

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

LÄGESRAPPORTER 2008

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Individ- och familjeomsorg

Vård och omsorg om äldre

ISBN 978-91-978065-3-4
Artikelnr 2009-126-43

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2009

Förord

För politiker och andra beslutsfattare på central och lokal nivå, personal i vård- och omsorg liksom brukarorganisationer är det viktigt att snabbt kunna orientera sig om tillstånd och utveckling inom sina respektive verksamhetsområden. Socialstyrelsen ger därför ut årliga lägesrapporter med syftet att presentera värdefulla och användbara fakta. Lägesrapporterna på det sociala området omfattar *Individ- och familjeomsorg*, *Vård och omsorg om äldre* samt *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*.

Årets rapport om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning är en samlad bedömning av läget utifrån kunskap, ekonomiska analyser och statistik. Ett fördjupningsavsnitt handlar om den ekonomiska situationen för personer med olika typer av funktionsnedsättning.

Helene Wirandi och *Ylva Branting* har skrivit och sammanställt rapporten. *Lena Steinholtz-Ekecrantz* har tagit fram underlag till insatser och stöd. *Lena McElwee* har skrivit avsnittet om insatser från landsting i form av habilitering samt råd och stöd. *Matilda Hansson* har skrivit avsnittet om socialtjänstens kostnader. *Ulla Clevnert* och *Kerstin Westergren* har bidragit med text och statistik om socialtjänstens stöd och service till personer med funktionsnedsättning. *Karin Mossler* och *Soheila Hosseinnia* har sammanställt material och analyser till avsnittet som handlar om den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättning.

Vi hoppas att årets lägesrapporter ska ge underlag till goda omvärldsanalyser.

Håkan Ceder
Överdirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Statistik kring insatser	7
Ekonomisk situation för personer med funktionsnedsättning	8
Andra uppmärksammande områden	8
Inledning	9
Definitioner och förkortningar	10
Grupper som beskrivs i rapporten	11
Insatser och stöd	12
Kommunernas insatser	12
Insatser enligt LSS	12
Insatser enligt SoL	13
Insatser utanför socialtjänsten	14
Beviljade insatser relaterat till ålder	17
Insatser enligt LSS och SoL vänder sig till olika målgrupper	19
Särskilt boende enligt SoL i kombination med LSS-insats	20
Boendestöd enligt SoL i kombination med LSS-insats	20
Hemtjänst enligt SoL och LSS-insats	20
Övriga insatser enligt SoL och LSS-insats	20
Omfattning av personlig assistans och korttidsvistelse	21
Personlig assistans enligt LSS – antal timmar per vecka	21
Korttidsvistelse enligt LSS – antal dygn per månad	22
Kommunernas kostnader	23
Insatser enligt SoL och HSL	25
Insatser enligt LSS och LASS	25
Köp av verksamhet	26
Kostnader per person	27
Landstingens insatser	28
Statens insatser	31
Insatser från Försäkringskassan	31
Insatser från Arbetsförmedlingen	32
Ekonomisk situation för vissa personer med funktionsnedsättning	34
Inledning	34
SCB:s undersökning av hushållens ekonomi	34
Grupperna överlappar varandra	35
Utbildning	37
Inkomster	38
Ersättningar från transfereringssystemet	39
Lön, bidrag och ersättningar – en översikt	41
Boendesituation	41
Handikappersättning	42

Könsskillnader	42
Diskussion kring resultaten	43
Andra uppmärksammade områden	45
Tvång och begränsningsåtgärder	45
Psykiatrireformens förankring i kommunerna	46
Personliga ombud	47
Diskussion	48
Statistiken omfattar inte alla personer med funktionsnedsättning	48
Vikten av metodutveckling av levnadsnivåstudier	49
Upphandling och kvalitet	50
Referenser	51
Bilaga	55

Sammanfattning

Socialstyrelsens lägesrapport syftar till att ge politiker och beslutsfattare en omvärldsanalys och en orientering om samhällets insatser till personer med funktionsnedsättning. Rapporten redovisar flera aktörers verksamheter och insatser och visar förändringar över tid. Den presenterar en översikt av statistik som omfattar såväl den kommunala omsorgen om personer med funktionsnedsättning, som uppgifter från andra aktörer. Lägesrapporten redovisar även vissa resultat från andra myndigheters och organisationers undersökningar, när dessa rör målgruppen. I år har rapporten ett fördjupningsavsnitt som tar upp den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättning.

Statistik kring insatser

Lägesrapporten rörande insatser till personer med funktionsnedsättning har publicerats varje år sedan 2002 och årets rapport visar inga stora förändringar jämfört med föregående års. Antalet personer som har någon insats enligt LSS har ökat med två procent sedan året före. De vanligaste insatserna är bostad med särskild service för vuxna samt daglig verksamhet. Det totala antalet insatser som kommunerna beviljat är i det närmaste 100 000. Antalet individer som får del av dessa insatser är nästan 57 000 personer.

När det gäller insatser enligt SoL gäller flertalet av besluten hemtjänst och boendestöd. Omläggning av statistikinsamlingen gör att det är svårt att göra jämförelser över tid inom vissa områden.

För första gången har Socialstyrelsen i år, med hjälp av personnummerbaserad statistik, jämfört förekomsten av insatser enligt SoL och LSS. Nu framgår till exempel vilka insatser som är vanligast i olika åldrar och vilka kombinationer av insatser personer vanligen får.

Kommande år kan det bli möjligt att se förändringar över tid på detta område, med årets rapport som utgångspunkt. Av de upp emot 88 000 personer, yngre än 65 år, som hade insatser enligt LSS och/eller insatser enligt SoL, hade endast 7 000 personer insatser enligt båda lagarna. Insatser utifrån SoL får i huvudsak personer mellan 23 och 65 år, medan insatser till barn och unga i första hand ges utifrån LSS. Endast 4 procent av dem som får SoL-insatser på grund av funktionshinder är under 22 år.

Av årets rapport framgår även vissa LSS-insatsers omfattning i timmar eller antal dygn per månad. Statistiken visar att personer i personkrets 1 (personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd) vanligtvis hade färre assistanstimmar per vecka jämfört med personer i personkrets 3 (personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som inte beror på normalt åldrande, och som förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service). Cirka 33 procent av personerna i lagens personkrets 1 hade 0–15 timmar per vecka och 20 procent i personkrets 3.

Fler pojkar än flickor har insatsen korttidsvistelse utanför det egna hemmet, men det är ingen större skillnad mellan könen i antal dygn per månad för dem som har beslut om insatsen.

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning har ökat sedan 2003. De genomsnittliga kostnaderna per person har minskat för mediankommunen när det gäller insatserna boende och daglig verksamhet enligt LSS. Kommunens kostnad per person för daglig verksamhet har minskat med 10 procent och särskilt boende med nästan 6 procent. Kostnaderna för särskilt boende enligt SoL har ökat med 12 procent och det tycks vara en tendens att insatserna börjar närma sig varandra kostnadsmissigt.

Ekonomisk situation för personer med funktionsnedsättning

I årets fördjupningskapitel har Socialstyrelsen studerat ekonomiska förutsättningar för personer med vissa funktionsnedsättningar, jämfört med befolkningen i stort, samt mellan de grupper som ingår i underlaget. Studien har utgått från SBC:s undersökning av hushållens ekonomi.

Materialet visar att personer med funktionsnedsättning har arbete i betydligt lägre utsträckning än den övriga befolkningen. Bara hälften av personerna i vissa grupper med funktionsnedsättning hade någon deklarerad lön under året, och i de fall de hade lön var lönenivån betydligt lägre än för befolkningen i stort.

Skillnaderna i disponibel inkomst var däremot mindre än skillnaderna i lön. Det beror på att transfereringssystem utjämnar inkomsterna genom bidrag och ersättningar. Delar man upp gruppen med funktionsnedsättning i olika diagnosgrupper framkommer det att de som har nedsatt hörsel, hjärtkärl- och blodsjukdom, har en bättre situation än de andra diagnosgrupperna. Som grupp ser personer med psykisk funktionsnedsättning ut att i störst utsträckning sakna arbete och även ha en sämre ekonomisk situation.

Andra uppmärksammande områden

Under år 2008 har tvång och begränsningsåtgärder, i synnerhet i verksamhet enligt LSS, uppmärksamats av vissa länsstyrelser. Massmedia har också behandlat frågan. I avsnittet *Tvång och begränsningsåtgärder* redovisas något om vad länsstyrelserna uppmärksammat i sin tillsyn.

Socialstyrelsen har under året också gjort en kartläggning av kommunernas insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Kartläggningen visar att de flesta av Sveriges kommuner har genomfört inventeringar och att de i dag har en bättre kunskap om målgruppens behov än vad som framkom vid Socialstyrelsen och länsstyrelsernas gemensamma tillsyn 2003.

Inledning

Utgångspunkten för svensk handikappolitik är principen om alla människors lika värde och lika rätt.

Staten, kommunerna och landstingen har tillsammans det grundläggande ansvaret för att personer som har en funktionsnedsättning ska ha en god hälsa samt ekonomisk och social trygghet. I ansvaret ingår även att stärka den enskilde individens möjligheter till ett självständigt och oberoende liv.

I den nationella handlingsplanen för handikappolitiken [1], har riksdagen fastställt de mål som politiken syftar till att uppnå till år 2010.

De nationella målen är;

- en samhällsgemenskap med mångfald som grund
- att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, män och kvinnor med funktionshinder.

Handlingsplanen anger också att det handikappolitiska arbetet särskilt ska inriktas på;

- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder
- att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionshinder
- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Den årliga lägesrapporten om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning utgår från dessa perspektiv. Fokus ligger särskilt på att identifiera hinder för jämlika levnadsvillkor och full delaktighet i samhället.

Dispositionen av årets lägesrapport följer tidigare års rapporter. Det första kapitlet innehåller en översikt av beskrivande statistik för såväl kommunernas, landstingens som andra huvudmäns områden. Rapporten presenterar också insatser från andra sektorer eftersom de kan komplettera Socialstyrelsens sektorsområde och ge en helhetsbild av det stöd som enskilda kan få. I år innehåller rapporten ett särskilt kapitel om den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättning, och i den avslutande delen lyfts frågor fram som har varit aktuella och uppmärksammats under året.

Definitioner och förkortningar

Termerna *funktionsnedsättning* och *funktionshinder* definieras i den här rapporten enligt följande:

- Funktionsnedsättning är en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av en sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara både bestående eller övergående.
- Funktionshinder är en begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. En person med en funktionsnedsättning kan till exempel ha svårigheter att klara sig själv i vardagen, men också i arbetslivet, sociala relationer, fritids- och kulturaktiviteter, utbildning och demokratiska processer. Svårigheterna beror oftast på bristande tillgänglighet i omgivningen.

Termerna finns med i Socialstyrelsens termbank [2] och reviderades den första oktober 2007. Att ändra terminologin är en pågående process och därför förekommer ordet funktionshinder ibland i den här rapporten, när det egentligen är funktionsnedsättning som åsyftas. Det kan till exempel vara i samband med citat från lagtext och annat bakgrundsmaterial, eller när statistik från andra sektorer redovisas.

På flera ställen i rapporten hänvisas till *personkretsar*. Personkretsar är i detta sammanhang ett begrepp som syftar på de tre olika grupper vilka definieras i LSS.

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer

- 1. med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd*
- 2. med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom eller*
- 3. 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.*

Rapporten refererar till olika lagar och förordningar som har följande förkortningar:

• LSS	lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
• LASS	lag (1993:389) om assistansersättning
• LSS-förordningen	förordning (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade
• LASS-förordningen	förordning (1993:1091) om assistansersättning
• HSL	hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
• SoL	socialtjänstlagen (2001:453)

Grupper som beskrivs i rapporten

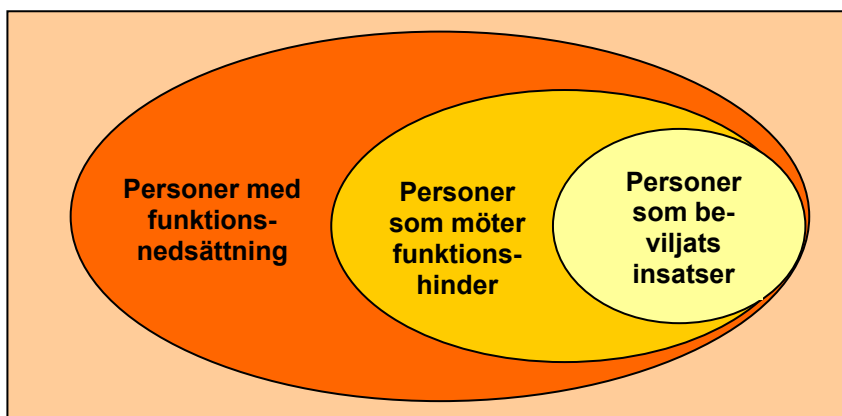
Rapportens avsnitt *Insatser och stöd* fokuserar på de personer med funktionsnedsättning som redan har någon form av insats. Uppgifterna samlas in via de verksamheter som ansvarar för de olika insatserna eller ersättningarna.

Det ska understrykas att inte alla personer med funktionsnedsättning har insatser – även om de i vissa fall skulle behöva det. Vissa har ansökt om insatser men fått avslag, andra personer har av olika skäl inte ansökt överhuvudtaget, trots att de skulle behöva stöd. De som inte har beviljats någon typ av insats ingår inte i statistiken och därmed inte heller i denna del av lägesrapporten.

Kapitlet *Ekonomisk situation för personer med funktionsnedsättning*, å andra sidan, hämtar fakta från SCB:s undersökning om hushållens ekonomi (HEK). Personerna grupperas där beroende på om de själva uppgivit att de har någon funktionsnedsättning, och om personen också upplever hinder i vardagen till följd av sin funktionsnedsättning. Personer som bor i särskilt boende, vilket är en vanlig boendeform för personer med omfattande funktionsnedsättning som har behov av stöd, är inte med i urvalet.

Rapportens olika målgrupper kan illustreras genom figur 1. Den är inte en proportionerlig bild av hur de olika grupperna förhåller sig till varandra, utan endast en illustration av den uppdelning som beskrivs ovan.

Figur 1. Illustration av olika grupper i rapporten



Insatser och stöd

Det här översiktskapitlet redovisar statistik inom verksamhetsområdet för åren 2001–2007. Tabellerna visar hur stödet till personer med funktionsnedsättning varierar över tid och hur de olika insatserna fördelar sig mellan kvinnor och män i olika åldrar. Statistiken utvecklas och förbättras hela tiden, vilket gör att Socialstyrelsen successivt får bättre förutsättningar att beskriva området.

Vissa av de redovisade insatserna riktar sig enbart till personer med funktionsnedsättning, medan vissa insatser även ges till andra målgrupper, som till exempel personer med missbruksproblematik. Det kan också vara personer som tillfälligt har en funktionsnedsättning och behöver insatser under en begränsad tid, till exempel vid tillfälliga sjukdomar. De siffror som presenteras i denna rapport bör därför tolkas med viss försiktighet. Antalet insatser avser ibland en specifik mättag och utgör ibland summan för hela året. Likaså avser viss statistik antal nybeviljande insatser och andra avser det totala antalet insatser för respektive år.

Kommunernas insatser

Sammanfattning:

- Antalet personer med insatser enligt LSS har ökat med två procent sedan föregående år och med 21 procent sedan 2001.
- Det totala antalet insatser enligt LSS uppgick den 1 oktober 2007 till nästan 100 000. Närmare 57 000 personer hade en eller flera insatser.
- De vanligaste insatserna är bostad med särskild service för vuxna samt daglig verksamhet.
- LSS-beslut som inte verkställs i enlighet med beslutet får konsekvenser för kostnadsutjämnningen mellan de olika kommunerna.
- Insatser enligt SoL gäller oftast hemtjänst och boendestöd. Omläggning av statistikinsamlingen gör det svårt att göra jämförelser bakåt i tiden.

Insatser enligt LSS

Antalet personer med kommunala insatser enligt LSS fortsätter att öka. Den 1 oktober 2007 hade 56 800 personer en eller flera insatser [3]. Det motsvarar en ökning med 2 procent sedan 2006 och med 21 procent sedan 2001 [4]. Den 1 oktober 2007 var det totala antalet insatser nästan 100 000 enligt LSS. Även det är en liten ökning sedan föregående år.

