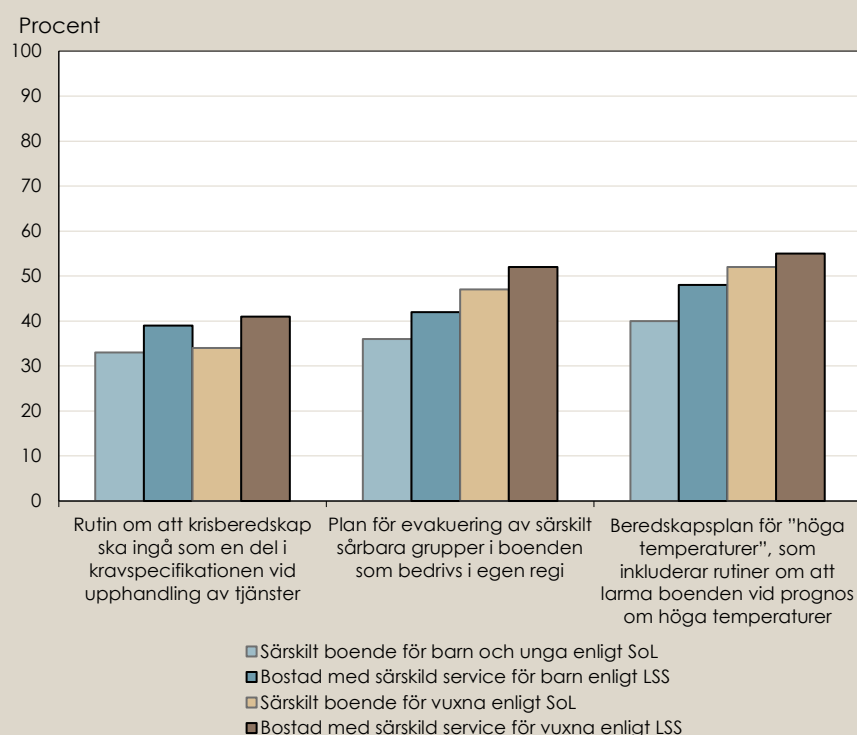
Socialtjänstens myndighetsutövning ska präglas av rättssäkerhet, och rättstillämpningen ska grunda sig på tillämplig lagstiftning samt vara tydlig och förutsägbar⁹¹. Vården och omsorgen ska dessutom vara trygg och säker⁹². I detta kapitel redogör Socialstyrelsen bland annat för anmälningar av missförhållanden och vårdskador samt krisberedskap inom funktionshindersområdet.

Fortfarande låg krisberedskap inom funktionshindersområdet

Många boenden för personer med funktionsnedsättning har fortfarande en låg krisberedskap, det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser [65]. Omkring hälften av kommunerna har beredskapsplaner som inkluderar att larma boenden vid "höga temperaturer" (figur 14). Andelen är lägst för boenden för barn enligt SoL, 40 procent.

Figur 14. Krisberedskap inom funktionshindersområdet

Andelen kommuner med rutiner eller planer som rör krisberedskap för boenden inom LSS och SoL, andelen angiven i procent, 2017.



Källa: Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap (Socialstyrelsen, 2017)

⁹¹ 1 kap. 1 § 3 st. SoL, 6 § LSS och 5 kap. 1 § p. 3 HSL.

⁹² 1 kap. 1 § 3 st. SoL, 6 § LSS och 5 kap. 1 § p. 3 HSL.

Något fler kommuner har evakueringsplaner i boenden som drivs i egen regi, 52 procent i boenden för vuxna enligt LSS och 42 procent i boenden för barn enligt LSS.

Mindre än hälften av kommunerna har en rutin om att krisberedskap ska ingå som en del i kravspecifikationen vid upphandling av särskilda boenden för personer med funktionsnedsättning. Andelen är lägst för boenden enligt SoL, drygt 30 procent.

