

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2016



Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2016

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

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

Artikelnummer	2016-2-20
ISBN	978-91-7555-366-5

Omslagsfoto	Leif Johansson, Scandinav Bildbyrå
Sättning	Edita Bobergs AB, Västerås
Tryck	Edita Bobergs AB, Falun. Februari 2016



MILJÖMÄRKET Trycksak lic nr 3041 0359

Förord

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att varje år lämna lägesrapporter för olika områden inom vård och omsorg. I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen för insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, med fokus på väsentliga förändringar och på skillnader mellan män och kvinnor. Rapporten riktar sig främst till regering och riksdag, men även till andra aktörer såsom politiker och tjänstemän i landsting och kommuner.

Rapporten har utarbetats av Karin Flyckt. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Marie Berlin och Peter Salmi har ansvarat för de epidemiologiska analyserna, Kristina Stig har bidragit med underlag om kostnadsutveckling.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	10
Avgränsningar och datakällor	10
Definitioner	11
Aktuell utveckling	13
Daglig verksamhet är fortfarande vanligaste LSS-insatsen	13
Diagnoser bidrar till könsskillnader inom LSS	14
Flera LSS-insatser minskar i antal	15
Otydligt kring insatsen råd och stöd	17
Hemtjänstinsatser fortsätter öka	18
Kostnader för hemtjänst och boendestöd ökar mest	18
Vanligast med hjälpmedel för personlig medicinsk behandling	20
Jämlik vård och omsorg	24
Förhöjd användning av psykofarmaka bland unga med LSS-insatser	24
Ojämlig akut hjärtsjukvård för personer med LSS-insatser	29
Kunskapsbaserad vård och omsorg	31
Evidensbaserad praktik har fått ökat genomslag	31
All baspersonal har inte tillräcklig kunskap	32
Hög kompetens hos LSS-handläggare	32
Samordning och kontinuitet	34
Allt fler samverkansöverenskommelser	34
Insatser enligt Finsam ger resultat	35
Otydlig bild av samordningen runt den enskilde	36
Individanpassad vård och omsorg	38
Riktlinjer riskerar att försvåra individuella bedömningar	38
Avgränsningar inom LSS påverkar anhöriga negativt	39
Förutsättningar för ökat inflytande och valfrihet har stärkts	40
Ökat genomslag för brukarinflytande	42
Fler genomförandeplaner men alla kommer inte till tals	43
Minskningen av uppsökande verksamhet har avstannat	43
Ökad tillgång till strukturerad sysselsättning	44
Tillgänglig vård och omsorg	45
Alternativa format allt vanligare	45
Säker vård och omsorg	47
Fler kommuner följer regelbundet upp beslut	47
Fortfarande många icke verkställda beslut	47
Lex Sarah-anmälningar vanligast inom boende för vuxna	49
Ökad medvetenhet om begränsningsåtgärder	52
Referenser	54

Sammanfattning

I denna lägesrapport beskriver Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom funktionshindersområdet. Rapporten fokuserar på väsentliga förändringar och ger en övergripande bild av området.

Brukarinflytandet ökar

Brukarinflytandet ökar och nio av tio kommuner har i dag ett råd för funktionshindersfrågor. Även brukarrevisorer och brukarinflytandesamordnare har ökat, även om förekomsten fortfarande är relativt begränsad. Genom ett ökat brukarinflytande säkerställs att enskildas upplevelser bidrar till verksamhetsutvecklingen. Ett ökat brukarinflytande har dessutom varit ett av målen för den nationella satsningen på evidensbaserad praktik inom funktionshindersomsorgen.

LSS-insatser ökar mest bland äldre

Allt fler personer får insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. År 2014 var antalet 67 400 vilket är en ökning med nio procent sedan 2010. Den största ökningen har skett bland de som är 65 år eller äldre med insatser enligt LSS, en grupp som ökat med 16 procent. Ökningen av antalet insatser är inte genomgående. Vissa insatser har minskat i antal, till exempel ledsagarservice, korttidsvistelse, korttidstillsyn och boende för barn och unga har alla minskat. Den största minskningen står boende för barn och unga för, som sedan 2010 har minskat med 31 procent.

Skillnader i diagnoser kan förklara vissa könsskillnader

Fler män än kvinnor har insatser enligt LSS. Könsskillnaden är som störst i åldersgruppen 0–22 år, där flickornas andel varierar mellan 32 och 37 procent beroende på insats. I de högre åldersgrupperna minskar skillnaderna. En bidragande orsak till skillnaderna är troligen att vissa diagnoser är vanligare hos män än hos kvinnor, till exempel utvecklingsstörning och autism. Eftersom personkretsen för LSS delvis utgår från dessa diagnoser kan det innebära att flickor och kvinnor med annan funktionsnedsättning inte får samma tillgång till stöd och hjälp som pojkar och män. Även bland hjälpmedelsanvändare finns könsskillnader. Upp till 18 år är pojkarna i majoritet, i åldersgrupperna däröver är kvinnorna i majoritet. Undersökningar pekar även på att det finns vissa könsskillnader i kostnader för hjälpmedel. Socialstyrelsen bedömer att den statliga kunskapsstyrningen inom funktionshinders- och hjälpmedelsområdet bör ha ett ökat jämställdhetsperspektiv, där så är möjligt. På så sätt minskar risken att handläggare gör åtskillnad mellan män och kvinnor som inte är motiverad utifrån behov.

Kostnaden för socialtjänstinsatser ökar mest

År 2014 omsatte funktionshindersomsorgen 57 miljarder kronor, varav kostnader för insatser enligt LSS stod för närmare 80 procent. Mest ökar dock kostnaderna för insatser enligt med stöd av socialtjänstlagen (2001:452), SoL (åldersgruppen 0–64 år), sedan 2010 har kostnaderna ökat med 20 procent. Kostnadsökningen inom LSS är lägre, 8 procent. Kostnaden för kommunernas åtagande för personlig assistans har i sin tur minskat med cirka 5 procent.

Bristande kunskap om hur barn och unga i LSS-boende upplever sitt stöd

Alla barn och unga i särskilt boende enligt LSS kommer inte till tals inom ramen för Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) frekvenstillsyn. Det gäller framförallt barn och unga med komplexa behov och som bor heltid på boenden. Det saknas därmed kunskap om hur dessa barn och unga upplever sitt boende. De flesta barn och unga i boende enligt LSS har dock genomförandeplaner och majoriteten av verksamheterna uppger att de tar hänsyn till barnens och de ungas åsikter. Många gånger saknas det dock information om i vilken utsträckning den enskilde eller dennes företrädare har utövat inflytande i genomförandeplanerna.

Många använder antipsykotika utan samtidig psykiatrisk diagnos

Många barn och unga med intellektuell funktionsnedsättning föreskrivs antipsykotika utan samtidig psykiatrisk diagnos. Det gäller särskilt barn och unga i LSS-boende, exempelvis använde 28 procent av pojkarna (13–17 år) antipsykotika trots att endast 0,8 procent hade en psykos- eller schizofreni-diagnos. En trolig orsak är antipsykotikans stämningsstabiliserande effekter exempelvis på utmanande beteenden. Dessa läkemedel är förenat med vissa risker, bland annat neurologiska och metabola biverkningar. Socialstyrelsen anser att den höga användningen av antipsykotiska utan samtidig diagnos är bekymmersam och framhåller vikten av att de pedagogiska och kognitiva metoder som finns får ett ökat genomslag i verksamheterna.

Ojämlig tillgång till vårdåtgärder vid akut hjärtinfarkt

Personer med insatser enligt LSS som har konstaterad akut hjärtinfarkt får ballongvidgning (PCI) hälften så ofta som andra hjärtinfarktpatienter. Anledningarna till att personer med insatser enligt LSS inte får vårdåtgärden lika ofta kan vara flera, till exempel att dessa av medicinska skäl bör avstå från vårdåtgärden eller att bemötandet inom hjärtsjukvården är ojämnt och det somatiska omhändertagandet är sämre.