Tabell 1 visar att bostad med särskild service för vuxna samt daglig verksamhet enligt LSS var de vanligaste insatserna. Fler män än kvinnor hade

insatser. Sedan år 2001 har antalet personer med personlig assistans enligt LSS minskat. Det kan bero på att definitionen av insatsen förtydligades vid insamlingen av uppgifter. De personer som beviljas assistansersättning enligt LASS, ska från och med år 2004 inte längre ingå i de uppgifter som kommunen rapporterar in, trots att kommunen har ekonomiskt ansvar för de första 20 assistanstimmarna.

Avlösarservice och korttidsvistelse minskar något, medan ledsagarservice, kontaktperson, bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet ökar. Korttidstillsyn för barn över 12 år i anslutning till skoldagen är den insats som har ökat mest, 65 procent. Detta beror troligtvis på att antalet elever i gymnasiesärskolan har ökat under motsvarande period.

En faktor som uppmärksammats i år och som gör LSS-statistiken mindre tillförlitlig är att vissa verkställda insatser inte överensstämmer med beslutet. Det finns kommuner som har fattat beslut om en insats enligt LSS, men insatsen uppfyller inte de förutsättningar som ska gälla enligt LSS. Till exempel kan den enskilde bli beviljad bostad med särskild service, men det stöd och den service personen faktiskt får liknar snarare boendestöd i den egna lägenheten. Det finns inga uppgifter på att den enskilde skulle vara missnöjd med insatsen, men det är naturligtvis inte rättssäkert att få en annan form av stöd än den insats som beslutet gäller. Förfarandet får också konsekvenser för utjämnningen av de kommunala LSS-kostnaderna.

Allt fler kommuner lägger ut den kommunala LSS-verksamheten på entreprenad, vilket leder till att verksamheten blir tillståndspliktig. I samband med det har länsstyrelserna uppmärksammat att viss verksamhet, till exempel bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS, inte uppfyller kriterierna för insatsen. Därför kan verksamheten inte få tillstånd av länsstyrelsen. Att insatserna inte uppfyller kriterierna kan bero på olika saker. Bostad med särskild service blir till exempel inte godkänd om lägenheterna inte är fullvärdiga eller om föreståndaren inte har föreskriven kompetens.

Insatser enligt SoL

Rapporten tar upp SoL-insatser till personer med funktionsnedsättning som är under 65 år. Merparten av besluten enligt SoL gäller insatserna hemtjänst och boendestöd. År 2007 hade 16 800 personer hemtjänst och 10 600 personer fick insatsen boendestöd [5].

I och med omläggning av statistiken går det inte att jämföra insatserna bakåt i tiden. Insatsen boendestöd, som innebär stöd i vardagslivet, är en uppgift som inte funnits med i tidigare statistik. Alla insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning ska nu redovisas i statistiken för kommunala insatser till personer med funktionsnedsättning. Tidigare redovisades stödet till personer med psykisk funktionsnedsättning på olika ställen, beroende på kommunens organisation, och stödet återfanns också i statistiken över insatser till övriga vuxna. Statistiken för år 2007 får därför fungera som en utgångspunkt för framtida jämförelser. De siffror som inte är jämförbara över tid på grund av statistikomläggningen är angivna inom parentes i tabell 2.

Liksom tidigare år visar SoL-statistiken att fler kvinnor än män har hemtjänst, medan det omvända gäller för särskilt boende. När det gäller insatsen boendestöd är könsfördelningen däremot relativt jämn.

Insatser utanför socialtjänsten

Elevantalet i grundsärskola liksom specialskolan minskar, medan antalet elever i gymnasiesärskola och särvox har ökat [6]. Minskningen i grundsärskolan beror bland annat på att barnkullarna är mindre.

Att specialskolan minskar så mycket som 36 procent kan delvis förklaras med att målgruppen inte ser likadan ut som den tidigare har gjort [7]. Som exempel kan nämnas att elever som får cochleaimplantat tidigt utvecklar hörsel och tal. Föräldrarna väljer då i större utsträckning att låta barnen gå i vanlig grundskola i stället för specialskola. Allt fler elever kommer till specialskola efter att ha gått några år i vanlig grundskola. Drygt 30 procent av nyinskrivningarna till specialskolan skedde i årskurs 7–10, det vill säga när eleverna var över tretton år. Specialskolorna har även en elevgrupp som inte är inskriven i specialskolan. Dessa elever tillbringar vissa veckor eller dagar om året i specialskolan för att ta del av den teckenspråkiga miljön, men de är inskrivna i sin skola i hemkommunen. Det gäller ett 60-tal elever från andra skolformer som i perioder deltar i undervisningen och även i förekommande fall i boendet, i syfte att stärka sitt teckenspråk och ta del av den tvåspråkiga miljön.

Resandet med färdtjänst och riksfärdtjänst har minskat stadigt under många år och så även 2007 [8]. Färdtjänstutnyttjandet är till stor del förknippat med hög ålder och 80 procent av de färdtjänstberättigande är över 65 år. I denna rapport redovisas enbart färdtjänst till personer som är under 65 år. År 2007 hade 67 300 personer kommunal färdtjänst och 7 700 personer hade riksfärdtjänst.

Antal beviljade bostadsanpassningsbidrag har ökat, och det verkar vara en bestående trend [9]. Kommunerna i norrlandslänen lägger mer pengar än genomsnittet på anpassningar, i förhållande till sin befolkning. Detta kan bero på att norrlandslänen har en äldre befolkning eller på att fler invånare bor i småhus, det kan betyda att anpassningarna blir dyrare.

Tabell 1. Antal personer med kommunala insatser år 2007, uppdelat på kön och ålder

Kommunala insatser och stöd	Kvinnor	Män	Flickor	Pojkar	Totalt
<i>Insatser enligt LSS^{abc}</i>					
Personlig assistans	1 300	1 300	310	460	3 400
Ledsagarservice	2 900	2 900	1 500	2 400	9 700
Kontaktperson	7 000	7 700	1 500	1 800	18 000
Avlösarservice	100	110	1 100	2 100	3 400
Korttidsvistelse	530	780	3 400	5 400	10 100
Korttidstillsyn för barn över 12 år	0	0	2 000	3 100	5 100
Boende, barn	10	20	450	820	1 300
Boende, vuxna	9 000	11 700	380	540	21 600
Daglig verksamhet	10 900	13 900	900	1 300	27 000
<i>Insatser enligt SoL</i>					
Hemtjänst	8 700	7 800	140	210	16 900
Särskilt boende	1 800	2 600	20	20	4 400
Boendestöd	5 300	5 200	60	70	10 600
Dagverksamhet	2 300	2 400	10	10	4 700
Behovsprövad korttidsvård eller -boende	350	540	50	120	1 100
Anhörigbidrag eller hemvårdsbidrag	590	530	40	50	1 200
Bistånd som avser boende	3 900	3 600	-	-	7 500
Individuellt behovsprövad öppenvård	4 000	3 000	-	-	7 000
Frivillig institutionsvård enligt SoL	180	200	-	-	380
Familjehemsvård	50	100	-	-	150
<i>Personligt ombud^d</i>	1 900	1 500	-	-	3 400
<i>Elever i skolan</i>					
Obligatorisk särskola	-	-	5 500	8 400	13 900
Gymnasiesärskola	-	-	3 600	5 100	8 700
Särvux	2 400	2 600	-	-	5 000
Specialskola	-	-	240	270	510
<i>Färdtjänst^e</i>					
Kommunal	33 000	27 400	2 900	4 000	67 300
<i>Bostadsanpassningsbidrag^f</i>					72 700

Siffrorna är avrundade

- Uppgift ej relevant

a) Exklusive råd och stöd.

b) Insatser till barn och unga omfattar åldrarna 0–22 år (LSS) samt 0–19 år (SoL/HSL).

c) Insatser enligt LSS redovisas för alla åldrar, även personer över 65 år. Insatser enligt SoL redovisas endast till och med 64 års ålder.

d) Gäller aktuella klienter den 31/12 2007.

e) Avser antal personer upp till 64 år med färdtjänstillstånd den 31/12 2007.

f) Avser antal beviljade bidrag, inte antal personer med bidrag.

Källa [3,5-8, 10, 11]

Tabell 2. Antal personer med kommunala insatser år 2001–2007, förändring i procent

Kommunala insatser och stöd	2001	2003	2005	2007	Förändring 2001–2007
Insatser enligt LSS^{abc}					
Personlig assistans	(4 300)	(4 600)	3 600	3 400	-
Ledsagarservice	8 100	9 200	9 600	9 700	20 %
Kontaktperson	14 000	15 200	16 700	18 000	29 %
Avlösarservice	3 600	3 600	3 600	3 400	-6 %
Korttidsvistelse	9 600	10 400	10 500	10 100	5 %
Korttidsstillsyn för barn över 12 år	3 100	4 000	4 700	5 100	65 %
Boende, barn	1 100	1 300	1 200	1 300	18 %
Boende, vuxna	17 500	19 000	20 300	21 600	23 %
Daglig verksamhet	21 100	23 200	25 000	27 000	28 %
<i>Insatser enligt SoL</i>					
Hemtjänst	(14 100)	(15 400)	(17 900)	16 900	-
Särskilt boende	(5 500)	(5 200)	(5 800)	4 400	-
Boendestöd				10 600	-
Dagverksamhet	(2 900)	(2 800)	(3 600)	4 700	-
Behovsprövad korttidsvård eller boende	(980)	(830)	(910)	1 100	-
Anhörigbidrag eller hemvårdsbidrag	(1 450)	(1 500)	(1 400)	1 200	-
Bistånd som avser boende	(6 100)	(7 000)	(7 800)	7 500	-
Individuellt behovsprövad öppenvård	(8 500)	(8 200)	(9 300)	7 000	-
Frivillig institutionsvård enligt SoL	(1 200)	(1 000)	(880)	380	-
Familjehemsvård	(120)	(140)	(110)	150	-
<i>Personligt ombud^d</i>	...	3 200	3 600	3 400	-
<i>Elever i skolan</i>					
Obligatorisk särskola	14 300	14 900	14 400	13 900	-3 %
Gymnasiesärskola	5 500	6 700	7 800	8 700	58 %
Särvux	4 400	4 700	5 000	5 000	13 %
Specialskola	780	700	600	510	-36 %
<i>Färdtjänst</i>					
Kommunal ^e	...	73 100	71 000	67 300	-
<i>Bostadsanpassningsbidrag^f</i>	57 400	60 600	64 700	72 700	27 %

Siffrorna är avrundade

- Uppgift ej relevant, ... Uppgift ej tillgänglig

a) Exklusive råd och stöd.

b) Insatser till barn och unga omfattar åldrarna 0–22 år (LSS) samt 0–19 år (SoL/HSL)

c) Insatser enligt LSS redovisas för alla åldrar, även personer över 65 år., insatser enligt SoL redovisas endast till och med 64 års ålder.

d) Gäller aktuella klienter den 31/12 2007

e) Avser antal personer upp till 64 år med färdtjänstillstånd den 31/12 2007.

f) Avser antal beviljade bidrag, inte antal personer med bidrag.

Källa: [3, 5- 8, 10-32]

Beviljade insatser relaterat till ålder

Sammanfattning

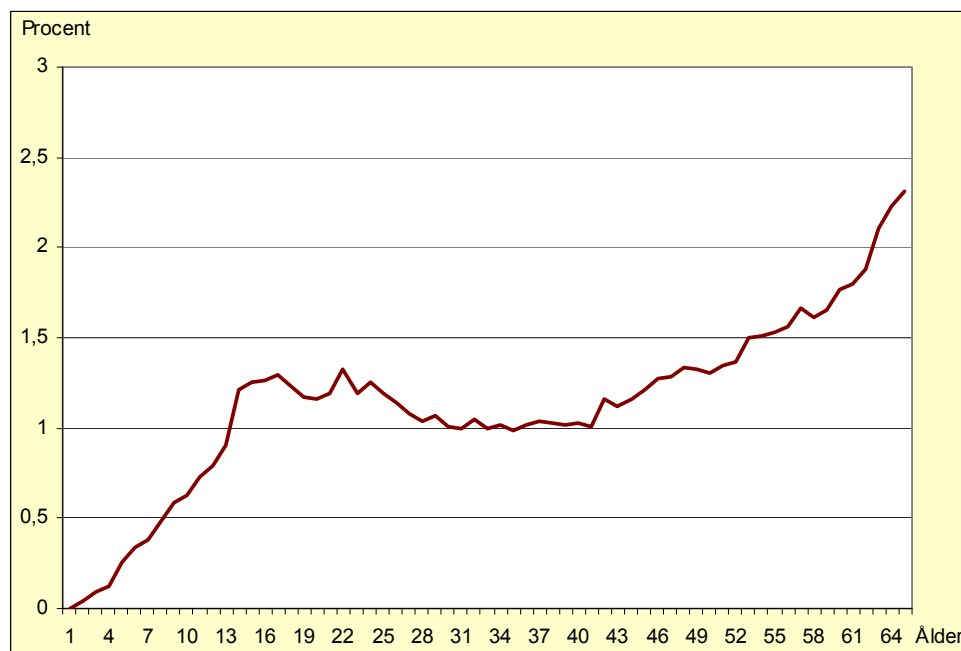
- Nästan 88 000 personer, yngre än 65 år, hade på mät dagen insatser enligt LSS eller insatser enligt SoL utifrån funktionsnedsättning, 7 000 av dessa personer hade insatser enligt båda lagarna.
- Insatser enligt SoL ges i huvudsak till personer mellan 23 och 65 år, medan yngre i första hand ges insatser enligt LSS. Endast 4 procent av dem som får SoL-insatser utifrån funktionsnedsättning är under 22 år.

Detta avsnitt redovisar resultat som inte har publicerats tidigare. Resultaten är framtagna genom samkörning av vissa uppgifter från den officiella statistiken [3, 5].

Socialstyrelsen har samlat in personnummerbaserade uppgifter om insatser enligt LSS sedan år 1999. Under år 2007 har Socialstyrelsen för första gången samlat in personnummerbaserade uppgifter om vissa insatser enligt SoL. Detta gör det nu möjligt att ta reda på hur många personer som har insatser enligt både LSS och SoL, vilka insatser som är vanligast och även vilka kombinationer av insatser som förekommer. Nedan redovisas de insatser som personer yngre än 65 år med funktionsnedsättning får enligt 9 § LSS och 4 kap SoL. SoL-insatserna är till exempel särskilt boende, hemtjänst eller boendestöd.

Nästan 88 000 personer yngre än 65 år hade insatser enligt LSS eller insatser enligt SoL (eller båda) den 1 oktober 2007. Över hälften av dessa, 46 000 personer, hade enbart insatser enligt LSS, och nästan 35 000 personer hade enbart insatser enligt SoL. Knappt 7 000 personer hade insatser enligt både LSS och SoL. I figur 2 framgår hur stor andel av befolkningen i olika åldrar som hade stöd- och serviceinsatser utifrån SoL eller LSS.

Figur 2. Andel av befolkningen i respektive ålder som beviljats SoL- och/eller LSS-insatser på grund av funktionsnedsättning den 1 oktober 2007, i procent



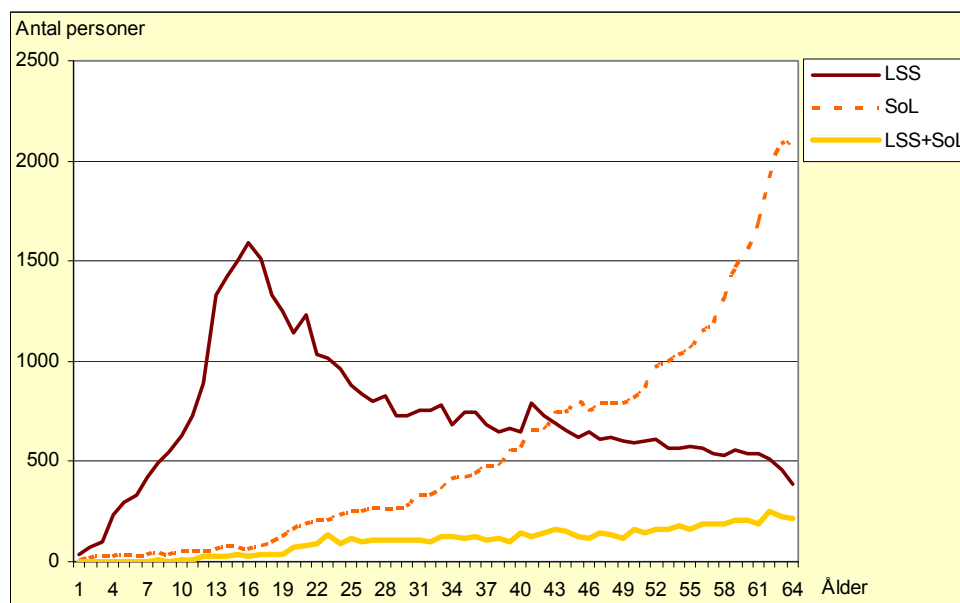
Tabellen 3 nedan beskriver antal personer i olika åldersgrupper som har stöd enligt SoL och LSS. Tabellen beskriver också den procentuella fördelningen av stödet utifrån respektive lag. Endast personer under 65 år redovisas i tabellen, 95 procent av de personer som enbart hade SoL-insatser var i åldern 23–64 år. Motsvarande andel för dem som enbart hade LSS-insatser var drygt 60 procent. Det är alltså betydligt vanligare att barn och ungdomar har LSS-insatser än att de har SoL-insatser.