Delar av krisberedskapen har emellertid ökat sedan föregående mätning. Andelen kommuner med beredskapsplaner för ”höga temperaturer” har ökat med uppemot 10 procent inom samtliga boendeformer för personer med funktionsnedsättning. En beredskapsplan för olika typer av verksamheter behöver bland annat säkerställa att dessa blir larmade vid prognos om höga temperaturer. För att stärka samhällets samlade förmåga att hantera kriser och deras konsekvenser bör socialtjänsten även säkra en krisberedskap även för upphandlade insatser [66].

Andelen kommuner med evakueringsplaner har i sin tur minskat med några procent inom varje boendeform, med undantag av bostad med särskild service enligt LSS som har ökat med någon procentenhet. Den största minskningen återfinns inom boende för barn enligt LSS, sex procent. Att andelen kommuner med evakueringsplaner för särskilda boendeformer har minskat är noterbart, eftersom det handlar om personer med nedsatt rörelseförmåga eller orienteringsförmåga. Kommunerna behöver säkerställa att alla personer kan få den hjälp och det stöd som de behöver vid en allvarlig händelse, och därmed även personer med funktionsnedsättning som är i behov av stöd. Olika situationer såsom elavbrott och dricksvattensstörningar kan leda till ett behov av att evakuera personer i socialtjänstens boenden och äldre personer och personer med funktionsnedsättningar i ordinära boenden. [66]

Kraven på assistansanordnare har ännu inte fått fullt genomslag

Enskilda och närstående hör av sig till IVO med information om brister i utförandet av personlig assistans och om oseriösa aktörer, det uppger IVO i sin senaste tillsynsrapport [55]. Med oseriösa aktörer avses bland annat utförare som binder upp brukare i långa avtal, utförare som inte bemannar de timmar som den enskilde har beslut på och brukare som far illa då de hamnar i en beroendeställning till sin utförare.

År 2011 infördes tillståndsplikt för enskilda utförare⁹³. Kravet på assistansanordnarnas lämplighet förtydligades 2013 genom en ny bestämmelse i befintlig lagstiftning. De nya reglerna har enligt IVO ännu inte fått full genomslagskraft. Under 2016 beviljade IVO endast 30 procent av tillståndsansökningarna men har samtidigt identifierat brister och förbättringsområden i många enskilda verksamheter och tillsynsmyndigheten har även återkallat en del tillstånd. [55]

De vanligaste bristerna i de verksamheter som IVO granskat rör dokumentation och systematiskt kvalitetsarbete, anmälningsskyldigheten avseende barn

⁹³ 23 § första stycket LSS.

och begäran av utdrag från belastningsregistret i verksamheter som rör barn. Den vanligaste orsaken till avslag på ansökan om tillstånd är bristande lämplighet och då i synnerhet bristande kunskaper inom LSS. [55]

Tvångs- och begränsningsåtgärder är fortfarande en utmaning

Otillåtna tvångs-, skydds- och begränsningsåtgärder är integritetskränkande för den enskilde och kan inverka negativt på personens värdighet och självkänsla. Det kan även få fysiska följd effekter. Under de senaste åren har flera nationella satsningar genomförts med syfte att minska förekomsten av den typen av åtgärder [55]. IVO konstaterar dessutom att mycket arbete görs runt om i landet för att undvika otillåtna tvångs-, skydds- och begränsningsåtgärder. Alla verksamheter har dock inte kommit lika långt. Användandet av otillåtna tvångs-, skydds- och begränsningsåtgärder hänger i flera fall samman med att verksamheterna inte har tillräcklig kunskap på området.

De brister som IVO har noterat på olika boenden handlar inte bara om att verksamheterna använder sig av otillåtna åtgärder utan också om brister vad gäller exempelvis samtycke, riskbedömningar, dokumentation, uppföljning och rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. IVO konstaterar även att det fortfarande råder en viss förvirring i verksamheterna avseende begreppen skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder, samt om, hur och när samtycke kan och ska användas. [55]

Lex Sarah

Om Lex Sarah

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten, vid Statens institutionsstyrelse eller LSS är skyldig att utreda rapporterade händelser om missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden och även åtgärda dessa (14 kap. 3 och 6 §§ SoL samt 24 b och 24 e §§ LSS). Är missförhållandet allvarligt, ska det anmälas till IVO (14 kap. 7 § SoL och 24 f § LSS). I bedömningar och beslut fokuserar IVO på om utredningen är tillräckligt omfattande och att verksamheten har åtgärdat det aktuella missförhållandet.