Ytterligare slutsatser

- Medvetenheten om att begränsningsåtgärder är otillåtna har ökat i verksamheterna, men begränsningsåtgärder i sig har endast minskat något.
- Fortfarande får många vänta på att få sina beslut verkställda. Undantagen är kontaktperson enligt SoL samt enligt LSS, där antalet icke verkställda beslut har minskat väsentligt.
- Patientlagens bestämmelser om hjälpmedel har ännu inte fått fullt genomslag. Långt ifrån alla i behov av hjälpmedel får information om alternativa hjälpmedel, inte heller upplever alla att de är delaktiga i beslut om hjälpmedel.

Inledning

I denna lägesrapport redogör Socialstyrelsen för tillståndet och utvecklingen inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning enligt SoL och enligt LSS. Analyserna av insatsen personlig assistans omfattar endast stöd i form av biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans enligt 9 § 2 LSS, om inget annat anges.¹ Vi kommenterar även visst stöd som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, exempelvis inom hjälpmedelsområdet.

Socialstyrelsens delmål för funktionshinderspolitiken innefattar anhörigstöd, delaktighet i genomförandeplaner, ökad kunskap om icke verkställda beslut samt jämlik vård och omsorg. Dessa områden utgör några av grunderna i Socialstyrelsens arbete med funktionshindersfrågor, varför de även utgör några av rapportens fokus. Ytterligare ett fokus är jämställdhet. I rapporten försöker Socialstyrelsen, där så är möjligt, att redogöra för skillnader mellan män och kvinnor samt resonera kring tänkbara orsaker.

I rapporten utgår Socialstyrelsen från olika kvalitetsområden, till exempel kunskapsbaserad vård och omsorg, självbestämmande, tillgänglighet och säker vård och omsorg.

Avgränsningar och datakällor

Rapporten fokuserar på väsentliga förändringar och är därför inte heltäckande. Den redogör för tillståndet och utvecklingen på nationell nivå och regionala variationer ingår därför endast i begränsad omfattning.

Innehållet utgår främst från befintligt material, som har vägts samman i övergripande analyser. I viss mån har Socialstyrelsen gjort nya analyser. Analyser och slutsatser bygger på flera källor:

- aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom funktionshindersområdet
- öppna jämförelser inom stöd till personer med funktionsnedsättning
- specialbearbetningar och analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister, register över insatser enligt LSS och läkemedelsregistret
- officiell statistik över insatser enligt SoL och LSS
- hjälpmedelsstatistik från hjälpmedelscentraler
- statistik från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

¹ Analyser av assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken ingår inte i detta kapitel.

När det har varit möjligt har Socialstyrelsen försökt integrera ett patient- och brukarperspektiv. Intresseorganisationers egna undersökningar utgör därför några av rapportens referenser. Myndigheten har även samrått med Socialstyrelsens nämnd för funktionshinderfrågor, som består av representanter för patient- och brukarorganisationer. Vi har tagit med resultaten från dessa diskussioner i rapporten.

Definitioner

I rapporten använder Socialstyrelsen följande definitioner.

Funktionsnedsättning och funktionshinder

Med *funktionsnedsättning* menar Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av sjukdom, annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada.² Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara bestående eller av övergående natur. Vi använder begreppet *funktionshinder* när vi vill beskriva begränsningar som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, men också när vi avser politikområdet.

Alla personer med funktionsnedsättning får inte insatser. Vissa har ansökt om insatser men fått avslag, och andra har av olika skäl inte ansökt trots att de skulle behöva stöd. Denna rapport är avgränsad till de personer med funktionsnedsättning som får insatser.

Hjälpmedel

Med *hjälpmedel* avser Socialstyrelsen en individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning.³ Exempel på hjälpmedel för det dagliga livet är rullatorer, griptänger, hörapparater, förstoringssystem och appar för påminnelser. Hjälpmedel förskrivs eller köps på konsumentmarknaden efter rådgivning av behörig hälso- och sjukvårdspersonal. De flesta hjälpmedel för det dagliga livet är medicintekniska produkter.

Personkretsen i LSS

Vissa personer med funktionsnedsättning har rätt till insatser enligt LSS. För att ha rätt till insatser enligt LSS måste personen tillhöra någon av de så kallade personkretsar som definieras i 1 § 1–3 LSS:

- Personkrets 1: omfattar personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

² Ytterligare information finns på Socialstyrelsens webbplats:

<http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktion>

³ Ytterligare information finns i Socialstyrelsens termbank: <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=812>

- Personkrets 2: omfattar personer med ett betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter en hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller en kroppslig sjukdom.
- Personkrets 3: omfattar personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, förutsatt att de är stora och orsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Aktuell utveckling

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för omfattningen och utvecklingen av insatser enligt SoL och LSS. I kapitlet beskriver vi även kostnadsutvecklingen inom socialtjänsten. Myndigheten redogör också för viss statistik inom hjälpmedelsområdet.

Daglig verksamhet är fortfarande vanligaste LSS-insatsen

Den 1 oktober 2014 hade drygt 67 400 personer en eller flera insatser enligt LSS [1]. Det totala antalet insatser uppgick till 114 800. Flest insatser hade personer som tillhörde personkrets 1:

- Personkrets 1: 102 700 insatser (89 procent)
- Personkrets 2: 3 300 insatser (3 procent)
- Personkrets 3: 8 800 insatser (8 procent)

Den i särklass vanligaste insatsen är fortfarande daglig verksamhet, som drygt 33 800 personer var beviljade (se tabell 1).

Omkring 25 procent av dem med personlig assistans enligt LSS hade beviljats 20 timmar eller färre per vecka, medan 76 procent hade över 20 timmar per vecka [1].

Tabell 1. Antal insatser enligt LSS exkl. råd och stöd år 2014, uppdelat på kön och ålder, avrundade värden

Insatser	Kvinnor			Män			Total antal
	0–22 år	23–64 år	>64 år	0–22 år	23–64 år	>64 år	Insatser
Personlig assistans	440	1 180	330	650	1 190	310	4 100
Ledsagarservice	1 250	1 840	540	2 120	2 210	470	8 430
Kontaktperson	1 600	6 310	960	2 380	7 370	900	19 520
Avlösarservice	1 060	90	30	2 330	110	30	3 650
Korttidsvistelse	1 010	480	15	5 430	680	30	7 645
Korttidstillsyn	1 670	2	0	2 830	2	0	4 504
Boende, barn	380	0	0	660	2	0	1 042
Boende, vuxna	510	8 820	1 600	840	12 220	1 850	25 840
Daglig verksamhet	1 240	12 780	450	900	16 930	510	32 810

Källa: Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2014, Socialstyrelsen; 2015.

Korttidstillsyn och korttidsvistelse var de vanligaste insatserna bland barn och unga upp till 22 år.⁴ Hos personer 23–64 år var i stället daglig verksamhet och boende de mest förekommande insatserna. I den äldre åldersgruppen (65 år eller äldre) dominerade insatserna kontaktperson och boende för vuxna.

Omkring 1 040 av barnen och de unga bodde i boende för barn enligt 9 § 8 LSS, det vill säga i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller unga. Av dessa bodde 43 procent i en annan kommun än den som beslutat om insatsen. Av samtliga som hade boende för barn eller unga enligt LSS bodde 6 procent (det vill säga 63 stycken) i familjehem. De övriga bodde i bostad med särskild service.