Tabell 3. Personer med enbart LSS-insats, enbart SoL-insats eller LSS- och SoL-insats fördelade efter ålder, antal och procent, 1 oktober 2007

Ålder	Antal			Procentuell fördelning		
	Endast LSS	Endast SoL	LSS+SoL	Endast LSS	Endast SoL	LSS+SoL
0–6 år	1 068	150	15	2	0	0
7–12 år	3 707	277	59	8	1	1
13–22 år	13 346	1 154	455	29	3	7
23–64 år	27 984	33 316	6 097	61	95	92
Totalt	46 105	34 897	6 626	100	100	100

Figur 3 visar att antalet personer med LSS-insats är högst i åldrarna 16–17 år, och sjunker därefter. För personer med SoL-insatser är förhållandet det omvända. Det är få yngre som har SoL-insatser, men antalet personer ökar successivt med stigande ålder och är som högst vid 63–64 år. Antalet personer med både LSS- och SoL-insatser är litet men relativt konstant efter 20-årsåldern.

Figur 3. Antal personer med enbart LSS-insats, enbart SoL-insats, LSS- och SoL-insats fördelade efter ålder



Insatser enligt LSS och SoL vänder sig till olika målgrupper

Det är vanligare att personer som har en kombination av insatser enligt både LSS och SoL tillhör personkrets 3. Av de personer som enbart hade LSS-insatser tillhör de flesta personkrets 1 (88 procent). Förklaring av personkretsarna finns på sidan 10.

Tabell 4. Personer med enbart LSS-insats eller LSS och SoL-insats den 1 oktober 2007 fördelade efter personkrets, antal och procent

Personkrets	Antal		Procentuell fördelning	
	Endast LSS	LSS och SoL	Endast LSS	LSS och SoL
1	40 495	3 720	88	56
2	1 032	515	2	8
3	4 578	2 393	10	36
Totalt	46 105	6 628	100	100

Genom att sammanställa uppgifterna för båda lagområdena kan man se hur vanligt det var att personer fick stöd utifrån båda lagarna. Tanken med LSS är att den ska komplettera SoL, men få personer har stöd enligt båda lagarna samtidigt. Den nya möjligheten att samköra den personnummerbaserade

statistiken över SoL och LSS-insatser visar tydligt att lagarna når olika åldersgrupper.

Yngre personer får i allmänhet LSS-insatser, och äldre personer får oftast SoL-insatser.

Alla barn med funktionsnedsättning omfattas inte av rätten till insatser enligt LSS. Att så få barn får stöd utifrån SoL kan tyda på att den som är ung och har en funktionsnedsättning men *inte* tillhör LSS personkrets, riskerar att bli utan stöd. Den här rapporten kan inte svara på hur dessa barns behov ser ut och om deras behov tillgodoses på annat sätt.

Särskilt boende enligt SoL i kombination med LSS-insats

Av de cirka 4 500 personer under 65 år som bodde i särskilt boende enligt SoL den 1 oktober 2007, hade nästan 500 personer även någon insats enligt LSS. Den vanligaste LSS-insatsen i kombination med särskilt boende enligt SoL var ledsagarservice. Hälften av besluten gällde denna insats.

Andra insatser som dessa personer hade enligt LSS var kontaktperson (150 personer) och daglig verksamhet (125 personer). De flesta hade endast en LSS-insats, förutom insatsen enligt SoL.

Boendestöd enligt SoL i kombination med LSS-insats

Ungefär 10 000 personer bodde i ordinärt boende och var beviljade boendestöd enligt SoL den 1 oktober 2007. Av dessa 10 000 hade cirka 1 500 personer en eller flera LSS-insatser. Nästan 1 000 personer hade kontaktperson enligt LSS och ungefär lika många hade daglig verksamhet enligt LSS. En annan vanlig LSS-insats var ledsagarservice. De flesta hade endast en LSS-insats, men det fanns även de som hade fler. Den vanligaste kombinationen tillsammans med boendestöd var kontaktperson och daglig verksamhet. Av dem som hade både boendestöd enligt SoL och en eller flera LSS-insatser tillhörde 75 procent personkrets 1, och endast 22 procent tillhörde personkrets 3.

Hemtjänst enligt SoL och LSS-insats

Ungefär 17 000 personer under 65 år bodde i ordinärt boende och var beviljade hemtjänst enligt SoL den 1 oktober 2007. Av dem hade cirka 2 500 personer även en LSS-insats. Ungefär 1 000 personer hade kontaktperson, 1 000 hade ledsagarservice och ungefär lika många hade daglig verksamhet enligt LSS. Även här fanns det personer med kombinationer av LSS-insatser. Den vanligaste kombinationen av LSS-insatser var daglig verksamhet och ledsagarservice.

Övriga insatser enligt SoL och LSS-insats

Av de ca 7 000 personerna som hade både SoL- och LSS-insatser hade ungefär 750 personer trygghetslarm som enda SoL-insats. Ungefär 200 personer hade dagverksamhet enligt SoL, och lika många erhöll anhörigbidrag eller hemvårdsbidrag som enda SoL-insats i kombination med en eller flera LSS-insatser.

Omfattning av personlig assistans och korttidsvistelse

Sammanfattning

- Oavsett personkrets så var det vanligaste antalet beviljade assistanstimmar enligt LSS 16–20 timmar per vecka, på måtdagen.
- Avsevärt fler pojkar än flickor har insatsen korttidsvistelse utanför det egna hemmet. Det är ingen större skillnad i antal dygn per månad mellan de flickor och pojkar som har beslut om insatsen.

Under år 2007 samlade Socialstyrelsen för första gången in volymuppgifter, till exempel beviljade timmar per vecka eller dagar per månad. I följande avsnitt presenteras volymuppgifter för LSS-insatserna personlig assistans och korttidsvistelse.

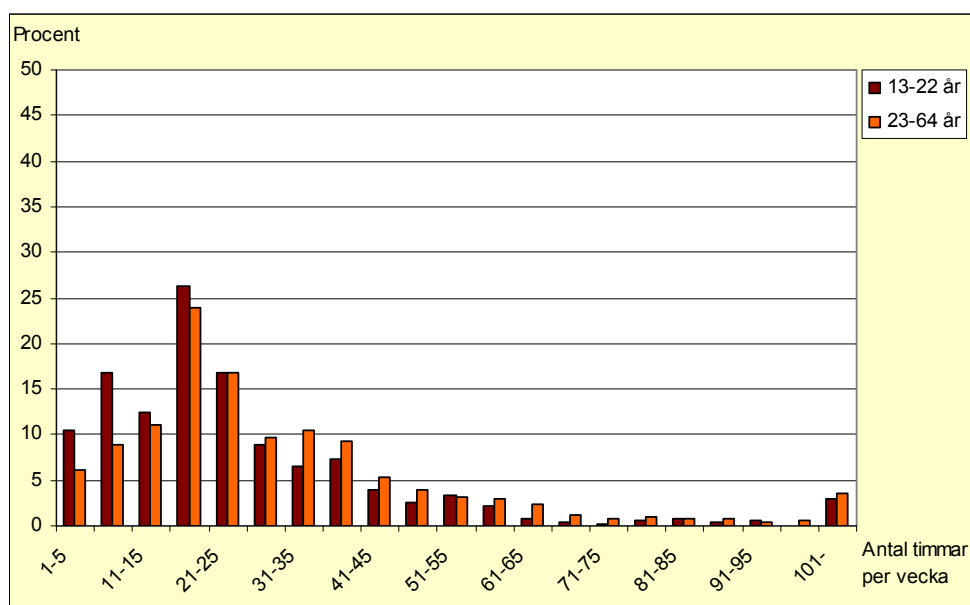
Personlig assistans enligt LSS – antal timmar per vecka

Av de drygt 3 000 personer som hade personlig assistans enligt LSS den 1 oktober 2007 tillhörde cirka 1 300 personer personkrets 1 och cirka 1 600 personer personkrets 3.

Det var vanligare att personer i personkrets 1 hade färre assistanstimmar per vecka än personer i personkrets 3. Cirka 33 procent i personkrets 1 hade 0–15 timmars assistans per vecka jämfört med 20 procent i personkrets 3. Av dem i personkrets 1 som var beviljade personlig assistans hade 15 procent, eller knappt 200 personer, fler än 40 timmar per vecka. Motsvarande siffra var 23 procent, eller cirka 350 personer, i personkrets 3. Oavsett personkrets var det vanligast att ha 16–20 timmar personlig assistans enligt LSS.

Av figur 4 framgår den procentuella fördelningen av antal timmar personlig assistans per vecka för personer i åldern 13–22 år och för personer i åldern 23–64 år. Diagrammet visar att personer i den yngre åldersklassen oftare hade färre timmar personlig assistans per vecka jämfört med personer i den äldre åldersklassen.

Figur 4. Procentuell fördelning av antal beviljade timmar för personlig assistans per vecka. Personer i åldrarna 13–22 år respektive 23–64 år



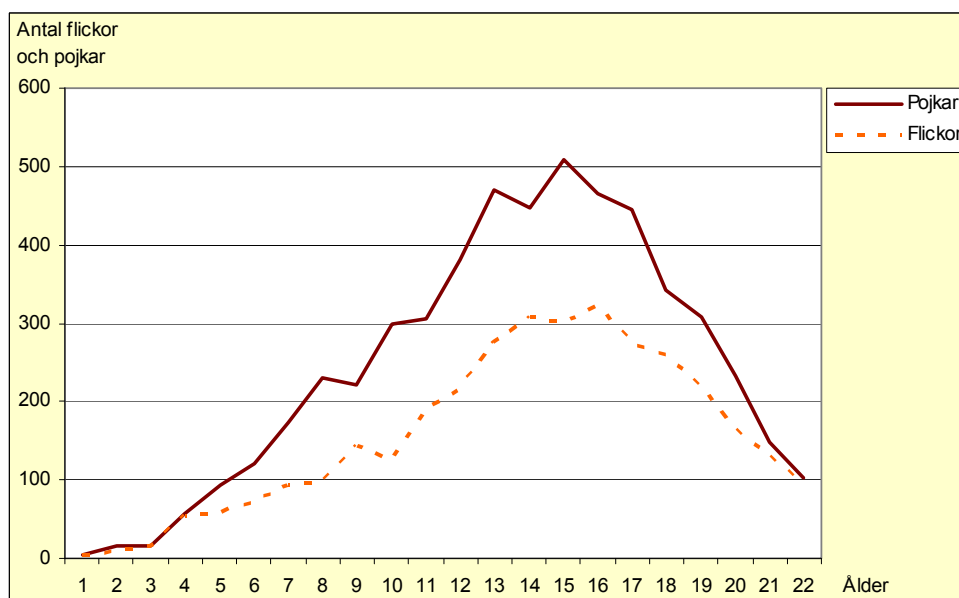
Korttidsvistelse enligt LSS – antal dygn per månad

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet är den LSS-insats som var vanligast bland flickor och pojkar i åldrarna 0–22 år.

Vid mätningen den 1 oktober 2007 hade 8 800 barn och ungdomar, cirka 3 400 flickor och 5 400 pojkar, denna insats. Det var med andra ord avsevärt fler pojkar än flickor som hade beslut om korttidsvistelse.

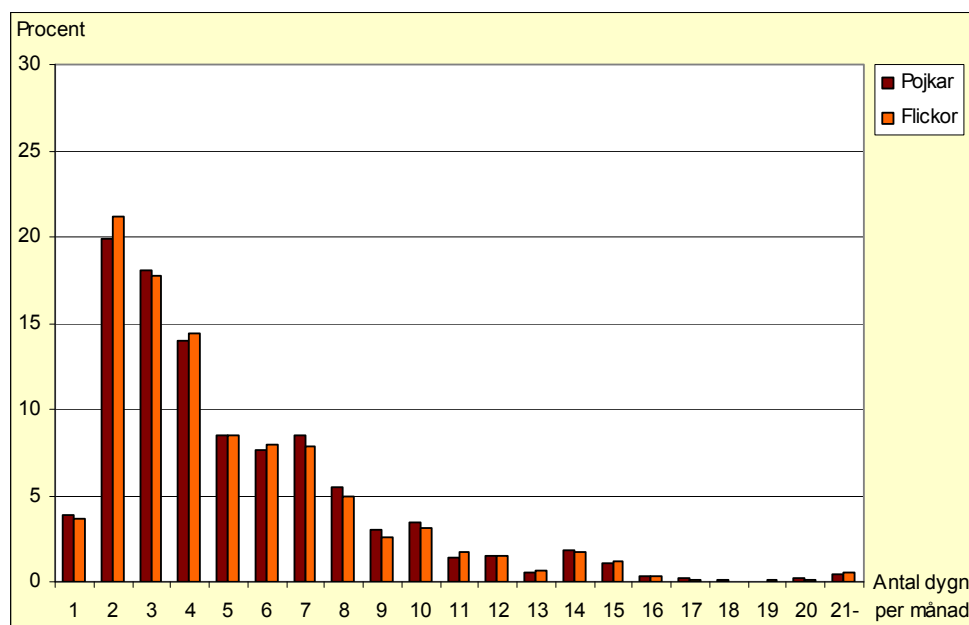
Av figur 5 framgår hur många flickor respektive pojkar som hade insatsen i olika åldrar.

Figur 5. Antal pojkar/unga män och flickor/unga kvinnor med insatsen korttidsvistelse den 1 oktober 2007 i olika åldrar



Av figur 6 framgår hur korttidsvistelse fördelas procentuellt för flickor respektive pojkar i åldrarna 0–22 år. Diagrammet visar att fördelningen av antal dygn per månad var ungefär densamma för flickor som för pojkar. Det var vanligast att ha beslut om korttidsvistelse 2–3 dygn per månad, vilket som regel innebär ett veckoslut per månad. Nästan 40 procent av barnen och ungdomarna hade ett beslut med denna omfattning. De insamlade uppgifterna visar att det är avsevärt fler pojkar än flickor som har insatsen korttidsvistelse utanför det egna hemmet. Däremot är det ingen större skillnad i antal dygn per månad mellan de flickor och pojkar som har beviljats korttidsvistelse.

Figur 6. Procentuell fördelning av antal beviljade dygn för korttidsvistelse per månad, för flickor/unga kvinnor och pojkar/unga män i åldern 0–22 år



Kommunernas kostnader

Sammanfattning

- Kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning har totalt sett ökat med 12 procent på fem år. År 2007 uppgick kostnaderna till 38,8 miljarder kronor.
- Den största kostnadsökningen i kronor mellan 2003 och 2007 avsåg bostad med särskild service och annan särskilt anpassad bostad enligt LSS. Kostnaderna per person har dock minskat för LSS-insatserna boende och daglig verksamhet.
- De genomsnittliga kostnaderna per person har ökat för särskilt boende enligt SoL i mediankommunen.
- Kommunernas kostnader för köp av verksamhet har ökat sedan 2003. År 2007 uppgick kostnaderna till 6,1 miljarder kronor.

Socialstyrelsen har hämtat sifferuppgifterna i det här avsnittet från kommunernas räkenskapsammandrag och jämförelsetalen för socialtjänsten [33, 34]. Kostnadsutvecklingen avser fasta priser i 2007 års prisnivå. Insatser till personer med funktionsnedsättning har blivit en större del av socialtjänstens kostnader. Kostnadsandelen för dessa insatser har ökat med 26 procent mellan åren 2003 och 2007. Av tabell 5 framgår att under 2007 uppgick kommunernas totala kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 38 806 miljoner kronor, en ökning med 12 procent sedan 2003 [33].