Det är viktigt att komma till rätta med allvarliga missförhållanden inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Arbetet sker på flera sätt, till exempel via IVO och genom verksamheternas eget kvalitetsarbete där anmälningar enligt lex Sarah ingår.

Under 2016 fattade IVO 314 beslut om lex Sarah-ärenden inom verksamhetsområdet LSS (tabell 31). Flest ärenden avsåg bostad med särskild service för vuxna (131 stycken) och personlig assistans (116 stycken). Antalet lex Sarah-beslut var lägre inom SoL, 47 stycken. Av dessa rörde 11 stycken hemtjänst och 14 stycken särskilt boende.

Tabell 31. Lex Sarah-beslut inom funktionshindersområdet

Antalet Lex Sarah-beslut inom LSS och SoL, uppdelat på insats, 2016.

	Antal lex Sarah-beslut
<i>Insatser enligt LSS</i>	
Kontaktperson	2
Boende barn	17
Boende vuxna	131
Daglig verksamhet	19
Korttidstillsyn	3
Korttidsvistelse	17
Myndighetsutövning	7
Personlig assistans	116
Övrigt	2
<i>Insatser enligt SoL</i>	
Dagverksamhet	1
HVB för personer med funktionsnedsättning	3
Hemtjänst	11
Korttidsboende	3
Myndighetsutövning	9
Särskilt boende	14
Stödboende	3
Övriga individuella insatser	1

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (2017).

Det är oklart om missförhållanden är vanligare inom personlig assistans och inom olika boendeformer eller om dessa verksamheter är mer anmälningbenägna än andra. Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och ett stort antal kan därför vara en konsekvens av att verksamheter bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Inom ramen för ett tillsynsprojekt konstaterar IVO att det finns ett engagemang i de tillsynade verksamheterna och att många åtgärder vidtas för att förbättra vård och omsorg [67]. Samtidigt finns en del utmaningar som ansvariga för verksamheterna måste hantera för att lex Sarah ska fungera som tänkt. Den vanligaste åtgärden som verksamheterna redovisar för att förhindra liknande händelser som de anmällda, är att revidera eller ta fram nya rutiner och riktlinjer för hur arbetet ska bedrivas. Samtidigt framkommer det att åtgärder av detta slag har en begränsad effekt. Detta eftersom det ofta uppstår hinder och utmaningar i implementeringen av nya eller reviderade rutiner och riktlinjer. Det förekommer bland annat att vissa yrkesgrupper inte upplever att de är berörda av det som inträffat eller att det inte finns tillräckligt bra metoder för hur de nya och reviderade rutinerna ska implementeras. [67]

Tabell 32. Ärenden bakom lex Sarah-beslut inom funktionshindersområdet

Antalet Lex Sarah-beslut inom LSS och Sol*, uppdelat på insats, ärendetyp, 2016.

	Antal lex Sarah-beslut	
	LSS	Sol
Bemötande	33	12
Beviljad insats är felaktigt utförd	55	11
Beviljad insats är inte utförd	34	11
Ekonomiskt övergrepp	9	1
Fysisk miljö	2	1
Fysiskt våld eller övergrepp medboende	1	4
Fysiskt våld eller övergrepp personal	10	2
Insats mot enskilds vilja, inläsning, tvångsåtgärder	4	1
Psykiskt övergrepp eller kränkning	8	3
Rättssäkerhet	5	6
Sexuellt övergrepp från personal	1	4
Övrigt eller Uppgift saknas	12	5

*Avser personer 0–64 år.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (2017)

Den vanligaste orsaken bakom lex Sarah-beslut är att insatser antingen är felaktigt utförda eller inte utförda alls (tabell 32). En annan orsak är brister i bemötandet. Anmälningar som rör övergrepp eller begränsningsåtgärder är också vanligt förekommande.