I vissa av dessa boenden bor unga som går i gymnasiesärskola under veckorna. Andra boenden fungerar mer som hem där barnen bor även på helger, dessa barn har många gånger komplexa behov. Majoriteten i dessa boenden var pojkar, 64 procent och de flesta var i åldern 13–22 år. Ett fåtal, 59 personer, var yngre, varav 5 personer var 6 år eller yngre. [1]

Diagnoser bidrar till könsskillnader inom LSS

Fler män än kvinnor har insatser enligt LSS, år 2014 var den totala fördelningen 58 respektive 42 procent. Skillnaden var som störst bland barn och unga, där andelen pojkar 0–22 var 63 procent. Detta är högre än motsvarande andel pojkar i den totala befolkningen (51,5 procent). Skillnader mellan pojkar och flickor var genomgående för alla insatser, i synnerhet när det gäller insatserna avlösarservice, korttidsvistelse, korttidstillsyn och barnboende. Inom dessa insatser varierade flickornas andel mellan 20 och 37 procent.

Skillnaderna mellan män och kvinnor är således störst i de yngre åldrarna, därefter planar skillnaden ut. Bland personer 65 år eller äldre var andelen kvinnor med LSS-insatser 49 procent. I åldersgruppen 80 år eller äldre var kvinnorna i majoritet, 59 procent.

Socialstyrelsen har tidigare analyserat orsakerna bakom könsskillnader inom LSS [2]. Även om analyserna är från 2011 är resultaten fortfarande relevanta. Analyserna utgick från sådana diagnoser och funktionsnedsättningar som är vanliga bland personer med insatser enligt LSS, exempelvis utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd, ryggmärgsskador, cerebral pares (cp), ryggmärgsbräck och Downs syndrom. Resultaten visar att dessa diagnoser är vanligare bland män än bland kvinnor. Att kommunerna beviljar insatser till fler män än kvinnor kan med andra ord delvis förklaras av att fler män har dessa diagnoser.

Statistiska centralbyråns (SCB) undersökningar ger ytterligare kunskap om skillnader i förekomsten av funktionsnedsättningar. I SCB:s senaste rapport om funktionshindrades situation på arbetsmarknaden skattar fler kvinnor än män att de har en funktionsnedsättning, 12 respektive 9 procent.

⁴ Inom LSS går åldersgränsen för insatser till barn och unga vid 22 år.

Andelen kvinnor skattade även högre när det gäller förekomst av funktionsnedsättning i kombination med nedsatt arbetsförmåga. [3]

Funktionsnedsättningar generellt är med andra ord vanligare hos kvinnor, men att männen är i majoritet vad gäller de diagnoser som är vanligast inom LSS. Denna bild bekräftas i dialoger som Socialstyrelsen har fört med patient- och brukarorganisationer.

Till viss del tycks alltså könsskillnaderna inom LSS kunna förklaras av att vissa diagnoser är vanligare hos män än hos kvinnor. Eftersom personkretsen för LSS delvis utgår från diagnoser kan det innebära att flickor med funktionsnedsättning inte får likvärdig tillgång till stöd och hjälp enligt LSS. Socialstyrelsen kan inte utesluta att skillnaderna till viss del kan handla om att flickor underdiagnosticeras eller att de får sina diagnoser senare.

Ett liknande resonemang förs i en genusmedicinsk kunskapsöversikt som publicerats av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) [4]. I kunskapsöversikten konstaterar författarna att det tycks finnas en manlig norm för bland annat adhd och autism, som kan medföra att flickor och kvinnor inte blir rätt diagnostiserade och därmed inte får adekvat behandling. Trots rutinemässig screening i låg ålder upptäcks flickors autism ofta senare än pojkars. Därmed får flickor tillgång till viktiga insatser senare än vad pojkar får, trots att det är avgörande för det autistiska barnets utveckling att få stöd från tidig ålder. En bakomliggande orsak kan vara att det saknats flickor i de studier som legat till grund för de kliniska beskrivningarna av sjukdomen, menar författarna. [4]

Ovanstående förklaringar torde inte vara de enda, och Socialstyrelsen kan inte utesluta att vissa könsskillnader också beror på genusbias⁵ i handläggning och behovsbedömning. Det är därför angeläget att den statliga kunskapsstyrningen inom funktionshindersområdet i så hög utsträckning som möjligt har ett jämställdhetsperspektiv.

Flera LSS-insatser minskar i antal

Antalet personer med insatser enligt LSS fortsätter att öka. Mellan 2010 och 2014 har antalet ökat med nio procent, det vill säga 5 300 personer [1]. Den största ökningen har skett bland personer 65 år eller äldre, en grupp som har ökat med 16 procent. Antalet barn och unga med insatser enligt LSS är emellertid oförändrat.

De insatser som ökar mest är boende för vuxna och daglig verksamhet, som under perioden har ökat med tio respektive närmare tolv procent (se tabell 2). Alla insatser ökar emellertid inte. Ledsagarservice, korttidsvistelse, korttidstillsyn och boende för barn och unga har alla minskat sedan 2010.

Den största minskningen står boende för barn och unga för, som under perioden har minskat med 31 procent⁶. Minskningen har skett inom boende-

⁵ Med genusbias avses i bland annat att handläggare beviljar könen olika insatser även när det inte är motiverat vad gäller behov eller ser skillnader mellan könen där de inte finns.

⁶ I insatsen ingår två boendeformer: bostad med särskild service och familjehemsplacering.

formen bostad med särskild service. Även familjehemsplaceringarna har minskat, men i lägre utsträckning [1, 5]. Socialstyrelsen har inte kunnat fastslå om minskningen beror på att färre barn och unga har ansökt om insatsen eller om bedömningar har blivit mer restriktiva.

Tabell 2. Antal insatser enligt LSS exkl. råd och stöd år 2010–2014, avrundade värden

Insatser enligt LSS	2010	2011	2012	2013	2014
Personlig assistans	3 560	3 760	3 900	3 900	4 100
Ledsagarservice	9 290	9 160	8 700	8 700	8 400
Kontaktperson	19 500	19 460	19 600	19 600	19 500
Avlösarservice	3 390	3 390	3 400	3 400	3 600
Korttidsvistelse	10 010	9 880	9 700	9 700	9 600
Korttidstillsyn	5 160	5 010	4 800	4 800	4 500
Boende, barn	1 440	1 330	1 200	1 200	1 000
Boende, vuxna	23 430	23 920	24 400	24 400	25 800
Daglig verksamhet	30 250	31 150	32 200	32 200	33 800

Källa: Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – insatser enligt LSS 2010 (2011), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2011 (2012), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2012 (2013), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2013 (2014), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2014 (2015).

Ledsagarservice fortsätter att minska

Antalet personer med ledsagarservice minskar. Tabell 2 visar att antalet personer minskat med cirka tio procent sedan 2010. Minskningen inom ledsagarservice är störst bland kvinnor, vars antal har minskat med 12,5 procent. Motsvarande minskning för männen var 6,5 procent.

Ledsagarservice är en stödform som ursprungligen utvecklades för synskadade personer, men som senare kommit även andra grupper av funktionshindrade till del (prop. 1992/93:159 Stöd och service till vissa funktionshindrade s. 74). I kontakter med intresseorganisationer framkommer att det har blivit allt svårare att få insatsen. Detta kommer framför allt från organisationer som representerar personer med synskada. Svårigheterna är främst kopplade till att dessa personer inte har bedömts tillhöra personkretsen. Kommuner som Socialstyrelsen har varit i kontakt med menar i sin tur att det kommer bli svårare att få insatsen i framtiden [6].