En mindre del av denna ökning beror på en definitionsändring i statistiken. Förändringen innebär att kostnader för personer med psykisk funktionsnedsättning har tillkommit i uppgifterna om insatser till personer med funktionsnedsättning enligt SoL och HSL. Därför bör man dra slutsatser av kostnadsutvecklingen med försiktighet.

Knappt 80 procent av de totala kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning avser insatser enligt LSS och LASS (exklusive ersättning från Försäkringskassan för LASS). Andelen har varit relativt konstant under perioden 2003–2007. Kostnaderna för boende enligt LSS uppgick till 42 procent av de totala kostnaderna och den övervägande delen avser boende för vuxna.

Kommunernas kostnader för färdtjänst och riksfärdtjänst har totalt sett varit relativt konstanta under perioden 2003–2007. Kostnaden för färdtjänst och riksfärdtjänst till personer med funktionsnedsättning, under 65 år, har beräknats till 630 miljoner kronor under 2007.

Tabell 5. Kostnadsutveckling för insatser till personer med funktionsnedsättning 2003–2007. 2007 års priser. Miljoner kronor samt procent

	2003	2004	2005	2006	2007	Förändring 2003–2007 mnkr	Förändring 2003–2007 %
Insatser till personer med funktionsnedsättning	34 755	35 670	36 121	37 479	38 806^a	4 051^a	12^a
Insatser enligt SoL/HSL	7 067	7 136	7 302	7 399	7 971^a	904^a	13^a
Särskilt boende	2 944	2 936	2 785	2 818	3 019	75	2,5
Ordinärt boende	3 354	3 481	3 829	4 012	4 330 ^a	976 ^a	29 ^a
<i>Hemtjänst/boendestöd</i>	..	2 329	2 614	2 663	2 961 ^a	632 ^b	27 ^b
<i>Korttidsvård</i>	347	361	373	414	411	64	18
Öppen verksamhet	768	719	688	569	621	-147	-19
Insatser enligt LSS/LASS	27 689	28 534	28 818	30 080	30 835	3 147	11
Boende	14 400	14 683	14 625	15 675	16 225	1 826	13
<i>Vuxna</i>	..	..	13 471	14 409	14 885	1 415 ^c	11 ^c
<i>Barn/unga i bostad med särskild service</i>	..	..	1 093	1 199	1 281	188 ^c	17 ^c
<i>Barn/unga i familjehem</i>	..	..	62	67	60	-2 ^c	-3,6 ^c
Personlig assistans	5 173	5 608	5 570	5 803	5 864	691	13
Daglig verksamhet	4 592	4 639	4 690	4 779	4 946	354	7,7
Övriga insatser	3 524	3 604	3 933	3 824	3 800	276	7,8

.. Uppgift ej tillgänglig

a) Ny definition. Från och med 2007 ingår även insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning.

b) Förändringen avser 2004–2007

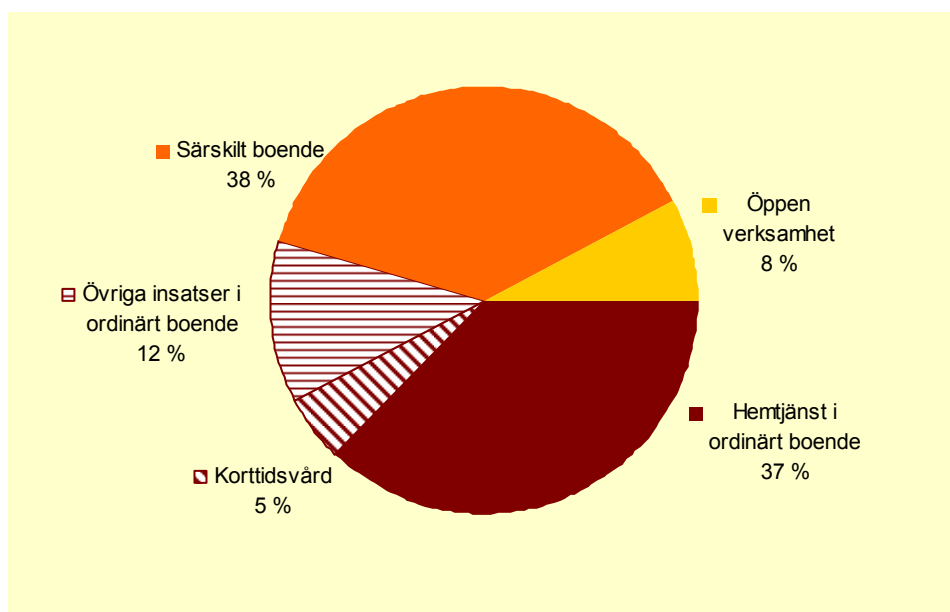
c) Förändringen avser 2005–2007

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2003–2007, SCB.

Insatser enligt SoL och HSL

År 2007 var kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt SoL och HSL¹ knappt 8 miljarder kronor. Det är en ökning med 13 procent sedan 2003. Från och med 2007 har statistiken förbättrats. Kostnaderna för boendestöd har inkluderats i redovisningsposten hemtjänst i den statistikinsamling som görs från kommunerna. Tidigare redovisades kostnader för insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning, bland annat boendestöd, under individ- och familjeomsorg. Dessa kostnader har i denna redovisning tillkommit för 2007. En del av kostnadsökningen beror på denna definitionsändring, särskilt när det gäller insatser i ordinärt boende. Av figur 7 framgår att drygt hälften av kostnaderna avser insatser i ordinärt boende. År 2007 uppgick dessa kostnader till 4,3 miljarder kronor. Av insatserna i ordinärt boende utgjorde hemtjänst den största andelen, 68 procent år 2007. Kostnaden för hemtjänsten uppgick till knappt 3 miljarder kronor. Kostnaderna för särskilt boende har ökat med 2,5 procent sedan 2003. Kostnaderna uppgick till 3 miljarder kronor år 2007.

Figur 7. Andel kostnader (i procent) för särskilt boende, insatser i ordinärt boende samt öppen verksamhet av kostnader för insatser enligt SoL och HSL till personer med funktionsnedsättning 2007



Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2007, SCB

Insatser enligt LSS och LASS

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS och LASS uppgick 2007 till 30,8 miljarder kronor (exklusive ersättning från Försäkringskassan för LASS). Av figur 8 framgår fördelningen mellan de olika insatserna. Kost-

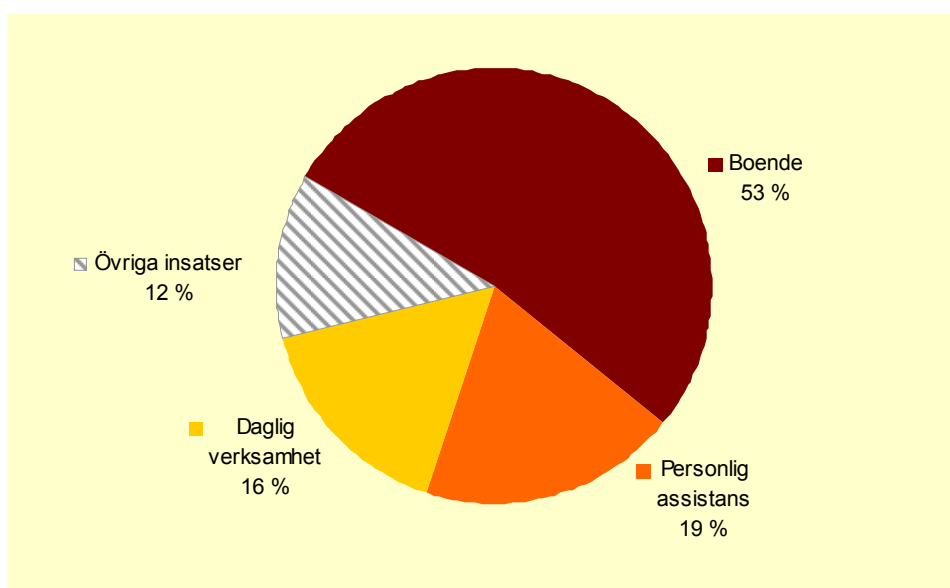
¹ Insatser enligt HSL är i denna rapport den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för eller utför på delegation till personer under 65 år. Hälso- och sjukvård utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. sjuksköterskor och arbetsterapeuter, samt av personal utan hälso- och sjukvårdslegitimation som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation.

naderna fortsätter att öka och ökade med 11 procent i fasta priser mellan 2003–2007.

Drygt hälften av de totala kostnaderna för insatser enligt LSS och LASS, 16,2 miljarder kronor, avser bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad. Kostnaderna för daglig verksamhet uppgick till 4,9 miljarder kronor år 2007, en ökning i fasta priser med 8 procent sedan 2003.

Kommunernas kostnader för personlig assistans var 5,9 miljarder kronor under 2007, en ökning med 13 procent i fasta priser sedan 2003. Kostnaderna avser personlig assistans som beviljas enligt LSS, samt de 20 första timmarna för personer som har beslut enligt LASS. Kostnaderna omfattar också kommunens basansvar. Kommunens basansvar omfattar till exempel att stå för vikarier när den ordinarie anordnarens assistenter är sjuka.

Figur 8. Kostnadsandelar (i procent) för insatser enligt LSS och LASS 2007



Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2007, SCB

Köp av verksamhet

Under 2007 köpte kommunerna huvud- och stödverksamhet för insatser till personer med funktionsnedsättning för drygt 6 miljarder kronor. Sedan 2004 har kostnaderna för köpt verksamhet ökat med 8 procent i fasta priser, vilket kan utläsas i tabell 6. En anledning till ökningen kan vara den definitionsändring som skedde 2007 då insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning inkluderades i kommunens kostnader för personer med funktionsnedsättning. Kommunernas köp av insatser enligt SoL och HSL har ökat med 11 procent. Ökningen kan delvis bero på den ovan beskrivna definitionsförändringen. År 2007 uppgick kommunernas utgifter för köp av insatser enligt SoL och HSL till 1 508 miljoner kronor. Samma år köpte kommunerna insatser enligt LSS och LASS för 4 611 miljoner kronor från andra aktörer, en ökning med 8 procent i fasta priser. Största delen, 53 procent, av den köpta verksamheten rör kostnader för boende, vilka uppgick till 2,4 miljarder.

Tabell 6. Kostnadsutveckling (i miljoner kronor samt procent) för köpta insatser till personer med funktionsnedsättning 2004–2007, 2007 års priser

	2004	2005	2006	2007	Förändring 2004–2007 mnkr	Förändring 2004–2007 %
Köpta insatser till personer med funktionsnedsättning	5 653	5 530	5 866	6 119^a	466^a	8,2^a
Insatser enligt SoL/HSL	1 364	1 306	1 366	1 508 ^a	144 ^a	11 ^a
Insatser enligt LSS/LASS	4 288	4 224	4 501	4 611	323	7,5

a) Ny definition. Från och med 2007 ingår även insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning.
Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2004–2007, SCB.

Kostnader per person

Som framgår av tabell 7 har kostnaderna per person i särskilt boende enligt SoL ökat med 12 procent sedan 2003. Kostnaderna uppgick till i genomsnitt 576 200 kronor per boende för mediankommunen.

Mediankommunens genomsnittliga kostnad har minskat sedan 2003, både för boende och daglig verksamhet enligt LSS. Genomsnittskostnaden för mediankommunen uppgick till 644 800 kronor per boende år 2007, en minskning med knappt 6 procent sedan 2003. Genomsnittskostnaden för daglig verksamhet enligt LSS minskade till 153 100 kronor per person, vilket innebär en minskning med 10 procent sedan 2003.

Tabell 7. Utveckling för kostnad (i kronor samt procent) per person i särskilt boende enligt SoL, boende enligt LSS samt daglig verksamhet enligt LSS 2003–2007 2007 års priser

	2003	2004	2005	2006	2007	Förändring 2003–2007 kr	Förändring 2003–2007 %
Insatser enligt SoL/HSL							
Kostnad för särskilt boende, räknat per boende	515 200	531 500	547 400	522 100	576 200	61 000	12
Insatser enligt LSS							
Kostnad för boende enl. LSS räknat per boende	684 700	661 600	662 600	670 600	644 800	-39 900	-5,8
Kostnad för daglig verksamhet räknat per person	170 700	165 100	164 600	159 500	153 100	-17 600	-10

.. Uppgift ej tillgänglig

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten 2003–2007, Funktionshindrade personer 2007, Personer med funktionsnedsättning/-hinder – insatser enligt LSS 2007, Socialstyrelsen och Kommunernas räkenskapsammandrag 2007, SCB.

Landstingens insatser

Sammanfattning

- Landstingens insats råd och stöd minskar, stödet ges i stället oftare enligt HSL.
- Antalet barn och ungdomar med insatser från barn- och ungdomshabiliteringsverksamheterna varierar mellan 12 och 34 per 1 000 invånare.
- Antalet vuxna personer som får insatser från habiliteringen varierar mellan 1 och 7 per 1 000 invånare.

Råd och stöd enligt LSS

Insatsen råd och stöd var ursprungligen tänkt som ett komplement till de insatser som enskilda får genom hälso- och sjukvårdens habilitering och rehabilitering. Habiliteringsinsatser ges av flera olika professioner och ofta under en lång tid.

Vad insatsen råd och stöd faktiskt ska innehålla har varit föremål för statlig utredning [35] och rättsliga prövningar, men något klart svar finns ännu inte.

Flertalet landsting har satsat på att utveckla habiliteringsverksamheter för barn och vuxna utifrån hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Det innebär bland annat att insatserna kan innehålla både sjukvårdsinsatser och annat stöd. Denna utveckling har sannolikt bidragit till att antalet barn och vuxna med insatsen råd och stöd har minskat. I två landsting, Halland och Jämtland, har kommunerna visst ansvar för råd och stödinsatser enligt LSS.

Landstingen har organiserat sina verksamheter på olika sätt. Ibland utgör verksamheterna för barn- och ungdomshabilitering en egen organisation, medan det i andra landsting finns en gemensam verksamhet som omfattar både barn och vuxna.

Det är svårt att mäta vilka resultat som habiliteringsinsatser faktiskt leder till, men det finns ett stort intresse bland de verksamhetsansvariga att inleda ett arbete för att få fram kvalitetsregister för området.

Ett samarbete mellan 16 av landets landsting och regioner har resulterat i att man har tagit fram nyckeltal för verksamheterna, så att de kan följas över tid [36]. Eftersom verksamheterna är organiserade på olika sätt, och även kan ha delvis olika målgrupper och uppdrag, är det svårt att ta fram ett enhetligt system. Därför måste man vara försiktig när jämförelser görs mellan olika landsting och regioner. Det finns stora skillnader i praktiskt taget alla variabler som Nysam (Nyckeltalssamverkan) redovisar, och de speglar sannolikt både faktiska skillnader och skillnader som beror på att verksamheternas olika uppdrag. Men för alla verksamheter gäller att de är komplexa och att de ofta under lång tid arbetar med att ge insatser till barn och vuxna med komplicerade funktionsnedsättningar. Det som beskrivs i följande avsnitt är hämtat från Nysam.

Habiliteringsverksamheter för barn och ungdom och vuxna

Antalet barn och ungdomar per 1 000 invånare, i åldersgruppen 0–17 år, som får insatser från barn- och ungdomshabiliteringsverksamheter varierar mellan 12 och 34 personer [36]. Stockholms läns landsting redovisar det lägsta antalet medan Dalarna redovisar det högsta. I alla landsting som redovisat uppgifter får fler pojkar än flickor insatser. Andelen pojkar varierar mellan 57 och 67 procent.

Andelen nytillkomna barn och ungdomar som får insatser genom verksamheterna under ett år varierar mellan 12 procent (Uppsala län) och 30 procent (Sörmlands län). Andelen som avslutat sina kontakter under året varierar mellan 6 procent (Jämtland) och 26 procent (Blekinge).

Ett sätt att beskriva verksamhetens resurser är att ange personalkostnaden per brukare. Då varierar uppgifterna från drygt 16 000 kr (Halland) till drygt 30 000 kr (Kronoberg).

Habiliteringsverksamheter för vuxna

När det gäller habiliteringsverksamhet för vuxna varierar antalet brukare mellan knappt 1 till drygt 7 personer per 1 000 invånare som får insatser. Det är lägst antal personer i Halland och flest i Örebro län. Fler män än kvinnor får insatser, men skillnaden mellan könen är mindre inom gruppen vuxna, än mellan flickor och pojkar i barn- och ungdomsgruppen.