Under 2017 publicerade inte IVO några fördjupande rapporter OM missförhållanden inom funktionshindersområdet, men året innan redogjorde tillsynsmyndigheten för brister och missförhållanden i vissa verksamheter som riktar sig till personer med psykisk funktionsnedsättning⁹⁴. Resultaten av IVO:s tillsyn visade på flera missförhållanden, till exempel

- betydande underbemanning och utbildad personal
- allvarliga brister gällande anmälningsskyldighet enligt lex Sarah och avvikelshantering enligt lex Maria
- allvarliga brister gällande läkemedelshantering och förvaring av läkemedel.

Placeringstiden på ett HVB kan vara lång, flera år till decennier, och det är inte ovanligt att den placerande och den ansvariga kommunen ligger långt bort från HVB-hemmet och IVO menar att dessa faktorer ökar risken för brister i uppföljningen av det beviljade biståndet. Långa placeringstider i en verksamhet långt från hemkommunen innebär dessutom ofta att kontakten med anhöriga försvåras och sociala kontakter urholkas, liksom kontakt med den placerande myndigheten. [55]

⁹⁴ Föremål för tillsynen var några av de tillståndspliktiga verksamheter för vuxna personer med psykiska funktionsnedsättningar som ger vård och stöd dygnet runt, så kallade HVB (hem för vård och boende).

Lex Maria

Om lex Maria

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare (som bedriver hälso-och sjukvård, tandvård eller apotek) anmäla händelser till IVO som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (3 kap. 5 §). Vårdgivarna är också skyldiga att genomföra en utredning av den aktuella händelsen (3 kap. 3 §). IVO:s bedömningar och beslut fokuserar i första hand på hur vårdgivaren har utfört sin utredningsskyldighet.

Under 2016 fattade IVO 56 beslut enligt lex Maria som rörde verksamheter för personer med funktionsnedsättning. De flesta besluten rörde bostad med särskild service för vuxna enligt LSS eller SoL, 36 stycken (tabell 33).

Tabell 33. Lex Maria-beslut inom funktionshindersområdet

Antalet Lex Maria-beslut inom LSS och SoL, uppdelat på insats, 2016.

	Antal lex Maria-beslut
<i>Insatser enligt LSS</i>	
Boende för barn	2
Bostad med särskild service för vuxna	30
Personlig assistans	4
Övrigt	1
<i>Insatser enligt SoL</i>	
HVB för personer med funktionsnedsättning	4
Korttidsboende	1
Stödboende	2
Särskilt boende	6
Övrigt	1
<i>Habitering</i>	5

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (2016).

De flesta lex Maria-beslut inom funktionshindersområdet handlar om brister i läkemedelshantering eller vård och behandling (tabell 34). Även omsorg och omvårdnad var en relativt vanlig orsak bakom lex Maria-beslut.

Tabell 34. Ärenden bakom lex Maria-beslut inom funktionshindersområdet

Antalet Lex Maria-beslut inom LSS och SoL, uppdelat på insats, ärendetyp, 2016.

	Antal lex Maria-beslut		
	LSS	SoL	Habitering
Diagnostisering	2	1	.
Dokumentation	2	.	.
Egenvård	1	.	.
Fall eller fallskada	6	.	.
Förväxling	1	1	.
Informationsöverföring	5	.	.
Läkemedelshantering	12	3	.

	Antal lex Maria-beslut		
	LSS	SoL	Habillering
Medicinteknisk produkt	2	.	.
Omsorg eller omvårdnad	8	.	.
Remisshantering	.	.	1
Samverkan	2	.	.
Själv mord – Fullbordat	3	3	1
Själv mord – Försök	1	2	.
Själv mord – Misstänkt	2	.	.
Uppföljning	.	.	.
Vård och behandling	11	3	.
Övrigt eller Uppgift saknas	2	2	3

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (2017).