Personlig assistans ökar både i antal och i timmar

Antalet personer med personlig assistans enligt LSS har ökat med 15 procent sedan 2010. Även antalet timmar ökar. År 2010 hade 64 procent över 20 timmar per vecka, år 2014 hade andelen stigit till 76 procent. Socialstyrelsen har inte fördjupat analysen, men en bidragande orsak till att antalet personer ökat är troligen att många av de som får sin assistansersättning enligt SFB indragen i stället blir beviljade personlig assistans enligt LSS [7]. Att fler har

mer än 20 timmar i veckan kan handla om att kommunerna beviljar allt fler timmar för andra personliga behov.⁷

Sedan 2008 har drygt 1 000 personer fått sin assistansersättning indragen. En analys visar att det genomsnittliga antalet timmar minskar när personer fått assistansersättningen indragen av Försäkringskassan och året därefter i stället beviljas personlig assistans enligt LSS. Det beviljade timantalet per vecka sjunker i genomsnitt med 25 procent, från 72 till 54 timmar. Samtidigt som majoriteten får färre timmar beviljade från kommunen än vad de hade med assistansersättning från Försäkringskassan så har var femte person i stället fått fler timmar. [7]

Alla som får sin assistansersättning indragen beviljas inte personlig assistans av kommunen. Enligt Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) beviljades 50 procent av dessa personer i stället personlig assistans enligt LSS och 15–20 procent beviljades hemtjänst enligt SoL. Omkring 20 procent hade ingen insats enligt LSS eller enligt SoL året efter indragningen av assistansersättningen. [8] Det är inte känt vilka insatser dessa personer har i dag eller om de har några insatser över huvud taget.

Otydligt kring insatsen råd och stöd

Allt färre personer har insatsen rådgivning och annat personligt stöd enligt 9 § 1 LSS, ofta kallat råd och stöd [1]. År 2007 hade 8 200 personer insatsen, 2014 hade antalet minskat till 4 300 personer. Majoriteten av dessa, drygt 80 procent, tillhörde personkrets 1. En orsak till minskningen över tid beror troligtvis på att de flesta landsting numera erbjuder råd och stöd som en integrerad del i barn-, ungdoms- och vuxenhabiliteringen [9].⁸

Insatsen råd och stöd ska tillförsäkra personer som omfattas av LSS rätten till expertstöd. De vanligaste insatserna är kuratorsstöd och psykologstöd, den tredje vanligaste är samordning av myndighetskontakter [9].

Socialstyrelsen har sedan insatsen infördes⁹ betalat ut statsbidrag till landstingen. Syftet med statsbidraget är att kompensera för den utvidgning av personkretsar som personkrets tre innebar i förhållande till omsorgslagen. I sin senaste uppföljning av statsbidraget konstaterar Socialstyrelsen att många landsting inte använder statsbidraget till det som var avsikten. Många landsting har få eller inga ärenden med råd och stöd enligt LSS och använder i stället statsbidraget till sin ordinarie verksamhet. Landstingen efterlyser i sin tur vägledning om vad som ingår i insatsen råd och stöd. [9]

⁷ Personlig assistans kan beviljas för hjälp med grundläggande behov eller andra personliga behov. Grundläggande behov innefattar behov av hjälp med personlig hygien, måltider, att klä av sig och klä på sig, att kommunicera med andra människor eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen (se 9 a § LSS). Om den enskilde behöver personlig assistans för grundläggande behov i genomsnittligen mer än 20 timmar per vecka kan hen i stället ha rätt till assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken. Andra personliga behov kan innefatta viss hjälp med att sköta boendet, delta i sociala aktiviteter, fritidsaktiviteter med mera.

⁸ Minskningen av insatsen inleddes redan 1997 då två regeringsrättsdomar slog fast att habiliteringsåtgärder och behandling inte rymdes inom råd och stöd enligt LSS (RÅ 1997 ref. 49).

⁹ Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade trädde i kraft 1994.

Hemtjänstinsatser fortsätter öka

Antalet personer 0–64 år med hemtjänst enligt SoL fortsätter att öka. Mellan 2010 och 2014 har antalet ökat med omkring 40 procent. I oktober 2014 var drygt 21 500 personer i åldern 0–64 år beviljade hemtjänst, motsvarande antal 2010 var 15 130 (se tabell 3). Även det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar ökar. I oktober månad 2014 var det genomsnittliga antalet 25,4 timmar per person, en halvtimme mer än året innan. En bidragande förklaring till ökningen är troligen att vissa personer som fått sin assistansersättning indragen i stället får hemtjänst.

Vid samma tidpunkt bodde 4 000 personer i åldern 0–64 år i särskilda boendeformer enligt SoL, vilket är något fler jämfört med föregående år (se tabell 3). Utvecklingen för denna insats har inte varit lika tydlig som för hemtjänst. Sedan 2010 har antalet personer som bor i särskilda boendeformer minskat med sju procent.

Tabell 3. Antal insatser enligt SoL 0–64 år, år 2010–2014, avrundade värden

	2010	2011	2012	2013	2014
Hemtjänst	15 130	17 500	18 300	21 300	21 500
Särskilt boende	4 280	4 340	4 100	3 900	4 000

Källa: Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 november 2010 (2011), Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 april 2011 (2012), Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 april 2012 (2013), Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 april 2013 (2014), Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 april 2014 (2015).

Andelen hemtjänsttimmar som utförs i enskild regi ökar, och i oktober 2014 utfördes omkring 32 procent i enskild regi. Motsvarande andel 2010 var 23 procent. Motsvarande ökning återfinns inte inom särskilda boendeformer. År 2014 bedrevs 27 procent av särskilda boenden i enskild regi, motsvarande andel 2010 var 28 procent. [10]

Kostnader för hemtjänst och boendestöd ökar mest

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning fortsätter att öka. Under den senaste femårsperioden var ökningen drygt 11 procent i 2014 års fasta priser. År 2014 omsatte verksamheten 57 miljarder kronor (exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistans som kommunerna utför som anordnare). Insatser till personer med funktionsnedsättning utgjorde 1,5 procent av BNP respektive 27,5 procent av socialtjänstens kostnader.

Mest ökade kostnaderna för insatser enligt SoL (0–64 år). Dessa kostnader ökade med nästan 21 procent. Det var främst hemtjänst, inklusive boendestöd, där kostnaderna ökade, vilka ökade med över 57 procent. Kostnadsökningen kan förklaras av att såväl antalet personer med hemtjänst som antalet hemtjänsttimmar ökar. Insatsen boendestöd beviljas vanligen till personer med psykisk funktionsnedsättning [11]. Socialstyrelsen kan inte utesluta att kostnadsökningen beror på ökade behov inom gruppen, det vill säga att fler personer med psykisk ohälsa behöver stöd från socialtjänsten. Övriga biståndsbedömda insatser enligt SoL minskade däremot med nästan 21 procent i förhållande till 2010.

Kostnader för insatser enligt LSS (och/eller SFB) ökade med 8,8 procent. Kostnaden för barnboenden enligt LSS har däremot minskat med 10,3 procent (se tabell 4). De minskade kostnaderna för denna insats beror sannolikt på att färre har insatsen.

Tabell 4. Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning

Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2010–2014 förändring mellan åren, andel av funktionshinderomsorgens respektive socialtjänstens kostnader samt andel av BNP, miljoner kronor och procent, 2014 års pris.

	2010	2011	2012	2013	2014	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
<i>Insatser enligt SoL</i>	10 044	10 982	11 217	11 984	12 131	2 091	20,8	21,3
Särskilt boende	3 873	3 877	4 054	4 107	4 298	427	11,0	7,5
Ordinärt boende enl SoL/HSL	5 446	6 350	6 448	7 165	7 113	1 669	30,6	12,5
Hemtjänst/boendestöd	3 406	4 539	4 721	5 401	5 359	1 955	57,4	9,4
Korttidsboende	579	644	640	619	597	19	3,2	1,0
Övriga biståndsbedömda insatser	1 461	1 167	1 086	1 145	1 157	-305	-20,9	2,0
Öppen verksamhet	725	755	715	712	719	-5	-0,7	1,3
Insatser enligt LSS och SFB*	41 311	42 928	43 656	43 624	44 866	3 630	8,8	78,7
Boende	21 788	22 512	23 100	23 197	24 016	2 263	10,4	42,1
Boende vuxna	20 032	20 827	21 317	21 576	22 443	2 444	12,2	39,4
Boende barn	1 756	1 685	1 784	1 622	1 573	-181	-10,3	2,8
Personlig assistans**	8 247	8 655	8 972	9 001	9 249	1 025	12,4	16,2
Daglig verksamhet	6 505	6 896	6 899	6 863	7 040	546	8,4	12,4
Övriga insatser	4 771	4 865	4 684	4 563	4 562	-204	-4,3	8,0
Insatser till personer med funktionsnedsättning	51 356	53 910	54 872	55 608	56 997	5 720	11,1	100,0
Funktionsnedsättningsandel av socialtjänsten	25,8	26,5	27,0	27,6	27,5		1,7	
Funktionsnedsättningsandel av BNP	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5		0,1	

*Socialförsäkringsbalken **Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2010-2014, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2014 Statistiska centralbyrån.