Andelen nytillkomna brukare i förhållande till det totala antalet under år 2007 varierar från 17 procent (Kalmar), till över 50 procent (Södermanland). Flertalet landsting redovisar dock siffror runt 20 procent. Då resurserna beskrivs med kostnader för personal per brukare framkommer en variation från ca 10 000 kr (Blekinge) till drygt 40 000 kr (Gävleborg).

Samverkan runt habilitering och rehabilitering

I en ännu inte publicerad kartläggning av verksamheter för vuxenhabilitering fick verksamhetscheferna bland annat frågan om hur samverkan med andra aktörer fungerar i deras landsting [37].

Nästan alla landsting har svarat att de har ett samarbete med kommunerna om de grupper som är aktuella inom verksamheterna. Däremot finns svårigheter att få till stånd ett fungerande samarbete inom landstinget mellan habilitering och övrig hälso- och sjukvård. Det gäller både primärvård och specialistsjukvård. När det finns ett fungerande samarbete bygger det ofta på engagerade personer och inte på formella överenskommelser.

Enligt verksamhetscheferna är det särskilt allvarligt med brister i samarbetet kring unga vuxna med komplicerade funktionsnedsättningar, eftersom dessa personer är beroende av kvalificerade insatser från många håll.

De grupper som får insatser genom habiliteringsverksamheterna kräver mycket tid och ofta ett särskilt kunnande. Det beaktas sällan i planerings- och beställarsammanhang. Habiliteringscheferna ser förbättrade samarbetsrutiner som ett av de viktigaste utvecklingsområdena.

Socialstyrelsen har utarbetat en vägledning under år 2008, Samverkan i re-/habilitering, som ett komplement till de föreskrifter som publicerades under 2007. Föreskrifterna har reviderats under 2008, bland annat för att

tydligare fokusera på att det är barn och vuxna med långvariga behov av insatser som främst kan vara i behov av en tydlig samordningsfunktion.

Svårt att få överblick över rehabilitering

Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel ingår i landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård. Rehabilitering utförs ofta som en integrerad del av den behandling en patient får, men det finns också särskilda rehabiliteringsverksamheter. Det innebär att det inte är möjligt att få ett samlat helhetsgrepp om den rehabilitering som ges i hälso- och sjukvården. I Stockholms läns landsting har landstingsrevisorerna [38] gjort en förstudie om rehabilitering, som bland annat visar hur svårt det är att få en överblick över vilka insatser som den enskilde får. Det saknas kvalitetsindikatorer i stor utsträckning och det finns inte heller fungerande verktyg för att mäta resultat, effektivitet och ändamålsenlighet. Det framgår av rapporten att allt mer rehabilitering sker i öppenvård och att den största konsumtionen av rehabilitering förekommer i de geografiska områden där befolkningen har den bästa hälsan.

Flera brukarorganisationer driver frågor om rehabilitering för sina medlemsgrupper. Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund har sedan början 1990-talet systematiskt drivit sina krav på att hjärtsjuka ska få tillgång till rehabilitering [39]. Förbundet har gjort en kartläggning som finns på deras hemsida, www.hjart-lung.se. Där visas vilken hjärtrehabilitering som landets 76 sjukhus har att erbjuda. Neurologiskt Handikappades Riksförbund, NHR, genomförde under 2007 telefonintervjuer bland sina medlemmar om hur de såg på betydelsen av rehabilitering och vilka insatser som de fick. Resultatet visade bland annat att det fanns stora skillnader mellan landstingen beträffande hur många medlemmar som själva bedömde att de behövde insatser och hur många som faktiskt fick insatser [40].

Hjälpmedel

Ett grundläggande mål för handikappolitiken är att personer med funktionsnedsättning ska ha samma möjligheter som andra att fungera som aktiva och delaktiga medborgare i samhället. För många är tillgången till väl fungerande hjälpmedel en förutsättning.

Utvecklingen inom hjälpmedelsområdet har lett fram till ett större utbud av produkter som i högre grad ger den enskilde möjligheter att tillgodose sina behov. Samtidigt sker det förändringar i forskningspolicyn hos sjukvårdshuvudmännen. Det finns stora skillnader i landet både när det gäller avgifter och vad som förskrivs som hjälpmedel. Förskrivningen av vissa produkter minskar eller upphör, samtidigt som introduktion av nya hjälpmedel sker olika fort i olika delar av landet. Hjälpmedelsinstitutet genomför för närvarande en kartläggning av förändringar i regelverk och policy som skett de senaste tre åren. Resultatet kommer att redovisas under våren 2009.

Ett område som uppmärksammas allt mer är hjälpmedel för personer med kognitiv funktionsnedsättning. Hjälpmedelsinstitutet har tillsammans med brukarorganisationer bedrivit flera utvecklingsprojekt och försöksverksamheter som visat betydelsen och nyttan av hjälpmedel för personer med olika typer av kognitiv funktionsnedsättning.

Några exempel på Hjälpmedelsinstitutets utvecklingsprojekt och försöksverksamheter är Humanteknik, som gällde personer med psykisk funktionsnedsättning [41], Teknik och demens [42] samt Kognet med bland annat inriktning på vuxna med ADHD eller förvärvade hjärnskador [43, 44]. På Hjälpmedelsinstitutets webbplats, www.hjalpmedelstorget.se, har portalen Kognition nyligen lanserats. Inom detta område finns ett stort behov av kompetensutveckling och fortsatt utvecklingsarbete.

Inom ramen för NU!-enhetens boendeprogram planerar Socialstyrelsen utbildningsinsatser för att sprida kunskapen om hjälpmedel för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Utbildningen är riktad till strategiskt viktiga personer: handläggare, enhetschefer och boendestödjare i de län där utbudet av och kunskapen om hjälpmedel är minst. Dessutom kommer ett kapitel i det vägledningsdokument som boendeprogrammet arbetar med att handla om kognitiva funktionsnedsättningar för personer med psykiska funktionshinder och hur hjälpmedel kan underlätta vardagen för dessa individer.

Statens insatser

Sammanfattning

- Antalet familjer som får vårdbidrag ökar, medan antalet personer som erhåller handikappersättning ligger tämligen konstant.
- Antalet personer med ersättning från socialförsäkringens sjuk- och aktivitetsersättning minskar totalt sett, men ökar bland unga.
- Antalet anställda inom Samhall och offentligt skyddat arbete minskade 2007, med 14 respektive 20 procent. Samtidigt har lönebidragsanställningar ökat något (3 procent).

I tabell 8 och 9 presenteras statistik över insatser som ges av statliga myndigheter. Insatserna är intressanta att ha med i Socialstyrelsens lägesbeskrivning eftersom de påverkar personer med funktionsnedsättning och deras vardag. Socialstyrelsen är försiktig med att analysera statistik från andra delar av samhället, och därför hänvisas läsaren till respektive myndighet för hjälp med att tolka materialet.

Insatser från Försäkringskassan

Sedan år 2006 har insatserna på vissa områden ökat tydligt. Av de ersättningar som Försäkringskassan betalar ut kan man se att vårdbidraget har ökat med 12 procent. Antalet personer med handikappersättning är däremot relativt konstant och har varit det sedan 2005. Bilstödet har minskat med 16 procent. Det kan förklaras av ändringar i det regelverk som infördes den 1 januari 2007. Ändringarna innebar att en ny ansökan om bilstöd kan göras tidigast 9 år efter den senast beviljade ersättningen, mot tidigare 7 år.

I sin årsredovisning skriver Försäkringskassan att de sammanlagda utgifterna för sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning (SA) fortsätter

minska. Antalet personer med dessa ersättningar har minskat med ungefär 3 000 sedan i fjol, vilket är marginellt med tanke på att det totala antalet personer som får ersättning är över en halv miljon.

Att personer med SA återvänder till arbetsmarknaden är fortfarande ovanligt, precis som tidigare. Antalet personer som nybeviljats SA var i stort sett detsamma under 2007 som 2006. Socialstyrelsen har valt att skilja på unga och äldre även i nedanstående redovisning, som visar att antalet unga under 30 år med SA har ökat med 26 procent sedan 2003. I tabell 8 redovisas åldersgruppen unga under 30 år under rubriken aktivitetsersättning.²

Assistansersättningen, det vill säga ersättning för personlig assistans enligt LASS, har ökat med 28 procent från år 2003. Av Försäkringskassans årsredovisning framgår att antalet personer som beviljas ersättning har blivit fler, och det genomsnittliga antalet timmar en person blir beviljad ersättning ökar [45]. Kvinnor beviljas i genomsnitt färre timmar än män. Försäkringskassan bedömer att det kan bero på att vissa funktionsnedsättningar eller behov kan skilja sig åt mellan kvinnor och män. Det kan också bero på att de bedöms olika i handläggningen.

Insatser från Arbetsförmedlingen

År 2007 hade Samhall 19 400 anställda. Antalet anställda inom Samhall har minskat med 14 procent under perioden 2003–2007. År 2007 övergick 1 017 anställda med funktionshinder till anställning hos annan arbetsgivare vilket motsvarar 5,3 procent av de anställda vid Samhall[46].

Offentligt skyddat arbete har också minskat – men lönebidragen har å andra sidan ökat. Det finns fler arbetsmarknadsåtgärder som personer med funktionsnedsättning kan få ta del av. Ett exempel är utvecklingsanställning. Utvecklingsanställning är ett ekonomiskt stöd till arbetsgivare, enligt samma regler som lönebidrag, men som kan lämnas för tidsbegränsad anställning. År 2007 hade 1 300 personer utvecklingsanställning. Trygghetsanställning är ett alternativ till anställning hos Samhall AB, vilket 540 personer hade år 2007 [47].

² Den 1 januari 2003 ändrades regelverket kring förtidspension och sjukbidrag. De personer som tidigare haft förtidspension fick då en varaktig sjukersättning medan de som haft sjukbidrag fick en tidsbegränsad sjukersättning, oavsett ålder. De som var under 30 år och fick tidsbegränsad sjukersättning övergick så småningom till aktivitetsersättning, men de som den 1 januari fått sjukersättning fick detta även fortsättningsvis.

Tabell 8. Antal personer med stöd från andra aktörer än kommuner uppdelat på kön och ålder, år 2007

Stöd	Kvinnor	Män	Flickor	Pojkar	Totalt
Försäkringskassan					
Vårdbidrag ^a	...	...	15 700	27 200	42 900
Handikappersättning	33 100	27 700	180	300	61 300
Assistansersättning	5 900	6 100	1 300	1 900	15 200
Bilstöd ^b	470	610	310	410	1 800
Aktivitetsersättning	13 100	13 800	-	-	26 900
Sjukersättning ^c	317 200	207 600	-	-	524 800
Färdtjänst^d					
Riksfärdtjänst	3 800	3 100	380	400	7 700
Arbetsmarknadsstyrelsen					
Anställning med lönebidrag	23 000	35 000	-	-	58 000
Offentligt skyddat arbete (OSA)	1 400	3 600	-	-	4 900
Utvecklingsanställning	530	720	-	-	1 300
Trygghetsanställning	180	360	-	-	540
Anställda inom Samhall	9 000	10 400	-	-	19 400

Siffrorna i tabellen är avrundade

- Uppgift ej relevant ... Uppgift ej tillgänglig

a) Fram till 2002 redovisades endast mottagare av vårdbidrag, dvs. föräldrar. Från och med 2002 redovisas i stället antal barn som vårdbidraget avser.

b) Avser antal nybeviljade under året.

c) Åldersindelning för aktivitetsersättning är 19–29 år och för sjukersättning 30–64 år.

d) Åldersindelning är 0–19 resp. 20–64.

Källa: [8, 45- 48]

Tabell 9. Antal personer med stöd från andra aktörer än kommuner år 2003–2007 samt procentuell förändring

Stöd	2003	2005	2007	Förändring 2003–2007
Försäkringskassan				
Vårdbidrag	38 400	42 500	42 900	12 %
Handikappersättning	61 100	61 100	61 300	0,3 %
Assistansersättning	11 900	13 600	15 200	28 %
Bilstöd	2 400	2 600	1 800	-25 %
Aktivitetsersättning	21 300	23 400	26 900	26 %
Sjukersättning	501 800	540 500	524 800	5 %
Färdtjänst				
Riksfärdtjänst	9 500	9 500	7 700	-19 %
Arbetsmarknadsstyrelsen				
Anställning med lönebidrag	56 400	58 500	58 000	3 %
Offentligt skyddat arbete (OSA)	6 100	5 400	4 900	-19 %
Anställda inom Samhall	22 600	20 700	19 400	-14 %

Siffrorna i tabellen är avrundade

- Uppgift ej relevant

... Uppgift ej tillgänglig

a) Fram till 2002 redovisades endast mottagare av vårdbidrag, dvs. föräldrar. Från och med 2002 redovisas i stället antal barn som vårdbidraget avser.

b) Avser antal nybeviljade under året.

c) Åldersindelning för aktivitetsersättning är 19–29 år och för sjukersättning 30–64 år.

d) Ålderindelning är 0–19 respektive 20–64.

[Källa: [8, 45- 54]

Ekonomisk situation för vissa personer med funktionsnedsättning

Sammanfattning

- Personer med funktionsnedsättningar har arbete i lägre grad än den övriga befolkningen. I vissa grupper av personer med funktionsnedsättning har enbart hälften någon deklarerad lön under året. Lönenivån är dessutom betydligt lägre än den övriga befolkningens.
- En uppdelning i olika diagnosgrupper visar att personer med nedsatt hörsel, eller hjärt- kärl- och blodsjukdomar har en bättre situation än personer i de andra grupperna.
- På gruppnivå har personer med psykisk funktionsnedsättning i lägst grad arbete och också sämst ekonomisk situation.
- 35 procent av personerna mellan 20–64 år med ekonomiskt bistånd har angett att de har något funktionshinder.
- Trots att personer med funktionsnedsättning enbart har 65 procent av den lön som befolkningen i sin helhet tjänar, så är deras disponibla inkomst 90 procent av befolkningens.

Inledning

Låga inkomster eller höga kostnader kan vara ett hinder för ett aktivt deltagande i samhällslivet och för möjligheten att leva ett gott liv. Socialstyrelsen har i årets lägesrapport valt att särskilt belysa den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättning.

Genom en specialbearbetning av SCB:s undersökning Hushållens ekonomi (HEK) [55, 56] har vi studerat vilka ekonomiska resurser personer med olika typer av funktionsnedsättning har, jämfört med befolkningen i övrigt. Frågor som tas upp i avsnittet är: Har personer med eller utan funktionsnedsättning samma utbildningsnivå? Kompenseras de grupper som saknar arbetsförmåga av socialförsäkringen? Skiljer sig den disponibla inkomsten? Är det någon skillnad på ekonomisk situation beroende på funktionsnedsättning? Har personerna behövt ansöka om – och har de fått – ekonomiskt bistånd från socialtjänsten?

SCB:s undersökning av hushållens ekonomi

Hushållens ekonomi, HEK, syftar till att kartlägga den disponibla inkomstens fördelning bland olika hushåll och belysa inkomststrukturen i Sverige. Urvalsstorleken är runt 17 000 hushåll.

Datansamlingen sker genom en telefonintervju samt uppgifter från register, bland annat Försäkringskassans register om vårdbidrag och handikappersättning och Skatteverkets uppgifter kring arbetsinkomst. Vid intervjun ställer SCB frågor som bland annat handlar om personens boende, sysselsättning och yrke. Vid intervjutillfället ställs också frågor om personen får färdtjänst, hemtjänst, ekonomiskt stöd från närstående eller anhörig eller använder sig av barnomsorg. Sedan jämförs olika hushåll och deras utgifter för tandvård, läkemedel och sjukvård. Intervjuerna tar också upp frågor om hälsa, funktionsnedsättningar och upplevd nedsättning i arbetsförmåga eller hinder i vardagen, eller om personen behöver hjälp med vardagssysslor samt om personen varit långvarigt sjuk. Dessutom belyser HEK den ekonomiska situationen för personer med handikappersättning.

Socialstyrelsen har vänt sig till SCB och beställt specialbearbetningar av HEK för att belysa den ekonomiska situationen kring inkomster och utgifter. Vi har valt ut vissa grupper i HEK där den tillfrågade

- har angivit en viss funktionsnedsättning, till exempel rörelsehinder, hjärtkärl- och blodsjukdom, nedsatt syn eller hörsel, eller psykisk funktionsnedsättning. Gruppen benämns i rapporten ”uppgivit funktionsnedsättning”.
- har angivit ett självs kattat funktionshinder i form av nedsatt arbetsförmåga, hinder i vardagen, behov av hjälp med vardagssysslor eller att personen har varit långvarig sjuk. Gruppen benämns i rapporten ”upplever hinder”.