Sammanfattande iakttagelser

- Omkring hälften av kommunernas boenden för personer med funktionsnedsättning har evakueringsplaner. Andelen har minskat något sedan föregående år. Minskningen är anmärkningsvärd, eftersom det handlar om personer med nedsatt rörelseförmåga eller orienteringsförmåga. Andelen kommuner med beredskapsplaner har i sin tur ökat något.
- Under 2016 beviljade IVO endast 30 procent av tillståndsansökningarna inom personlig assistans. Under samma år identifierade tillsynsmyndigheten brister i flera verksamheter samt återkallade vissa tillstånd. Trots att de nya kraven på assistansanordnare ännu inte fått fullt genomslag så har IVO genom sin tillståndshantering likväl bidragit till kvalitetssäkring inom personlig assistans.
- En hel del arbete pågår för att begränsa tvångs-, skydds- och begränsningsåtgärder – både nationellt och lokalt. Fortfarande förekommer dock dessa åtgärder och IVO menar att förekomsten många gånger hänger samman med bristande kunskap inom funktionshindersområdet.
- De vanligaste orsakerna bakom de Lex Maria-anmälningar som resulterar i ett beslut handlar om brister i läkemedelshantering samt brister i vård och omsorg. Inom Lex Sarah är de vanligaste orsakerna brister i bemötandet samt felaktigt utförda eller inte utförda insatser.

Bilaga 1. Kostnadsutveckling i löpande priser.

I denna bilaga redovisas kostnadsuppgifter som kompletterar de uppgifter som redogörs för i kapitlet *Kostnadsutveckling*. Tabellerna redovisar kostnader i löpande priser. Löpande priser gäller vid en viss tidpunkt och värdena tar inte hänsyn till inflation.

Tabell 1. Kostnadsutvecklingen för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning

Kostnaderna för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2012–2016 förändring mellan åren, miljarder kronor i löpande priser och procent.

	Miljarder kronor					Förändring 2012–2016		Andel 2016
	2012	2013	2014	2015	2016	mdkr	%	%
Kostnader för insatser enligt SoL/HSL	10,6	11,9	12,1	12,9	13,6	3,0	28,1	21
Vård och omsorg i särskilt boende enl. SoL/HSL	6,1	7,1	7,1	7,6	8,0	1,9	31,9	13
Vård och omsorg i ord. boende enl. SoL/HSL.	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,1	18,1	1
varav								
hemtjänst/boendestöd	4,5	5,3	5,4	5,7	6,1	1,6	36,4	10
korttidsboende	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,1	18,1	1
övriga biståndsbedömda insatser	1,0	1,1	1,2	1,2	0,9	-0,1	-14,2	1
dagverksamhet					0,4			1
Vård och omsorg i öppen verksamhet	3,8	4,1	4,3	4,6	4,9	1,0	27,3	8
Summa insatser enligt LSS och SFB *	41,2	43,2	44,9	47,4	50,1	8,9	21,6	79
Boende	21,8	23,0	24,0	25,4	26,9	5,1	23,6	42
Varav								
Vuxna	20,1	21,4	22,4	23,7	25,2	5,1	25,3	40
Barn	1,7	1,6	1,6	1,7	1,7	0,0	2,7	3
Personlig assistans**	8,5	8,9	9,2	9,8	10,5	2,0	23,8	16
Daglig verksamhet	6,5	6,8	7,0	7,5	7,7	1,2	18,6	12
Övriga insatser	4,4	4,5	4,6	4,7	4,9	0,5	11,6	8
Summa kostnader	51,8	55,0	57,0	60,3	63,6	11,9	22,9	100

*Socialförsäkringsbalken **Exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2012–2016, Statistiska centralbyrån.

Tabell 2. Kostnadsutveckling för personlig assistans enligt LSS

Kostnadsutvecklingen för kommunernas kostnader för personlig assistans 2012–2016, löpande priser.

	Miljarder kronor					Förändring 2012–2016		An-del 2016
	2012	2013	2014	2015	2016	mdkr	%	%
Personlig assistans exkl ersättning från Försäkringskassan	8,5	8,9	9,2	9,8	10,5	2,0	23,8	60
varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB	4,5	4,7	4,8	4,9	4,8	0,3	7,4	
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare	8,4	8,0	7,7	7,5	7,0	-1,4	-16,4	40
Kommunernas totala verksamhets-åtagande	16,8	16,9	17,0	17,2	17,5	0,6	3,9	100

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2012–2016, Statistiska centralbyrån.