Socialstyrelsen har i flera lägesrapporter tittat på utvecklingen av kommunernas kostnader för personlig assistans. Det gäller både den del som kommunerna beviljar enligt LSS och den del som kommunerna utför i egenskap av anordnare av assistansersättning enligt SFB. För den senare delen får kommunerna ersättning från Försäkringskassan. Sedan 2010 har kostnaderna minskat för den del av assistansen som kommunerna utför som anordnare av assistansersättning. Denna del har minskat med nästan 21 procent och förklaras troligen av att personer med assistansersättning i allt lägre utsträckning väljer kommunen som utförare. Den del som utgör kommunernas primära åtagande har i sin tur ökat med över 12 procent i förhållande till 2010 (se tabell 5). En bidragande orsak till ökningen är att fler personer har personlig assistans enligt LSS. Kommunernas totala kostnader för personlig assistans har under perioden minskat med cirka 5 procent (inklusive kostnader som ersätts av Försäkringskassan).

Tabell 5. Kostnadsutveckling för personlig assistans enligt LSS

Kostnadsutveckling för kommunernas kostnader för personlig assistans 2010-2014, förändring mellan åren, miljoner kronor och procent, 2014 års pris.

	2010	2011	2012	2013	2014	Förändring	
						mnkr	%
Personlig assistans exkl ersättning från Försäkringskassan	8 247	8 655	8 972	9 001	9 249	1 002	12,14
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare	9 729	9 289	8 852	8 079	7 725	-2 004	-20,6
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	17 976	17 944	17 825	17 080	16 997	-979	-5,4

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2010–2014, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2014, Statistiska centralbyrån.

Inom funktionshinderomsorgen köpte kommunerna verksamhet från andra utförare för 12,2 miljarder kronor. Det motsvarar 21 procent av kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning. Mest köptes från privata företag.

Vanligast med hjälpmedel för personlig medicinsk behandling

Den sista december 2014 fanns det 162 200 personer 0–64 år med sammanlagt 381 400 individmärkta hjälpmedel, det vill säga hjälpmedel som har ett serienummer och som därmed är spårbara [12].¹⁰ Åldersmässigt fördelar sig personerna enligt följande:

¹⁰ Underlaget kommer från hjälpmedelscentralernas verksamhetssystem (Sesam 2 och Visma). De hjälpmedelscentraler som saknas i underlaget är den så kallade 10-gruppen och utgörs av kommunerna Burlöv, Eslöv, Hörby, Höör, Kävlinge, Lomma, Lund, Staffanstorps, Svedala och Vellinge. Dessutom ingår inte Region Jönköpings län, Uppsala län och Region Gotland. Syn- och hörselhjälpmedel samt ortopedteknik ingår inte i sammanställningen.

- 0–17 år: 22 010 individer, varav 13 780 pojkar och 8 230 flickor.
- 18–64 år: 140 190 individer, varav 62 300 män och 77 890 kvinnor.

Antalet personer med icke-individmärkta hjälpmedel är något fler, 208 480 stycken [12]. Fördelningen mellan åldersgrupper följer samma mönster som för individmärkta hjälpmedel:

- 0–17 år: 42 330 individer, varav 23 980 pojkar och 18 350 flickor.
- 18–64 år: 166 150 individer, varav 69 300 män och 96 850 kvinnor.

Ovanstående åldersgrupper utgör dock en minoritet av det totala antalet hjälpmedelsanvändare. Omkring 70 procent av hjälpmedelsanvändarna är 65 år eller äldre.

Förskrivningen till kvinnor respektive män skiljer sig åt (se tabell 6). I åldersgruppen 0–17 år utgör flickor 37 procent av hjälpmedelsanvändarna. Motsvarande andel i åldersgruppen 18–64 år är högre, 56 procent.

Det finns inga större skillnader mellan könen vad gäller väntetid, dock ser det lite olika ut beroende på ålder. Personer under 65 år tycks få vänta något längre på att få sina hjälpmedel än personer över 65 år. Av de äldre fick 73 procent sina hjälpmedel inom 7 dagar. Motsvarande andel för 0–17 år och 18–64 år var 63 respektive 65 procent. [12] En bidragande orsak till detta kan vara att äldre många gånger har behov av enklare hjälpmedel, som är enklare att prova ut och förskriva.

Tabell 6. Antal brukare eller patienter med förskrivna individmärkta hjälpmedel 2014-12-31, uppdelat på ålder och kön

Ålder	Antal	Män	Kvinnor	Organisation	Totalt
0–17 år	Antal individer	13 783	8 234		22 017
	Antal hjälpmedel	41 583	29 952		71 535
	Medelantal per individ	3,02	3,64		3,25
18–64 år	Antal individer	62 296	77 886		140 182
	Antal hjälpmedel	145 955	163 914		309 869
	Medelantal per individ	2,34	2,1		2,21
Total	Antal individer/organisation	76 079	86 120	8 159	170 358
	Antal hjälpmedel	187 538	193 866	117 752	499 156

Källa: Indikatorer hjälpmedel, Socialstyrelsen; 2015.

Tabell 7 visar hur många personer som den sista december 2014 hade ett eller flera hjälpmedel, uppdelat på ålder, kön och hjälpmedelsområde.¹¹ Hjälpme-

¹¹ Underlaget kommer från hjälpmedelscentralernas verksamhetssystem (Sesam 2 och Visma). De hjälpmedelscentraler som saknas i underlaget är den så kallade 10-gruppen och utgörs av kommunerna Burlöv, Eslöv, Hörby, Höör, Kävlinge, Lomma, Lund, Staffanstorps, Svedala och Vellinge. Dessutom ingår inte Region Jönköpings län, Uppsala län och Region Gotland. Syn- och hörselhjälpmedel ingår inte i sammanställningen.

del vid personlig medicinsk behandling är det i särklass vanligaste hjälpmedelsområdet; närmare 65 000 personer hade minst ett sådant hjälpmedel. Här ingår exempelvis hjälpmedel för andning, stimulatorer samt rörelse-, styrke- och balansträningsredskap. Även hjälpmedel för förflyttning samt för kommunikation och information är vanliga, ungefär 43 000 personer vardera hade något sådant hjälpmedel.

Förändringar i antalet hjälpmedelsanvändare skiljer sig mellan vissa åldrar. Det gäller särskilt mellan åldersintervallerna 0–6 och 7–17, vilket kan förklaras av bland annat skolstart och att fler behov upptäcks då.

Antalet hjälpmedelsanvändare ökar markant även mellan åldersintervallerna 18–30 och 31–55. Här är ökningen tydlig både bland män och bland kvinnor.