Grupperna överlappar varandra

I HEK frågar man först om personen har någon funktionsnedsättning eller sjukdom som medför svårigheter att utföra olika aktiviteter utan hjälp eller hjälpmedel. Det benämns *hinder i vardagen*. Om svaret är ja frågar man om vilken funktionsnedsättning personen har, om den medfört nedsatt arbetsförmåga eller om personen behöver hjälp med vardagssysslor.

De flesta som uppger att de har hinder i vardagen har nedsatt arbetsförmåga och rörelsehinder. Över hälften av personerna som uppger någon funktionsnedsättning har nedsatt arbetsförmåga, men det är stora variationer beroende på typ av funktionsnedsättning. Nästan alla personer som angivit psykisk funktionsnedsättning har nedsatt arbetsförmåga, liksom de flesta av dem som uppger nedsatt syn eller hörsel. De som behöver hjälp med vardagssysslor har oftast olika rörelsehinder, och nästan alla har nedsatt arbetsförmåga.

Det förekommer ofta att personer har flera funktionsnedsättningar. Bland personerna med hjärt-, kärl- och blodsjukdomar är det mycket vanligt med rörelsehinder. Av dem som anger att de har en synnedsättning uppger närmare 30 procent rörelsehinder jämfört med 20 procent bland dem som anger psykiskt funktionshinder och något färre bland personer med nedsatt hörsel. Ungefär 17 procent av dem som har uppger synnedsättning har också nedsatt hörsel.

Svårt att beskriva hur många som har någon funktionsnedsättning

Hur man avgränsar gruppen personer med funktionsnedsättning avgör vilken bild av deras levnadsförhållanden man får. Om definitionerna är breda visar statistiken mindre skillnader i levnadsförhållanden mellan personer med funktionshinder och andra, jämfört med studier som omfattar mindre grupper med svårare, eller flera, funktionsnedsättningar.

I statistik och i forskning saknas i dag tillfredsställande uppgifter om hur många personer som har olika typer av funktionsnedsättning och vilka kombinationer av funktionsnedsättningar de har. Forskare och statistikinsamlare måste därför använda olika sätt att gruppera personer. De kan exempelvis utgå från en viss diagnos (diagnosbaserad), eller ta reda på om personen mottar något handikapprelaterat stöd (administrativ). Man kan också be personen att själv rapportera (självskattad) funktionsnedsättning eller funktionsförmåga.

HEK är en stor urvalsundersökning, men det finns trots det svårigheter att få med tillräckligt många personer med vissa funktionsnedsättningar. De olika diagnosgrupperna som jämförs i studien är olika stora, vilket gör att frekvenserna skiljer sig mellan olika grupper. När antalsuppgifter varierar så mycket bör man tolka även andelsuppgifterna med försiktighet. Att grupperna också har olika sammansättning av ålder och kön är andra omständigheter som försvårar analysen.

Intervjuaren frågar intervjupersonerna om de har någon funktionsnedsättning och i så fall vilken. I undersökningar som bygger på självskattning är det svårt att veta om personer angivit sin funktionsnedsättning på samma sätt som andra i gruppen. Till exempel kan den som svarat att hon eller han

är inne i en depression indelas i gruppen psykisk funktionsnedsättning, likväl som den som har en psykosjukdom.

I HEK finns ett systematiskt bortfall bland personerna med de mest omfattande funktionsnedsättningarna. Till exempel omfattas inte de personer som bor i gruppbostad. Därför har vi valt bort gruppen personer med utvecklingsstörning, eftersom de som bor i bostad med särskild service inte ingick i studien och resultatet riskerar att bli missvisande.

Det är alltså inte samma grupper av personer med funktionsnedsättningar som vi beskriver i avsnittet om grundstatistik kring LSS. Det innebär att man kan få en ljusare bild av den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättning, eftersom de som har de mest omfattande stödbehoven inte är med i materialet. I rapporten har vissa grupper valts bort, bland annat diagnosgrupperna autism och ADHD, detta för att så få personer var med i undersökningen (se bilaga).

HEK-undersökningen är en befolkningsbaserad urvalsundersökning som lyfter fram ekonomiska aspekter utifrån många olika variabler. Trots att HEK inte fångar alla aspekter eller alla typer av funktionsnedsättningar har vi valt att använda materialet för att få en inblick i hur den ekonomiska situationen ser ut för de personer som omfattas av undersökningen, jämfört med befolkningen i stort. Är man medveten om undersökningens begränsningar så kan man utifrån dessa givna förutsättningar utläsa intressanta tendenser. Denna studie kompletterar den studie som Socialdepartementet genomförde 2008 [57], där man också utgick ifrån HEK och därefter la till variabler om

insatser utifrån lagar som LSS, SoL och LASS. Resultatet visade att personer med insatser hade lägst ekonomisk standard.

Gruppernas storlek och åldersfördelning

Av hela befolkningen (i alla åldrar) har 22 procent angivit att de upplever hinder på grund av sin funktionsnedsättning. De flesta som har angivit en funktionsnedsättning är 65 år eller äldre. Hjärt-, kärl- och blodsjukdom, syn- och hörselnedsättning är vanligast bland personer som är 65 år och äldre. I gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning är dock 60 procent mellan 30 och 54 år. De unga, 20–29 år, som upplever hinder i vardagen eller har en nedsatt arbetsförmåga, utgör en liten grupp (6 procent).

I nedanstående redovisning analyseras inkomstförhållanden utifrån personernas situation på arbetsmarknaden. Därför omfattar redovisningen huvudsakligen personer i yrkesverksam ålder.

Hur personer bor kan bero på många olika saker. En faktor kan vara om funktionsnedsättningen i sig påverkar i vilken utsträckning man till exempel bildar familj. En viktig faktor för en persons ekonomiska levnadsstandard är just vilken hushållstyp man tillhör, eftersom hushållets inkomst ökar och utgifterna per person minskar när de kan delas på två. Därför anges hushållstyp i vissa sammanhang.

Utbildning

Utbildning är en viktig förutsättning för arbete och löneinkomst. När man studerar befolkningen i stort så uppger ungefär hälften att de har gymnasieutbildning som sin högsta utbildning. Av sammanställningen i tabell 10 framgår att personer med funktionsnedsättning är överrepresenterade bland gruppen som endast har grundskoleutbildning – och då det gäller eftergymnasial utbildning är de underrepresenterade.

I de grupper av personer med olika diagnoser som presenteras här är det fler som endast har grundskoleutbildning än som har eftergymnasialutbildning, utom personer med hörselskada. Personer med hörselskada har eftergymnasial utbildning i lite större utsträckning, men det är inte en lika stor andel som i befolkningen totalt. Detta kan dock bero på ålderskillnader mellan grupperna.

Tabell 10. Högsta utbildning inom grupperna

Utbildning 20–74 år	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial
<i>Alla i befolkningen</i>	19 %	47 %	34 %
Rörelsehinder	33 %	49 %	18 %
Hjärt-, kärl- och blodsjukdom	38 %	42 %	20 %
Syn	33 %	41 %	26 %
Hörsel	27 %	45 %	28 %
Psykisk funktionsnedsättning	33 %	47 %	20 %

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006

Inkomster

Det finns många olika inkomstmått att välja bland när man vill beskriva ett hushålls ekonomiska situation. Genom att analysera inkomstens beståndsdelar får man värdefull information om personens anknytning till arbetsmarknaden, och i vilken utsträckning som samhällets stödsystem kompenserar för merkostnader kopplat till funktionsnedsättning. Här nedan redovisas inkomster från lön, socialförsäkring samt vissa bidrag och handikapprelaterade ersättningar. En viktig fråga är om den enskilde behöver tillägg i form av ekonomiskt bistånd. De uppgifter som redovisas bygger på uppgifter från olika register.

Måttet *andel med lön* indikerar att den enskilde finns på arbetsmarknaden och har ett lönearbete. Lönens storlek kan ge en fingervisning om arbetets omfattning. Har personen exempelvis 20 000 kr i löneinkomst under ett år arbetar han eller hon inte heltid. I *arbetsinkomst* ingår, förutom lön, även föräldrapenning och sjukpenning. En hög arbetsinkomst behöver därför inte innebära att individen arbetar. *Disponibel inkomst* är personens totala inkomst (lön och bidrag), efter skatt. För att kunna jämföra hushåll av olika storlek används måttet inkomst per konsumtionsenhet, ett mått som uttrycker inkomsten per person, med hänsyn tagen till att personer i olika åldrar har olika levnadskostnader. *Ekonomiskt bistånd*, som tidigare kallades socialbidrag, är det yttersta skydds nätet. För att få ekonomiskt bistånd krävs att de egna resurserna är uttömda. Det kan innebära att den enskilde först måste sälja eventuella tillgångar, till exempel bil, hus och sommarstuga.

Lön

Personer med funktionsnedsättning har i betydligt lägre utsträckning löneinkomst än befolkningen i stort. Endast drygt hälften av dem med funktionsnedsättning har lön under året.

De personer med funktionsnedsättning som har lön, har en lägre löneinkomst jämfört med andra inkomsttagare. Förekomsten av lön, och lönenivån, skiljer sig åt mellan personer med olika typer av funktionsnedsättning. I gruppen med nedsatt hörsel återfinns den största andelen personer med lön och även högst löneinkomst. Den grupp som har lägst andel personer med lön är personer med psykisk funktionsnedsättning. I denna grupp har 1 av 3 inkomst av lön. Även lönens storlek är lägst för personer i denna grupp.

Disponibel inkomst

Om vi lägger till bidrag och drar bort skatt, så jämnas skillnaderna mellan personer med funktionshinder och den övriga befolkningen ut avsevärt. Skillnaden blir ännu mindre när man tar hänsyn till antalet personer med olika levnadskostnader (antal konsumtionsenheter) som ska försörjas av hushållets totala inkomst (kolumnen *hushållet* i tabell 11). Trots att personer med funktionsnedsättning enbart har 65 procent av den lön som befolkningen i sin helhet tjänar, så är deras disponibla inkomst räknat per konsumtionsenhet 90 procent av befolkningens när man tar hänsyn till den disponibla inkomsten hos övriga personer i deras hushåll. Även här skiljer sig olika diagnosgrupper åt. Personer med hörselnedsättning har högst disponibel

inkomst och personer med psykisk funktionsnedsättning har lägst. Personer med hjärt-, kärl- och blodsjukdom har högsta värdet på disponibel inkomst per konsumtionsenhet.

Tabell 11. Jämförelse av genomsnittliga inkomster för personer med inkomster (samtliga i befolkningen har index 100)

	Lön	Disponibel inkomst	
		Individuell	Hushållet (per konsumtionsenhet)
Personer med funktionsnedsättning	65	84	90
<i>Alla i befolkningen</i>	100	100	100

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006

Yngre personer, 20–29 år, med funktionsnedsättning har lägre disponibel inkomst än andra ungdomar. Inkomstskillnaderna blir betydligt mindre när man räknar in de övriga hushållsmedlemmarnas disponibla inkomst per konsumtionsenhet. Underlaget är för litet för att man ska kunna dela upp åldersgrupperna i diagnosgrupper.

Tabell 12. Jämförelse av disponibla inkomster (i tusentals kronor) för personer i olika åldersgrupper, individuell respektive per konsumtionsenhet i hushållet

	Disponibel inkomst			
	Individuell		Hushållet (per konsumtionsenhet)	
	20–29 år	30–54 år	20–29 år	30–54 år
<i>Alla i befolkning</i>	130	207	162	196
Hinder i vardagen	116	164	159	166
Har nedsatt arbetsförmåga	111	156	146	159
Behöver hjälp med vardagssysslor	118	157	163	164

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK undersökning 2005 och 2006

Ersättningar från transfereringssystemet

Sjuk- eller aktivitetsersättning

Sjuk- och aktivitetsersättning, SA, baseras till stor del på tidigare inkomst. Därför får de grupper där funktionsnedsättningen uppkommer sent i livet oftare och högre ersättning än de som är unga och inte etablerat sig på arbetsmarknaden. Den sistnämnda gruppen får enbart en garantinivå. Bland de olika typer av funktionsnedsättningar som finns med i denna rapport är det personer som angivit psykisk funktionsnedsättning som i störst omfattning får SA. De har den näst lägsta ersättningen. Personer med hjärt-, kärl- eller blodsjukdom har den högsta ersättningen.

Sjukpenning

Det är betydligt vanligare att personer med funktionsnedsättning har sjukpenning jämfört med övriga befolkningen, vilket framgår av tabell 14.

En större andel personer med rörelsehinder och personer med psykisk funktionsnedsättning har sjukpenning. Färre personer i grupperna med synskada och hörselskada har sjukpenning.

Arbetslöshetsersättning

Arbetslöshetsersättning förekommer mer sällan hos personer med funktionsnedsättning än befolkningen i övrigt – med undantag för personer med hörselskada. De har dock oftare arbetslöshetsersättning än befolkningen i stort. Gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning har minst andel med arbetslöshetsersättning. Att personer med övriga funktionsnedsättningar mindre ofta har arbetslöshetsersättning behöver inte betyda att de har arbete. För att få arbetslöshetsersättning måste man ha varit ansluten till en arbetslöshetskassa i minst 12 månader, arbetat i minst 6 månader samt uppfylla vissa generella villkor. Det betyder att den som aldrig har kommit in på arbetsmarknaden inte heller kan få arbetslöshetsersättning.

Ekonomiskt bistånd

Tabell 14 visar att 5 procent av befolkningen har uppgett att de erhåller ekonomiskt bistånd. Motsvarande siffra för personer som uppgett rörelsehinder är drygt 9 procent, medan bland dem som uppgett psykisk funktionsnedsättning får hela 23 procent ekonomiskt bistånd.

Det finns många orsaker till varför en person är berättigad till ekonomiskt bistånd från socialtjänsten. Av denna specialbearbetning framgår att av de personer i åldern 20–64 år som får ekonomiskt bistånd har en tredjedel av uppgett att de har hinder av olika slag. En femtedel anger att de har en funktionsnedsättning. Om man jämför olika diagnosgrupper är personer med rörelsehinder antalsmässigt den största gruppen bland biståndstagare. Personer med hörselskada har i lägst utsträckning ekonomiskt bistånd, vilket kan bero på att de ofta har handikappersättning. Ungefär 2 procent av dem som fick ekonomiskt bistånd har handikappersättning.

Tabell 13. Andelen av samtliga personer 20–64 år med ekonomiskt bistånd som har uppgett olika typer av funktionsnedsättning

	Andel av biståndstagarna
Rörelsehinder	14 %
Hjärt-, kärl- och blodsjukdom	2,5 %
Syn	0,9 %
Hörsel	0,4 %
Psykisk funktionsnedsättning	4,9 %
Hinder i vardagen	21 %
Har nedsatt arbetsförmåga	25 %
Behöver hjälp med vardagssysslor	6,2 %

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006

Ekonomiskt stöd från närstående, anhörig eller släkting

En del hushåll får även vända sig till närstående, anhöriga eller någon släkting när de behöver ekonomiskt stöd. Det är vanligast att personer med psy-

kisk funktionsnedsättning tar emot ekonomiskt stöd på detta vis (bland de grupper vi har jämfört). Siffran för övriga grupper ligger nära siffran för befolkningens genomsnitt.

Lön, bidrag och ersättningar – en översikt

Sammanställningen nedan visar att personer som har någon funktionsnedsättning har en lägre arbetsmarknadsanknytning än befolkningen i stort. Det är vanligare att personer med funktionsnedsättning har ekonomiskt bistånd än befolkningen i stort. Inom gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning är det drygt fem gånger så vanligt. Denna grupp har också nästan dubbelt så ofta ekonomiskt stöd från närstående eller anhörig.

Tabell 14. Sammanfattningstabell, andel personer 20–64 år med inkomster inom respektive grupp

	Andel med					
	Lön	Sjuk- eller aktivitets-ersättning	Sjukpenning	Arbetslöshets-ersättning	Ekonomiskt bistånd	Ekonomiskt stöd från närstående/anhöriga
<i>Alla i befolkningen</i>	84 %	10 %	13 %	13 %	5,0 %	9,8 %
Rörelsehinder	54 %	53 %	31 %	11 %	9,1 %	8,2 %
Hjärt-, kärl- och blodsjukdom	51 %	46 %	24 %	12 %	9,2 %	7,2 %
Syn	62 %	41 %	15 %	14 %	9,5 %	7,6 %
Hörsel	76 %	29 %	19 %	19 %	2,7 %	8,2 %
Psykisk funktionsnedsättning	34 %	56 %	28 %	6,4 %	23 %	16 %

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK undersökning 2005 och 2006

Boendesituation

Personer med funktionsnedsättning bor i högre utsträckning än andra i hyresrätt, och i lägre utsträckning i småhus. De har som grupp i genomsnitt mindre boendeyta och något lägre boendekostnader, både totalt och per kvadratmeter. Generellt bor personer med funktionsnedsättning och de som upplever hinder, mindre ofta än andra i småhus.