Tabell 3. Kostnader för landstingens insatser till personer med funktionsnedsättning

Kostnader för landstingens insatser till personer med funktionsnedsättning 2012–2016 förändring mellan åren, miljarder kronor i löpande priser och procent.

	Miljarder kronor					Förändring 2012–2016	
	2012	2013	2014	2015	2016	mdkr	%
Funktionshinder-/hjälpmedelsverksamhet	5,6	5,7	6,1	6,9	7,3	1,7	30,5

Källa: Landstingens räkenskapssammandrag 2012–2016, Statistiska centralbyrån.

Referenser

1. FN:s deklaration om urfolkens rättigheter Förenta nationerna; 2007.
2. Individens behov i centrum: behovsinriktat och systematiskt arbets-sätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF. Socialstyrelsen; 2016.
3. Inriktning för svensk samepolitik. Hämtad 2018-01-31 från: <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/demokrati-och-manskliga-rattigheter/mal-for-demokrati-och-manskliga-rattigheter/>
4. Proposition 2016/17:188 Nytt mål och inriktning för funktionshinderspolitiken
5. Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och fakultativt protokoll till konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Utrikesdepartementet; 2008.
6. Förstudie inför framtagandet av ett kunskapsstöd till socialtjänsten om hbtq-perspektivet. Socialstyrelsen; 2016.
7. Lukkerz, J. En tom arena. Gymnasiesärskole- och habiliteringspersonals perspektiv på sex- och samlevnadsundervisning: Malmö universitet; 2014.
8. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2017. Socialstyrelsen; 2017.
9. Ingen rörelse är en ö. Slutrapport för RFSL, Stockholms och RFSL Förbundets Arvsfondsprojektet 2014-2017. RFSL & Stockholm och RFSL Förbundet; 2017.
10. van der Miesen, AIR, de Vries, ALC, Steensma, TD, Hartman, CA. Autistic Symptoms in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2017.
11. Van Der Miesen, AIR, Hurley, H, De Vries, ALC. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*. 2016; 28(1):70-80.
12. Strang, JF, Meagher, H, Kenworthy, L, de Vries, ALC, Menvielle, E, Leibowitz, S, et al. Initial Clinical Guidelines for Co-Occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018; 47(1):105-15.
13. Louise Frisén, OS, Per-Anders Ryde-lius. Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga. Hämtad från: Lakartidningen.se 2017-02-23
14. Transpersoner i Sverige SOU 2017:92.
15. Levnadsförhållanden bland samer i Sverige. Nordens välfärdscenter & Umeå universitet; 2016.
16. Förutsättningar och villkor för samer med funktionsnedsättning i de samiska förvaltningskommunerna i Sverige. Västerbottens läns landsting & Nordens välfärdscenter; 2017.
17. Nationella minoriteter och äldreomsorgen. Socialstyrelsen; 2011.
18. Slutrapport. Personer med funktionsnedsättning med samisk bakgrund. Nordens välfärdscenter; 2018.