Tabell 7. Antal personer med förskrivna, individmärkta hjälpmedel 2014–12–31, uppdelat på hjälpmedelsområde, ålder och kön*

	0–6 år		7–17 år		18–30 år		31–55 år		56–64 år	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Hjälpmedel vid personlig medicinsk behandling	700	520	2 960	1 770	2 750	4 830	13 520	18 970	9 160	9 270
Hjälpmedel för träning av färdigheter och förmågor	2	0	25	13	47	25	10	22	0	3
Ortoser och proteser	47	35	150	120	110	80	215	240	150	130
Hjälpmedel för personlig vård och skydd	260	215	885	760	1 290	1 090	3 520	4 360	2 780	3 760
Hjälpmedel vid förflyttning	660	560	2 700	2 110	2 620	2 300	7 030	9 400	6 850	9 290
Hjälpmedel i hushållet	11	15	11	17	16	8	15	15	10	14
Hjälpmedel för utrustning och anpassning av bostäder	530	410	1 520	1 180	1 480	1 340	3 930	7 100	2 920	5 150
Hjälpmedel för kommunikation och information	615	450	5 840	2 940	5 890	4 550	6 830	7 480	4 620	4 230
Hjälpmedel för hantering och transport av produkter	28	32	250	200	270	200	490	580	190	240
Hjälpmedel för miljöförbättring	0	0	3	5	9	10	39	58	12	34
Hjälpmedel för arbete och arbetsträning	10	7	83	43	115	93	200	480	161	385
Övrigt	9	6	36	32	47	47	88	71	36	49

*Uppgifter om hjälpmedelsanvändare saknas för den så kallade 10-gruppen (kommunerna Burlöv, Eslöv, Hörby, Höör, Kävlinge, Lomma, Lund, Staffanstorps, Svedala och Vellinge). Uppgifter saknas även för region Jönköpings län, Uppsala län och region Gotland.

Källa: Underlag från Amesto, Socialstyrelsen; 2015.

Hjälpmedel som förskrivs av hjälpmedelscentraler utgör en begränsad del av alla hjälpmedel som kan förskrivas till individer, till exempel ingår inte syn- och hörselhjälpmedel samt ortopedtekniska hjälpmedel. Pedagogiska hjälp-

medel och arbetshjälpmedel ingår inte heller¹². Uppgifterna i tabell 7 ger därmed inte en helhetsbild av hjälpmedelsanvändandet, vilket gör det svårt att tolka skillnader mellan män och kvinnor samt skillnader mellan olika åldrar. Även om män och kvinnor förskrivs lika många hjälpmedel kan skillnaderna i kostnader vara stora. Uppgifter om kostnader för hjälpmedel kan därför ge ytterligare kunskap. Boverket konstaterar i sin senaste årliga rapportering att 61 procent av bostadsanpassningsåtgärderna gick till kvinnor [13].¹³ Kostnaden är dock högre för de bostadsanpassningsåtgärder som beviljas till män. Medelkostnaden i ärenden där män beviljats stöd i form av bostadsanpassning var 17 500 kr, motsvarande kostnad för kvinnor var 12 900 kr. [13]

Motsvarande uppgifter finns inte i underlaget från hjälpmedelscentralerna. Vissa landsting har emellertid tillämpat genusbudgetering¹⁴ och ett liknande mönster kan ses även där. Örebro läns landsting har låtit kartlägga resursfördelningen inom hjälpmedel och habilitering ur ett genusperspektiv [14]. I resultaten framkom att en högre andel kvinnor förskrivs förflyttningshjälpmedel, till exempel förskrevs 61 procent av rullatorerna och 60 procent av de manuella rullstolarna till kvinnor. Män var emellertid i majoritet när det kommer till eldrivna rullstolar med manuell styrning, 58 procent. Vad gäller kostnaderna för förflyttningshjälpmedel framträder två saker. Män får dyrare hjälpmedel än kvinnor, och yngre personer får dyrare hjälpmedel än äldre. Den genomsnittliga kostnaden för förflyttningshjälpmedel var högre för män: 4 133 kronor jämfört med 3 660 kr för kvinnor. En bidragande orsak till skillnaden är att fler män får de dyrare eldrivna rullstolarna. Könsskillnaderna var inte genomgående för alla hjälpmedelsområden. Kartläggningen inbegrep även hörselområdet och där framkom inga tydliga skillnader i genomsnittliga kostnader för hörapparater. Vid det första mättillfället var den genomsnittliga kostnaden för en hörapparat som skrivits ut åt en man något dyrare än den som skrivits ut åt en kvinna. Vid nästa mättillfälle var förhållandet det omvända.

De regionala skillnaderna är stora inom varje hjälpmedelsområde. Myn-digheten har för närvarande i uppdrag att kartlägga bland annat skillnader i tillgång till hjälpmedel. Resultaten från kartläggningen kommer att redovisas senare under 2016, då presenteras en fördjupad bild av såväl de regionala skillnaderna som av skillnaderna mellan män och kvinnor.

¹² Ett fåtal arbetshjälpmedel förskrivs av hjälpmedelscentralerna, men då handlar det om möbler och inredningsdetaljer på arbetsplatsen.

¹³ Uppgiften avser personer i alla åldrar.

¹⁴ Genusbudgetering syftar till att synliggöra hur resurser fördelas utifrån ett genus- och jämställdhetsperspektiv och att uppnå en mer rättvis fördelning av resurser mellan könen.

Jämlik vård och omsorg

Jämlik vård och omsorg tillhandahålls och fördelas på lika villkor utifrån behov. I detta kapitel presenterar Socialstyrelsen nya, fördjupade analyser om den akuta hjärtsjukvården samt användningen av psykofarmaka hos vissa personer med insatser enligt LSS.

Förhöjd användning av psykofarmaka bland unga med LSS-insatser

I 2015 års lägesrapport konstaterade Socialstyrelsen en förhöjd psykofarmakaförskrivning bland personer med insatser enligt LSS som hör till personkrets 1 [15]. I denna grupp ingår personer med intellektuell funktionsnedsättning: utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd. Under 2015 avsåg Socialstyrelsen att fördjupa analyserna inom området, och bland annat studera de förskrivande vårdenheterna samt analysera i vilken utsträckning psykofarmaka används utan en psykiatrisk diagnos. I detta avsnitt presenterar myndigheten resultatet av de analyserna. I analyserna jämför vi barn och unga som tillhör personkrets 1 med övriga barn och unga i åldersgruppen. I avsnittet benämner vi de som tillhör personkrets 1 som barn och unga med intellektuell funktionsnedsättning. Denna grupp delas upp i två grupper: dels de som bor i boende för barn enligt 9 § 8 LSS, dels de som har övriga insatser. I avsnittet benämner vi dessa två grupper som ”barn och unga i LSS-boende” och ”barn och unga med övriga LSS-insatser”.

Högre psykisk ohälsa hos unga med LSS-insatser

Förekomsten av psykiatriska diagnoser är högre hos unga med intellektuell funktionsnedsättning än hos övriga i samma åldersgrupp. Samtliga diagnoser i tabell 8 är vanligare hos barn med intellektuell funktionsnedsättning. Största skillnaden mellan grupperna återfinns inom depression, ångest och adhd, där förekomsten är uppmot 10 gånger högre hos barn med intellektuell funktionsnedsättning.

Förekomsten av psykiatriska diagnoser är i de flesta fall högre hos flickor än hos pojkar. Det gäller i synnerhet bland de som bor i LSS-boende, där till exempel dubbelt så många flickor som pojkar har fått diagnosen depression och tre gånger så många har fått diagnosen schizofreni. Hos de övriga i åldersgruppen följer könsskillnaderna ett liknande mönster, men förekomsten av psykiatriska diagnoser är lägre.

En hög andel av de med intellektuell funktionsnedsättning har diagnoserna utvecklingsstörning och autismspektrumstörning. Detta är naturligt eftersom dessa diagnoser utgör kriterier för personkretstillhörigheten, det vill säga de som tillhör personkrets 1.