Personer med psykisk funktionsnedsättning och de som behöver hjälp i vardagen bor i betydligt högre utsträckning i hyresrätt än andra. De har också något högre boendekostnad per kvadratmeter än andra grupper.

Personer med synnedsättning och personer med hörselnedsättning bor i högre utsträckning i bostadsrätt än den övriga befolkningen.

Dessa skillnader kan också bero på skillnader i ålder och familjetyp mellan de olika grupperna. Vi vet att unga personer och ensamstående bland den övriga befolkningen också bor i hyresrätt i högre utsträckning än andra.

Tabell 15. Boendeform och boendekostnader inom grupperna

	Hyresrätt	Bostadsrätt	Eget småhus	Boendeyta, kvm	Kostnad/kvm
Alla i befolkning	37 %	17 %	43 %	105	642
Rörelsehinder	45 %	16 %	35 %	96	625
Hjärt-, kärl- och blodsjukdom	45 %	16 %	35 %	94	612
Syn	49 %	23 %	25 %	87	634
Hörsel	40 %	19 %	38 %	96	587
Psykisk funktionsnedsättning	60 %	15 %	23 %	87	672

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006

Handikappersättning

Handikappersättning betalas ut av Försäkringskassan, och är en ersättning som ska kompensera vissa merkostnader för funktionsnedsättning och hjälpbehov. Den som är helt blind eller saknar ledsyn är alltid berättigad till 69 procent av prisbasbeloppet. Om personen har hel SA är ersättningen 36 procent, om inte stödbehovet motiverar en högre ersättning. Den som är döv eller gravt hörselskadad är alltid berättigad till 36 procent av prisbasbeloppet om inte stödbehovet motiverar högre ersättning.

Drygt 1 procent av befolkningen i åldrarna 20–64 år har handikappersättning, männen utgör en något större andel än kvinnorna bland mottagarna.

Av dem som är beviljade handikappersättning har 3 av 5 personer någon gång haft arbete och löneinkomst. Hälften har sjuk- eller aktivitetsersättning. En relativt låg andel har arbetslöshetsersättning. Det beror troligen på att många har sjuk- eller aktivitetsersättning. Ungefär 7 procent av dem som har handikappersättning har också ekonomiskt bistånd och drygt 7 procent har någon gång fått ekonomiskt stöd från närstående.

Boendesituationen (boendeform och boendeyta) för de som uppbär handikappersättning liknar den övriga befolkningens, men de har en något högre boendekostnad.

Ungefär 18 procent av personer som har angivit nedsatt syn och drygt 10 procent med hörselnedsättning har fått handikappersättning. Mindre än 6 procent av personerna som uppgivit psykisk funktionsnedsättning, hjärt-, kärl-, och blodsjukdom eller rörelsehinder har fått handikappersättning.

Könsskillnader

Könsfördelningen är något mera ojämn bland personer med funktionsnedsättning än för den övriga befolkningen. Av personer med funktionsnedsättning är kvinnor en större grupp (55 procent) än män. Rörelsehinder är den vanligaste funktionsnedsättningen bland både kvinnor och män. Sedan kommer hjärt-, kärl- och blodsjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Rörelsehinder är dock något vanligare för kvinnor medan hjärt-, kärl- och blodsjukdom är vanligare för män.

Generellt sett har män i högre grad än kvinnor högst förgymnasial utbildning, och kvinnor har oftare eftergymnasial utbildning. Detta gäller i högre grad för personer med funktionsnedsättning än för befolkningen i stort.

I likhet med den övriga befolkningen är andelen män som har lön något högre än andelen kvinnor. Kvinnor har dessutom lägre lön men könsskillnaden är något större bland personer med funktionsnedsättning.

Ekonomiskt bistånd är något vanligare för kvinnor än för män, både i befolkningen och i gruppen med funktionsnedsättning. Skillnaden är dock större för personer med funktionsnedsättning. Biståndsnivån är däremot lägre för kvinnor med funktionsnedsättning än män i samma grupp.

Tabell 16. Andel kvinnor och män med löneinkomst

Andel med lön	Kvinnor	Män
Alla i befolkningen	83 %	85 %
Personer med funktionsnedsättning	53 %	58 %
- rörelsehinder	51 %	59 %
- hjärt-, kärl- och blodsjukdom	48 %	52 %
- syn	54 %	69 %
- hörsel	78 %	73 %
- psykisk funktionsnedsättning	38 %	30 %

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK undersökning 2005 och 2006

Diskussion kring resultaten

Ekonomiska stödsystemen når inte vissa grupper

Sjukförsäkringssystem ska kompensera för inkomstbortfall och bygger till stor del på att den försäkrade är eller har varit etablerad på arbetsmarknaden och har fått en sjukpenninggrundande inkomst. Systemet ger sämre skydd för personer som inte tagit sig in på arbetsmarknaden. Det fungerar med andra ord bättre för de som drabbas av sjukdom och funktionsnedsättning senare i livet.

När det gäller handikappersättningen, bygger den på synsättet att vissa funktionsnedsättningar i sig (syn- och hörselskada) medför ett hinder och innebär att personer har ett visst hjälpbehov och kostnader kopplat till detta. Andra diagnosgrupper har svårt att få handikappersättning.

Personer med funktionsnedsättning är överrepresenterade som mottagare av ekonomiskt bistånd

Personer med funktionsnedsättning ser ut att få ekonomiskt bistånd betydligt oftare än andra. Av dem som angett att de fick ekonomiskt bistånd uppger närmare 4 av 10 att de upplevde hinder på grund av funktionsnedsättning. Personer med psykisk funktionsnedsättning utgör som grupp den klart största andelen av dem som får ekonomiskt bistånd. För dem är det drygt 5 gånger så vanligt som för befolkningen i stort.

Av materialet framgår inte om personer fått ekonomiskt bistånd vid ett enstaka tillfälle eller under en längre period. Det går inte heller att utläsa om personer som på detta sätt drabbats av fattigdom har en medfödd eller tidigt

förvärvat funktionsnedsättning, eller om funktionsnedsättningen förvärvats senare i livet.

Personer med funktionsnedsättning har ett lägre deltagande på arbetsmarknaden. Generellt är det också svårare för dem att få ett arbete, än för befolkningen i övrigt. Det kan alltså vara extra svårt för den enskilde att bli självförsörjande, och det kräver ofta särskilda insatser från samhället.

Personer med funktionsnedsättning har många gånger en hög konsumtion av sjukvård, läkemedel, färdtjänstresor och avgifter i samband med sociala tjänster. Trots att dessa utgifter ibland lindras av ett högkostnadsskydd blir det ofta sammantaget stora kostnader. Detta gör att personer med funktionsnedsättning har högre utgifter än befolkningen i stort. Dessutom behöver vissa personer specialkost, andra kan bara använda sig av tillgängliga bostäder och transporter, vilket också ger högre kostnader. Trots att de får kompensation som till exempel handikappersättning, så hamnar de på en lägre levnadsnivå.

Andra uppmärksammade områden

Sammanfattning

- Under år 2008 har Socialstyrelsen och länsstyrelserna uppmärksammat förekomst av tvång och begränsningsåtgärder, i synnerhet i LSS-verksamheter.
- Socialstyrelsen har kartlagt insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. Kartläggningen visar att de flesta av Sveriges kommuner nu har genomfört inventeringar och har bättre kunskap om målgruppens behov.

Tvång och begränsningsåtgärder

Under år 2008 har vissa länsstyrelser i sin tillsyn uppmärksammat förekomst av tvång och begränsningsåtgärder, i synnerhet i verksamhet enligt LSS. Även media har fokuserat på problemet.

I februari vände sig Socialstyrelsen till landets länsstyrelser för att få en uppfattning om hur omfattande problemet var. Det visade sig att länsstyrelserna under år 2006 och år 2007 fått kännedom om följande frihetskränkning eller tvång inom LSS verksamhet:

Fem länsstyrelser har svarat att de har fått kännedom om en eller flera *nedläggningar*. En nedläggning innebär att personal med tvång håller ner den enskilde på golvet och håller fast.

Nio länsstyrelser har svarat att de känner till att det förekommit en eller flera *inlåsningar*. Hit räknas inlåsningar respektive förekomst av haspar på dörrar och liknande.

Vidare har åtta länsstyrelser svarat att de fått kännedom om verksamheter där det förekommit *annan tvångsåtgärd* eller frihetsinskränkning än nedläggning och inlåsning.

Även inom demenssjukvården har förekomsten och ibland nödvändigheten av att utöva visst tvång och tillgripa vissa begränsningsåtgärder diskuterats. Frågan har bland annat behandlats i en utredning om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga. I betänkandet Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården föreslår utredaren en ny lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom detta område [59].

Även våra grannländer har behandlat frågan. Norge instiftade en lag år 1999 beträffande tvång och makt i omsorgsarbetet. Denna lag reviderades 2004 och utvärderades 2008 [60].

I utvärderingen konstaterade man att de positiva effekterna av lagen överväger de negativa konsekvenserna. Man anser att bruket av tvång och makt minskat till följd av lagen. I stället har det blivit större fokus på förebyggan-

de insatser, på att motverka användningen av tvång och makt och på att finna alternativa arbetsmetoder. Personalen reflekterar mer över innebörden i makt och tvångsåtgärder och tänker mer på vad de gör, varför man som personal gör som man gör och vilka konsekvenser handlandet får. Utvärderingen visar framförallt att rättssäkerheten för den enskilde har blivit större.

Kunskap är en nödvändig grund för att motverka att tvång och begränsningsåtgärder används i de sociala insatserna för personer med funktionsnedsättning.

Personer med utagerande beteende och kognitiva funktionsnedsättningar i kombination med autismliknande tillstånd ställer särskilda krav på verksamheten. Det saknas vedertagna former för hur omsorg, vård- och stödinsatser bör utformas när personer med utvecklingsstörning drabbas av psykisk ohälsa. Det kan till exempel gälla personer med utvecklingsstörning som drabbats av depression, ångeststörning eller psykostillstånd, men också beteendestörningar som utagerande eller självskadande beteende.

För att få en överblick över kunskapsläget när det gäller vilka vård- och stödinsatser som är effektiva för denna målgrupp har Socialstyrelsen gjort en systematisk genomgång av kunskapsläget [61]. Avsaknaden av forskningsbaserad kunskap på området är uppenbar och det finns ett stort behov av en kunskapsutveckling. Det saknas också en samlad nationell kunskap om vilka arbetssätt och metoder som används i befintliga verksamheter runt om i landet. Det kan till exempel vara tydliggörande pedagogik, eller andra metoder och förhållningssätt som visat sig effektiva för att stödja den enskilde.

En inventering av vilka metoder och arbetssätt som används skulle kunna bidra till en kunskap om vad som är ”best practise” eller evidensbaserad praktik.

LSS-kommittén har i sitt slutbetänkande Möjlighet att leva som andra [62] också tagit upp frågan om behov av skyddsåtgärder. Kommittén föreslår att regeringen skyndsamt bör utreda en reglering av skyddsåtgärder i verksamheter med stöd, service, omsorg och omvårdnad för personer med funktionsnedsättning.

Kunskapen om förekomsten av tvång och begränsningsåtgärder är ytterst begränsad. Många gånger ställs personalen närmast den enskilde inför svåra etiska dilemman. Till exempel kan personalen hamna i en situation där de får välja mellan att ingripa mot den enskildes vilja (med tvång) för att stoppa ett självskadande beteende eller att inte ingripa. Att skydda personen mot självskadande beteende är kanske det etiskt riktiga, men det är inte tillåtet enligt lagen.

Psykiatrireformens förankring i kommunerna

Psykiatrireformen gav kommunerna ett tydligare ansvar för att skaffa sig kunskap om personer med psykisk funktionsnedsättning och deras behov [63]. Kommunerna ska planera och samordna de insatser som målgruppen behöver.

Socialstyrelsen gjorde en uppföljning av reformen 1999 [64] som visade att reformen var på god väg men att den inte ”riktigt hade satt sig”.

Fyra år senare konstaterade Socialstyrelsen och länsstyrelserna i sin gemensamma tillsyn att reformen fortfarande var dåligt förankrad i kommunernas ledning. Sedan den gemensamma tillsynen gjordes har det skett en tydlig förbättring av kommunernas ansvarstagande för målgruppen.

År 2005–2006 genomförde till exempel hälften av alla kommuner någon form av behovsinventering, ofta tillsammans med landstinget. Inventeringarna var inriktade på en rad olika gruppers behov och omfattade flera behovsområden, som boende, sysselsättning och behov av hälso- och sjukvård. I mars 2008 skickade Socialstyrelsen ut en enkät till samtliga kommuner med frågor om deras verksamhet.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det, de senaste åren, har skett en stark utveckling av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. I dag har en stor majoritet av kommunerna genomfört inventeringar av målgruppens behov och de flesta har tagit fram någon form av styrdokument. Det finns ett utbud av boende och sysselsättning, även om det är svårt att bedöma i vilken mån det motsvarar det faktiska behovet hos målgruppen.

Samtidigt står det klart att skillnaderna mellan kommunerna är stora. I ett antal kommuner finns till exempel inga särskilda boenden för målgruppen. Siffrorna visar också att mindre kommuner inte gör inventeringar i samma utsträckning som de medelstora och stora kommunerna, och att de inte heller har styrdokument eller ett lika varierat utbud av insatser.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att stödja utvecklingen av verksamheter för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Och kan, utifrån kommunernas svar kan Socialstyrelsen konstatera att mindre kommuner särskilt behöver prioriteras i det fortsatta arbetet. Socialstyrelsen håller också för närvarande på att utarbeta riktlinjer för psykosociala insatser.

Personliga ombud

De personliga ombuden arbetar med och för personer med psykisk funktionsnedsättning. Ombuden arbetar på klienternas uppdrag och fungerar som en lots i välfärdssystemet. De verkar för att den enskilde ska få sina rättigheter tillgodosedda och deras olika insatser samordnas på ett bra sätt.

Omkring 85 procent av landets kommuner har verksamheter med personliga ombud. Det finns totalt cirka 310 ombud. De flesta har mentalskötutbildning med olika påbyggnadsutbildningar och drygt hälften av dem har arbetat med målgruppen i minst 10 år.

Cirka 6 000 klienter var aktuella under år 2007, och av dem var något fler kvinnor än män. Drygt hälften av klienterna var mellan 36 och 55 år, 4 av 5 var ensamstående och 1 av 3 hade barn under 18 år. De flesta, runt 80 procent bodde i egen lägenhet eller hus. Drygt 300 av klienterna var hemlösa år 2007, men för två tredjedelar av dem löstes bostadssituationen under året med ombudets hjälp.

En jämförelse mellan åren 2004 och 2007 visar att den slutna psykiatriska vården minskade för klienterna, medan SoL- och LSS-insatser och vård i öppna vårdformer ökade – helt enligt psykiatrireformens intentioner.

Diskussion

Socialstyrelsen följer årligen utvecklingen av beviljade insatser inom socialtjänsten för personer med funktionsnedsättning. Att analysera statistiken i relation till de handikappolitiska målen är inte helt enkelt, eftersom det inte går att säga generellt om det är ett bra eller dåligt tecken att vissa insatser ökar eller minskar.

Målen med handikappolitiken är att personer med funktionsnedsättning ska kunna leva som andra och vara delaktiga i samhället, och antalet beviljade insatser är ett osäkert mått på detta. En stor ökning av antal beslut om daglig verksamhet kan tyda på att personer med stora funktionsnedsättningar får en möjlighet till meningsfull sysselsättning utanför bostaden, i likhet med andra i yrkesverksam ålder, och därmed en ökad delaktighet. Å andra sidan kan det också vara ett tecken på att personer med funktionsnedsättning utestängs från arbetsmarknaden i högre grad, dvs. ett tecken på en begränsad delaktighet.