19. CRPD-kommitténs slutsatser och rekommendationer till Sverige, 1:a rapporten. Förenta nationerna; 2014.
20. När samhället inte ser, hör eller förstår, könsrelaterat våld och funktionshinder. Nordens välfärdscenter; 2016.
21. En nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Utdrag (kapitel 5, sid 109-155) ur Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid Skr. 2016/17:10. Regeringen; 2017.
22. Våld - handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen; 2016.
23. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. WHO; 2013.
24. Öppna jämförelser 2017. Stöd till personer med funktionsnedsättning - LSS. Guide för att tolka resultaten. Socialstyrelsen; 2017.
25. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2017.
26. Kommun och landstingsdatabasen. 2017.
27. Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Socialstyrelsen; 2017.
28. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen; 2016.
29. Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet. Socialstyrelsen; 2017.
30. Insatser till kvinnor och män med funktionsnedsättning – kartläggning och analys av könsskillnader inom LSS och SoL Socialstyrelsen; 2011.
31. Redovisning av medel för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS. Socialstyrelsen; 2017.
32. Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2016 Socialstyrelsen; 2017.
33. Socialstyrelsens analyser av vissa uppgifter från registret över mottagare av assistansersättning samt registren över SoL- och LSS-insatser. 2017.
34. Assistansersättning och kommunala stöd till personer med funktionsnedsättning. Rapport 2014:19. Inspektionen för socialförsäkringen; 2014.
35. Analys av behov av införande av vissa skyldigheter för Försäkringskassan och kommuner i samband med att assistansersättning har dragits in. Socialstyrelsen; 2017.
36. Bostadsmarknadsenkäten 2017. 2017. Hämtad 2018-01-10 från: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten-i-korthet/bostadsmarknaden-for-olika-grupper/personer-med-funktionsnedsattning/>
37. Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS - stöd för rättstillämpning och handläggning Socialstyrelsen; 2007.
38. FN:s konvention om barnets rättigheter 1990:
39. Delaktighet och inflytande i arbetet med genomförandeplaner – kunskapsstöd till verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2014.

40. Enhetsundersökning LSS 2017. Nationella resultat, guide för användning, beskrivning av datainsamling och indikatorer. Socialstyrelsen; 2017.
41. Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri. En kartläggning av forskning och praktik. Socialstyrelsen; 2011.
42. Att ge ordet och lämna plats - vägledning inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen; 2013.
43. Vägar till ökad delaktighet. Socialstyrelsen; 2017.
44. Uppföljning av patientlagen inom hjälpmedelsområdet. Socialstyrelsen; 2017.
45. Förskrivning av hjälpmedel. Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2017.
46. Samordnad vård och omsorg En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. Myndigheten för vård och omsorgsanalys PM 2016:1; 2016.
47. Föräldraenkät Hämtad 2018-01-25 från: http://attention.se/wp-content/uploads/2018/01/data_alla_160608-foraldraenkaten-utan-frisvar.pdf
48. Lägesrapport om verksamheter med personligt ombud 2016. Socialstyrelsen; 2017.
49. Öppna jämförelser 2017. Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (socialpsykiatri). Guide för att tolka resultaten. Socialstyrelsen; 2017.
50. Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering (17/18:RFR5) Riksdagen; 2018.
51. Öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri Socialstyrelsen; 2017.
52. Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2016.
53. Med makt följer ansvar. Socialtjänstens myndighetsutövning inom LSS och hemtjänst. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
54. Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2008.
55. Tillsynsrapport 2016. De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016. Inspektionen för vård och omsorg; 2017.
56. Vad gör min LSS-handläggare? Tillsyn av myndighetsutövning inom LSS och hur de som söker en insats uppfattar handläggningsprocessen. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
57. Kunskapssatsning för baspersonal inom äldreomsorgen och funktionshindersområdet. Redovisning av uppdraget. Socialstyrelsen; 2017.
58. Nationell utbildning för LSS-handläggare. En slutrapport. Socialstyrelsen; 2017.
59. Stöd vid förskrivning av hjälpmedel. 2016. Hämtad 2017-12-01 från: <http://www.socialstyrelsen.se/hjalpmedel/stodochutbildning>
60. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - lägesrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.

61. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård (ej ännu publicerad). Socialstyrelsen; 2018.
62. Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård - en kartläggning. Socialstyrelsen; 2017.
63. Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning. Socialstyrelsen; 2017.
64. Tillsynsrapport - de viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
65. Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap. Socialstyrelsen; 2017.
66. Öppna jämförelser 2017 - krisberedskap inom socialtjänsten. Guide för att tolka resultaten. Socialstyrelsen; 2017.
67. Blev det någon verkstad? Bidrar lex Maria och lex Sarah till säkrare vård och omsorg? Inspektionen för vård och omsorg; 2016.

**Insatser och stöd till personer med
funktionsnedsättning– Lägesrapport 2018**
(artikelnr 2018-2-18) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se