Tabell 8. Andel personer 13–17 år med psykiatrisk diagnos* fördelat på kön, personkretstillhörighet och LSS-insats, år 2013–2014

	Ej LSS-insatser		Personkrets 1 LSS-boende		Personkrets 1 Övriga LSS-insatser	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
Missbruk	0,6	0,6	1,7	2,3	0,4	0,2
Schizofreni	0	0	0,8	3	0,4	0,4
Bipolär	0	0,1	1,2	1,5	0,5	0,5
Depression	0,8	2,1	5,8	12,8	3	3,1
Ångest	1,3	2,8	10,3	17,3	5,3	7,2
Beteendestörning	0,3	1,2	1,7	6	1	1,4
Personlighetsstörning	0,1	0,1	0,8	0,8	0,2	0,3
Utvecklingsstörning	0,3	0,2	21	28,6	18,7	20
Autismspektrumstörning	1,7	0,9	51	36,8	38,1	26,7
Adhd	5,3	2,7	34,2	29,3	25,7	17,8

*Psykiatriska diagnoser i öppen- och slutenvård, ICD 10-klassificering (F-koder).

Källa: Patientregistret, registret över insatser enligt LSS.

Förekomsten av psykiatriska diagnoser är högre i åldersgruppen 18–24 år, men mönstret är detsamma som inom åldersgruppen 13–17 år (se tabell 9). Högst förekomst av psykiatriska diagnoser återfinns bland unga i LSS-boende och de flesta diagnoser är vanligare hos unga kvinnor än hos unga män.

Tabell 9. Andel personer 18–24 år med psykiatrisk diagnos* fördelat på kön, personkretstillhörighet och LSS-insats, år 2013–2014

	Ej LSS-insatser		Personkrets 1 LSS-boende		Personkrets 1 Övriga LSS-insatser	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
Missbruk	1,9	1,3	3,7	4	1,3	1,7
Schizofreni	0,3	1,2	3,4	3,8	1,2	1,3
Bipolär	0,2	0,8	2,2	2,3	0,8	1,4
Depression	1,7	4,4	5,9	6,8	4,4	5,9
Ångest	2,5	7,1	9,7	14	7,1	10,1
Beteendestörning	0,3	0,7	0,9	2,3	0,7	2,2
Personlighetsstörning	0,2	0,5	1	4,2	0,5	1,8
Utvecklingsstörning	0,2	0,1	22,2	20,6	14,8	16,7
Autismspektrumstörning	0,9	0,7	30,3	24	26,8	22,3
Adhd	2,8	2,4	22,1	16,3	16,3	12,8

*Psykiatriska diagnoser i öppen- och slutenvård, ICD 10-klassificering (F-koder).

Källa: Patientregistret, registret över insatser enligt LSS.

Ångest, depression och adhd är vanliga diagnoser även i denna åldersgrupp, i synnerhet om de unga har en intellektuell funktionsnedsättning. Även här är förekomsten av diagnoserna utvecklingsstörning och autismspektrumstörning hög hos de som har en intellektuell funktionsnedsättning, vilket förklaras av dessa diagnoser utgör några av kriterierna för person-kretsen.

Vanligt med psykofarmaka utan samtidig diagnos

Omkring 50 procent av barnen 13–17 år och 60 procent av de unga 18–24 år i LSS-boende har en långvarig förskrivning av psykofarmaka. Andelen som behandlas med psykofarmaka utan ha fått en psykiatrisk diagnos är högst bland pojkar och flickor i LSS-boende, 18 respektive 21 procent (se tabell 10). Andelen som behandlas med psykofarmaka utan att ha fått en psykiatrisk diagnos är även hög bland unga i LSS-boende, 17 procent.

Tabell 10. Användning av psykofarmaka, minst tre uttag år 2014, med eller utan psykiatrisk diagnos* åren 2013–2014

Andel bland personer 13–24 år, fördelat efter kön, ålder, personkretstillhörighet och LSS-insats.

		Ej läkemedel Ej diagnos	Ej läkemedel Diagnos	Läkemedel Ej diagnos	Läkemedel Diagnos	Antal (N)
Pojkar 13–17 år	Ej LSS-insatser	91	3	1	4	251 415
	Personkrets 1, LSS-boende	23	15	18	44	243
	Personkrets 1, övr. LSS-insatser	36	19	15	30	3 870
Unga män 18–24 år	Ej LSS-insatser	92	4	1	3	443 499
	Personkrets 1, LSS-boende	38	12	17	33	1 966
	Personkrets 1, övr. LSS-insatser	49	16	14	21	5 160
Flickor 13–17 år	Ej LSS-insatser	92	4	1	3	238 259
	Personkrets 1, LSS-boende	23	16	21	41	133
	Personkrets 1, övr. LSS-insatser	43	17	15	25	2 109
Unga kvinnor 18–24 år	Ej LSS-insatser	89	5	2	4	420 659
	Personkrets 1, LSS-boende	43	10	17	30	1 211
	Personkrets 1, övr. LSS-insatser	49	13	16	22	3 323

*Psykiatriska diagnoser i öppen- och slutenvård, ICD 10-klassificering (F-koder).

Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och registret över insatser enligt LSS.

Flickor förskrivs med psykofarmaka i lägre grad än pojkar (se tabell 11). Det gäller oavsett om de tillhör personkrets 1 eller inte. För pojkar 13–17 år är andelen som förskrivs antipsykotika hög, 28,4 procent. Detta är anmärkningsvärt med tanke på att endast 0,8 procent i gruppen har en schizofrenidiagnos. Andelen är hög också hos flickorna i samma grupp, 15,8 procent. Även användning av stämningsstabiliserande läkemedel är hög hos flickor och pojkar i LSS-boende, 22,6 respektive 17,7 procent.

Tabell 11. Förekomst av psykofarmaka, minst tre uttag, fördelat på läkemedelsgrupp

Andel bland personer 13–17 år fördelat efter kön, personkretstillhörighet och förekomst av LSS-insats.

	Ej LSS-insatser		Personkrets 1 LSS-boende		Personkrets 1 Övriga LSS-insatser	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
Stämningsstabiliserande	0,4	0,4	17,7	22,6	9,7	14,3
Lyrice*	0	0	0	0,8	0	0
Antipsykotika	0,2	0,2	28,4	15,8	8,4	5,4
Litium	0	0	0,8	1,5	0,2	0,1
Bensodiazepiner**	0,2	0,4	5,8	10,5	3,3	4,8
Sömnmedel	0,8	0,8	25,5	24,8	13,5	12,6
Antidepressivt	0,9	1,7	15,2	25,6	8,6	9,8
Adhd-läkemedel	4	1,8	25,5	21,8	26,8	17,6
Theralen***	0,1	0,1	6,6	3	1,5	1,6

*Lyrice tillhör en läkemedelsgrupp som används bl.a. för att behandla epilepsi, neuropatisk smärta och generaliserat ångestsyndrom hos vuxna.

**Bensodiazepiner tillhör en läkemedelsgrupp som används för att behandla bl.a. ångesttillstånd.

***Theralen används bl.a. för beteenderubbningar, orostillstånd och sömnrubbingar hos barn.

Källa: Läkemedelsregistret och registret över insatser enligt LSS.

För den äldre åldersgruppen 18–24 år ser mönstret likadant ut (se tabell 12). Andelen som förskrivs psykofarmaka högst hos unga i LSS-boende, det gäller för samtliga läkemedelsgrupper. Även i denna åldersgrupp är förskriv-

Tabell 12. Förekomst av psykofarmaka, minst tre uttag, fördelat på läkemedelsgrupp

Andel bland personer 18–24 år fördelat efter kön, personkretstillhörighet och förekomst av LSS-insats.

	Ej LSS-insatser		Personkrets 1 LSS-boende		Personkrets 1 Övriga LSS-insatser	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
Stämningsstabiliserande	0,5	0,9	17,9	18,1	13,5	16,3
Lyrice*	0,1	0,2	0,8	1,2	0,4	0,4
Antipsykotika	0,4	0,5	21,8	18,7	7,5	6,3
Litium	0,1	0,1	0,9	1,3	0,3	0,6
Bensodiazepiner**	0,5	0,9	7,3	9,8	4,8	5,6
Sömnmedel	0,7	1,2	11,6	11,6	6,9	8,3
Antidepressivt	2	4,4	19,2	23,4	10,8	14,7
Adhd-läkemedel	1,3	1,3	15,3	10,2	9,9	8,6
Theralen***	0,1	0,1	3,5	4,1	0,9	1,4

*Lyrice tillhör en läkemedelsgrupp som används bl.a. för att behandla epilepsi, neuropatisk smärta och generaliserat ångestsyndrom hos vuxna.