Statistiken omfattar inte alla personer med funktionsnedsättning

I Sverige finns en rad undersökningar som syftar till att beskriva situationen för befolkningen ur olika perspektiv. Förutom att ge generella beskrivningar av befolkningens levnadsförhållanden, används denna typ av undersökningar också ofta för att beskriva situationen för särskilda befolkningsgrupper. Men denna typ av undersökningar brukar tyvärr ha en rad problem när det gäller hur användbar undersökningen är för att beskriva levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning. Det har bland annat blivit tydligt i arbetet med denna rapport, men det har också uppmärksammats av andra, såväl nationellt som internationellt [65-67].

Ett problem är vilka som deltar i undersökningen. Ibland utformas kriterier på sådant sätt att de bidrar till en systematisk uteslutning av vissa kategorier av personer med funktionsnedsättning. Ett exempel på det är SCB:s undersökning, Hushållens ekonomi (HEK), som inte omfattar personer som bor i särskilt boende. Det betyder att personer med funktionsnedsättning som bor i gruppboenden och liknande inte deltar i undersökningen, och därför ger de generella undersökningarna inte heller tillgång till information om dessa gruppers ekonomiska situation.

Ett annat betydande problem har att göra med det sätt på vilket information hämtas in från undersökningsdeltagarna. Många funktionsnedsättningar innebär begränsningar i de förmågor som kan vara avgörande för att kunna delta i en undersökning. Det kan exempelvis gälla syn (postenkäter fungerar sämre), nedsatt tal eller nedsatt hörsel (besöks- eller telefonintervjuer fungerar sämre) eller nedsättningar i förmågan att minnas eller att bearbeta information. Om undersökningen bara använder en datainsamlingsteknik, utan att man väger in relevanta tillgänglighetsaspekter, är risken stor att under-

sökningen kommer att exkludera specifika kategorier av personer med en viss funktionsnedsättning.

Ett tredje problem med generella undersökningar är att det oftast är relativt kostsamt att samla in information från undersökningsdeltagarna. Det innebär att antalet deltagare, det vill säga urvalsstorleken, kan behöva hållas till ett minimum. Generellt sett utgör personer med funktionsnedsättning en minoritet i befolkningen. Det innebär att om urvalsstorleken är liten, kommer antalet personer med funktionsnedsättning att vara ännu mindre. I många fall blir då urvalen så små att det inte går att producera någon tillförlitlig statistik om personer med funktionsnedsättning.

Behovet av statistik om situationen för personer med funktionsnedsättning är emellertid stort. Inte minst för att kunna följa hur väl olika insatser och åtgärder faller ut och för att skapa underlag till nya reformer inom området.

Vikten av metodutveckling av levnadsnivåstudier

Som en konsekvens av ovan nämnda problem har Socialstyrelsen fått i uppdrag av regeringen att ta fram en modell för hur ett system kan konstrueras för att löpande kunna beskriva levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning. En viktig del av detta arbete är att hitta lösningar som kompenserar för de problem som diskuterats ovan.

En ytterligare utmaning är att finna en metod som belyser de skillnader som finns *mellan* olika kategorier av personer med funktionsnedsättning. Alltför ofta beskrivs personer med funktionsnedsättning som en grupp. Det döljer de stora olikheter som finns inom detta stora fält. När man beskriver livssituationen för ”personer med funktionsnedsättning” riskerar man med andra ord att dölja viktiga skillnader, till exempel kan grupper som lever under mycket svåra levnadsförhållanden döljas av det faktum att levnadsförhållandena är betydligt bättre för andra grupper. På motsvarande sätt kan den generella bilden visa på alltför dystra förhållanden, trots att vissa grupper kan leva under relativt goda villkor.

Att utveckla möjligheterna för att följa levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning handlar således inte bara om att öka möjligheterna till sådana studier. Det gäller också att skapa förutsättningar för att ge en rättvis bild av deras varierande villkor. Det är en viktig utgångspunkt i det uppdrag som Socialstyrelsen nu arbetar med.

En annan viktig utgångspunkt är att inte låta behovet av särskilda tekniker för urval och insamling innebära att också systemen och undersökningarna blir särskilda. Det är viktigt att samma myndigheter och samma system som ansvarar och följer levnadssituationen för befolkningen i allmänhet också, så långt det är möjligt, ansvarar för att följa situationen för personer med funktionsnedsättning. Myndigheten för handikappolitisk utveckling (Handisam) har publicerat rapporten ”Utveckling av Handisams indicatorsystem”. [68]. I rapporten påpekar Handisam att integrering av studier som gäller personer med funktionsnedsättning i ”generella undersökningar är ett viktigt led i regeringens strävan att verksamhetsintegrera handikappolitiken och ett kostnadseffektivt och hållbart sätt att följa utvecklingen inom befintliga strukturer och inte skapa dyra särsystem [68].” Socialstyrelsen utgår från ett

sådant synsätt i sitt arbete med en modell för hur levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning ska kunna följas löpande.

Upphandling och kvalitet

Ambitionen att öka den enskildes valfrihet har bidragit till att socialtjänstens verksamheter under senare år på många håll har blivit föremål för upphandling. Till skillnad från verksamhet enligt SoL krävs för verksamhet enligt LSS tillstånd även när enskild på uppdrag av kommunen driver en kommunal verksamhet [69]. Den utökade konkurrensutsättningen märks både i det ökade antalet beviljade tillstånd för enskild verksamhet [70] och i att kommunernas kostnader för köp av insatser i enskild regi har ökat. Möjligheten att välja utförare ses av många som en positiv utveckling men vissa farhågor finns hos anhöriga till personer med funktionsnedsättning [71]. Framförallt finns en oro när befintlig verksamhet blir föremål för anbudsfordfarande. Man ser bland annat en risk för en bristande kontinuitet i den insats den enskilde har och är nöjd med.

Behovet av stöd och service till personer med funktionsnedsättning är inte sällan livslångt. Många personer i LSS personkrets har även en begränsad autonomi och är beroende av ett individuellt utformat stöd. Mot denna bakgrund ställer LSS krav på *kontinuitet* och ger den enskilde rätt till *inflytande och självbestämmande* [72] över de insatser som ges. Vad detta innebär i en upphandlingssituation och vilka krav det ställer på upphandlingen måste särskilt beaktas då en befintlig verksamhet läggs ut för anbud. Hur den enskilde påverkas och hur hans eller hennes rätt till inflytande säkras är frågor som måste besvaras så att den enskilde tillförsäkras goda levnadsvillkor. En annan faktor att beakta i arbete med upphandling av insatser enligt LSS är att verksamheterna ofta är små varför särskild hänsyn till den personliga integriteten måste tas då upphandlingsunderlagen formuleras. En väl genomförd upphandling är en viktig del i arbetet för att säkra en god kvalitet i insatserna. Därför är det angeläget att även upphandlingsförfarandet omfattas av kommunens kvalitetsarbete.

Till följd av att kommuner lägger ut befintlig LSS-verksamhet för upphandling har det blivit tydligt att kommunerna ibland drivit verksamhet som inte uppfyller kraven för ett tillstånd. En positiv sidoeffekt är därför att upphandlingarna bidragit till att länsstyrelser och kommuner fått tillfälle att konkret diskutera vilka krav som kan ställas på exempelvis föreståndarens kompetens, lokalernas utformning och verksamhetens innehåll. Detta bidrar till att enskild och kommunal verksamhet följer samma grundläggande kvalitetskrav som givetvis gäller för båda.

Referenser

1. Regeringens proposition 1999/2000:79. Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken. Stockholm, Fritzes, 2000.
2. <http://app.socialstyrelsen.se/termbank>
3. Socialstyrelsen. Personer med funktionsnedsättning - insatser enligt LSS år 2007. Sveriges Officiella statistik, 2008.
4. Socialstyrelsen. Lägesrapport om Handikappomsorg 2006. Stockholm, Socialstyrelsen, 2007.
5. Socialstyrelsen. Personer med funktionsnedsättning år 2007. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Sveriges Officiella statistik, 2007.
6. Skolverket. Skolverkets officiella statistik. November 2008. Tillgänglig: www.skolverket.se
7. Specialpedagogiska skolmyndigheten. Årsredovisning 2007 för Specialskolemyndigheten, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Örebro, 2008.
8. Statens institut för kommunikationsanalys. Färdtjänst och riksfärdtjänst 2007. Stockholm, SIKÅ, 2008.
9. Boverket. Bostadsanpassningsbidragen 2007. Karlskrona, Boverket, 2008.
10. Socialstyrelsen. Personliga ombud – lägesrapport för 2007. Skrivelse till regeringen, 2008.
11. Boverket. Årsredovisning 2007. Karlskrona, Boverket, 2008.
12. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer 2001. Stockholm, Socialstyrelsen, 2002.
13. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer. Insatser enligt LSS år 2003. Stockholm, Socialstyrelsen, 2004.
14. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer. Insatser enligt LSS år 2005. Stockholm, Socialstyrelsen, 2006.
15. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer år 2001. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm, Socialstyrelsen, 2002.
16. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer år 2003. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm, Socialstyrelsen, 2004.
17. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer år 2005. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm, Socialstyrelsen, 2006.
18. Socialstyrelsen. Lägesrapport om handikappomsorg 2003. Stockholm, Socialstyrelsen, 2004.
19. Socialstyrelsen. Lägesrapport om handikappomsorg 2005. Stockholm, Socialstyrelsen, 2006.

20. Socialstyrelsen. Lägesrapport om Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning 2007. Stockholm, Socialstyrelsen, 2008.
21. Socialstyrelsen. Personliga ombud – lägesrapport för 2005. Skrivelse till regeringen, 2006.
22. Socialstyrelsen. Personliga ombud 2000–2004. Stockholm, Social styrelsen, 2005.
23. Skolverket. Årsredovisning 2007. Stockholm, 2008.
24. Statens institut för kommunikationsanalys. Färdtjänst och riksfärdtjänst 2001. Stockholm, SIKÅ, 2002.
25. Statens institut för kommunikationsanalys. Färdtjänst och riksfärdtjänst 2003. Stockholm, SIKÅ, 2004.
26. Statens institut för kommunikationsanalys. Färdtjänst och riksfärdtjänst 2005. Stockholm, SIKÅ, 2006.
27. Specialskolemyndigheten. Årsredovisning 2001. SPM, Örebro, 2002.
28. Specialskolemyndigheten. Årsredovisning 2003 SPM, Örebro, 2004
29. Specialskolemyndigheten. Årsredovisning 2005. SPM, Örebro, 2006.
30. Boverket. Bostadsanpassningsbidragen 2001. Karlskrona, Boverket, 2002.
31. Boverket. Bostadsanpassningsbidragen 2003. Karlskrona, Boverket, 2004.
32. Boverket. Bostadsanpassningsbidragen 2005. Karlskrona, Boverket, 2006.
33. SCB, Kommunernas räkenskapssammandrag 2003-2007.
34. Socialstyrelsen, Jämförelsetal för socialtjänsten 2003-2007.
35. Statens offentliga utredningar, SOU 2004:103, LSS – Särskilt personligt stöd. Stockholm 2004. Fritzes.
36. Nysam Nyckeltalssamverkan. Nyckeltal 2007, hälso- och sjukvård, delrapport rehabilitering, Nysam, 2008.
37. Socialstyrelsen. Ännu icke publicerad studie om hab/ rehab.
38. Revisionskontoret Stockholms läns landsting. Rapport 3/2008 Rehabilitering - översikt och förstudie RK 200809-101, Stockholms läns landsting, 2008.
39. Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund verksamhetsberättelse 2007. Hässleholm, 2008.
40. Neurologiskt Handikappades Riksförbund, NHR:s konferensmaterial, ej publicerat.
41. Gunilla Barse-Persson och Inger Olsson HumanTeknik – Human Teknik och jag - Rapport nr 9, Hjälpmedelsinstitutet, 2005.
42. Sofia Starkhammar, Inge Dahlenborg, Demens och teknik, Hjälpmedelsinstitutet, 2002.
43. Hjälpmedelsinstitutet. Kognitiva hjälpmedel – Nationell kartläggning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Hjälpmedelsinstitutet, 2008.
44. Catarina Brun, Marit Grönberg Eskel och Magnus Fritzon Hjälpmedel och annat stöd för personer med psykiska funktionsnedsättningar, Hjälpmedelsinstitutet, 2008.
45. Försäkringskassan. Årsredovisning för 2007. Stockholm, FK, 2008.
46. Samhall. Årsredovisning 2007. Stockholm, Samhall, 2008.

47. Arbetsmarknadsstyrelsen. Arbetsmarknadspolitiska program. Årsrapport 2007. Stockholm, AMS, 2007.
48. Försäkringskassan. Sveriges officiella statistik.
49. Riksförsäkringsverket. Socialförsäkringen. Årsredovisning för budgetåret 2003. Stockholm, RFV, 2004.
50. Riksförsäkringsverket. Socialförsäkringen. Årsredovisning för budgetåret 2005. Stockholm, RFV, 2006.
51. Arbetsmarknadsstyrelsen. Arbetsmarknadspolitiska program. Årsrapport 2003. Stockholm, AMS, 2003.
52. Arbetsmarknadsstyrelsen. Arbetsmarknadspolitiska program. Årsrapport 2005. Stockholm, AMS, 2005.
53. Samhall. Årsredovisning 2003. Stockholm, Samhall, 2004.
54. Samhall. Årsredovisning 2005. Stockholm, Samhall, 2006.
55. Statistiska centralbyrån, SCB. Hushållens ekonomi, HEK 2005.
56. Statistiska centralbyrån, SCB. Hushållens ekonomi, HEK 2006.
57. Regeringskansliet, Socialdepartementet. De funktionsnedsattas ekonomiska förhållanden, Ds 2008:78, Stockholm 2008.
58. Socialstyrelsen. PM: Sammanställning av länsstyrelsernas uppgifter om tvångs- och frihetsbegränsande åtgärder i verksamhet/insatser för personer med funktionsnedsättning. Dnr 72-1129/2008, ej publicerat.
59. Socialdepartementet. Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården, SOU 2006:110, Stockholm 2006.
60. Tina Luther Handegård, Helge Gjertsen, Nordlandsforskning – NF-rapport nr 1/2008.
61. Socialstyrelsen, IMS. Effekter av psykosociala insatser för personer med utvecklingsstörning och samtidig psykisk ohälsa. Kunskapsöversikt, 2006.
62. Statens offentliga utredningar SOU 2008:77. Möjlighet att leva som andra. LSS-kommitténs slutbetänkande. Stockholm 2008, Fritzes.
63. Regeringens proposition 1993/94:218. Psykiskt stördas villkor, Stockholm, Fritzes, 1994.
64. Socialstyrelsen. Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. Stockholm, Socialstyrelsen 1999.
65. Brusén, P., Printz, A. Handikappolitiken i praktiken – om den nationella handlingsplanen. Växjö, 2006. Gothia.
66. Kroll, T., Keer, D., Placek, P., Cyril, J. & Hendershot, G. (Eds.). Towards Best Practices for Surveying People with Disabilities. Vol 1. New York, 2007. Nova Science Publishers.
67. Tøssebro, J. & Kittelsaa, A. (Eds.) Exploring the Living Conditions of Disabled People. Lund, 2004. Studentlitteratur.
68. Myndigheten för handikappolitisk samordning. Utveckling av Handisams indikatorsystem. Johanneshov, Handisam, 2008.
69. JO 2001/02 s. 308
70. Socialstyrelsen. Social tillsyn – Länsstyrelsernas iakttagelser under 2006 och 2007, Stockholm, Socialstyrelsen och länsstyrelserna 2008
71. Riksförbundet för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning, FUB. Konkurrensutsättning av verksamhet enligt LSS, Stockholm FUB. 2008.

72. Regeringens proposition 1992/93:159 Stöd och service till vissa funktionshindrade. Riskdagens tryckeriexpedition, Stockholm. 1993.

Bilaga

Tabell 1. Antal personer i urvalet till SCB:s undersökning, Hushållens ekonomi (HEK)

	Antal i urvalet
Hinder i vardagen	2 394
Har varit långvarigt sjuk obs (20-64 år)	1 298
Har nedsatt arbetsförmåga	2 264
varav hög grad	1 257
Behöver hjälp med vardagssysslor	788
Rörelsehinder	3 810
Hjärt, kärl, blodsjukdom	958
Syn	479
Hörsel	646
tal/röst	10
autism*	12
ADHD	11
Psykiskt funktionshinder	263
Utvecklingsstörning	384
Hjärnskada vuxen	35
Demens	70
Handikappersättning	553
Vårdbidrag	493