**Bensodiazepiner tillhör en läkemedelsgrupp som används för att behandla bl.a. ångesttillstånd.

***Theralen används bl.a. för beteenderubbningar, orostillstånd och sömnrubbingar hos barn.

Källa: Läkemedelsregistret och registret över insatser enligt LSS.

ningen av antipsykotika högre än förekomsten av schizofreni bland de i LSS-boende. Mellan 3,5–4 procent har någon form av schizofrenidiagnos, samtidigt som omkring 20 procent behandlas med antipsykotika.

Vanligt med flera förskrivare

Socialstyrelsens analyser visar också att barn och unga i LSS-boende har något fler förskrivande vårdenheter än övriga i åldersgruppen. Exempelvis har de i LSS-boende och som har fyra läkemedel genomsnittligen fem förskrivande vårdenheter. Det relativt höga antalet förskrivande vårdenheter inverkar negativt på kontinuiteten och kan försvåra uppföljning av läkemedelsanvändningen.

Analyserna visar vidare att de tre vanligaste specialistkompetenserna som förskriver psykofarmaka till barn och unga återfinns inom barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri samt psykiatri. Det gäller för såväl de med intellektuell funktionsnedsättning som de övriga. För barn och unga som tillhör personkrets 1 är det också vanligt att förskrivning sker inom barn- och ungdomsneurologin med habilitering (gäller framförallt för flickor 13–17 år som tillhör personkrets 1). För åldersgruppen 18–24 år är det genomgående relativt vanligt att psykofarmaka förskrivs av förskrivare som saknar registrerad specialistkompetens. Specialistkompetens inom exempelvis psykiatri torde medföra en bättre kunskap om indikationer för behandling med psykofarmaka.

Många som medicineras med antipsykotika saknar diagnos

Många barn och unga med intellektuell funktionsnedsättning som förskrivs psykofarmaka har en samtidig psykiatrisk diagnos, men inte alla. Det gäller särskilt för de som bor i LSS-boende där exempelvis användningen av antipsykotika är hög trots en låg förekomst av schizofreni. Dessa resultat bekräftar resonemangen i förra årets lägesrapport.

Behandling med antipsykotiska läkemedel är grundläggande vid akuta manier och schizofreni; vid schizofreni är behandlingen ofta långvarig. Vid andra tillstånd, till exempel utagerande och aggressivt beteende eller bristande impulskontroll, rekommenderas behandling under kort tid och endast då nyttan tydligt bedöms överstiga de kända risker för allvarliga biverkningar som finns med långtidsbehandling. Bland dessa kan nämnas neurologiska biverkningar (till exempel parkinsonism och dyskinesier), metabola biverkningar (kraftig viktuppgång, diabetes, förhöjda blodfetter), trötthet, levertoxicitet, förhöjt blodtryck och risk för hjärtarytmier, speciellt vid kombination med andra läkemedel som också ökar risken för hjärtarytmi. I sammanhanget bör även nämnas att barn och unga som är känsligare att utveckla biverkningar än vuxna. Med detta som bakgrund finner Socialstyrelsen den höga och långvariga användningen hos barn och unga med intellektuell funktionsnedsättning anmärkningsvärd.

Personer med utvecklingsstörning, autism eller ett autismliknande tillstånd har ofta olika former av utmanande beteenden. Troligen är det många gånger

effekter på dessa som eftersträvas vid behandling med antipsykotika. Vissa barn och unga i LSS-boende har stora omvårdnadsbehov, ett utagerande beteende eller kan inte bo hos sina föräldrar av en annan anledning som är orsakad av funktionsnedsättningen

Socialstyrelsen anser att behovet av långvarig användning av antipsykotiska läkemedel sannolikt kan minska om personalen använder arbetsmetoder som skapar trygghet och ett jämlikt bemötande. Personalen behöver därför ha tillgång till kontinuerlig handledning och fortbildning. Därutöver är det viktigt att specialister kontinuerligt följer upp och utvärderar läkemedelsbehandlingen. Socialstyrelsen har nyligen publicerat ett kunskapsstöd för verksamheter inom funktionshindersområdet [16]. I detta kunskapsstöd presenterar myndigheten metoder, förhållningssätt och förutsättningar för att kunna ge stöd till personer som har ett utmanande beteende. Det är viktigt att denna publikation får spridning i verksamheterna.

Ojämlig akut hjärtsjukvård för personer med LSS-insatser

Vården till personer med funktionsnedsättning är inte alltid jämlik [17, 18]. I tidigare lägesrapporter har Socialstyrelsen analyserat bröstcancervården för personer med insatser enligt LSS [18]. Myndigheten har då kunnat konstatera att kvinnor med LSS-insatser ofta får sin cancerdiagnos senare än andra cancerpatienter och att de i högre utsträckning riskerar att dö till följd av cancer.

I årets lägesrapport har Socialstyrelsen genomfört motsvarande analyser av vården vid akuta hjärtinfarkter. Analyserna innefattar samtliga patienter som för första gången drabbades av akut hjärtinfarkt 2008–2014. Vissa av dessa personer tillhör personkrets 1 eller 3 enligt LSS. Jämförelsegruppen (det vill säga referenspopulationen) är övriga hjärtinfarktpatienter som inte har insatser enligt LSS.

Perkutan koronar intervention (PCI)

Förträngningar i hjärtats kärl som bildas av fett, bindväv och kalk gör att blodkärlen blir trånga och oelastiska. Om det blir totalt stopp på grund av en blodpropp får hjärtat akut syrebrist, som utvecklas till en hjärtinfarkt. En viktig behandlingsinsats är då att öppna det tilltäppta kärlet genom ballongvidgning (perkutan koronar intervention, PCI), vilket innebär att en ledare förs in via exempelvis ljumskpulsådern upp till kranskärlat som vanligtvis vidgas med en ballong.

I analysen studerade Socialstyrelsen den relativa risken för PCI inom sex dagar¹⁵, det vill säga att patienten ska ha fått PCI inom sex dagar efter konstaterad hjärtinfarkt. I analysen justerar vi för ålder, kön, vårdtid och landsting.

Tabell 13 visar PCI-behandling inom 0–6 dagar efter inskrivning med hjärtinfarktsdiagnos. I tabellen jämförs patienter som tillhör personkrets 1 eller 3 enligt LSS med övriga patienter. Personer som tillhör personkrets 1 och som drabbas av akut hjärtinfarkt får PCI ungefär hälften så ofta som andra patienter. Något fler patienter bland personkrets 3 får åtgärden men fortfarande mer sällan än övriga patienter. I analysen har Socialstyrelsen kontrollerat för kön, men ytterligare analyser visar inga skillnader mellan män och kvinnor.

Tabell 13. Relativa risker för PCI inom 0–6 dagar efter hjärtinfarkt. Personer som tillhör personkrets 1 och 3, LSS jämförs med övriga, åren 2008–2014

	IRR (95 % KI)
Referens (ej personkrets 1 eller 3)	1
Personkrets 1	0,41 (0,33–0,51)
Personkrets 3	0,54 (0,74–0,76)

Källa: Patientregistret och registret över insatser enligt LSS.

Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa varför patienter som tillhör personkrets 1 och 3 inte får PCI i lika stor utsträckning som övriga patienter. Ett kirurgiskt ingrepp i syfte att förhindra allvarlig eller dödlig hjärtinfarkt borde komma patienter med funktionsnedsättning till del, om det inte finns speciella anledningar till att avstå från åtgärden. Socialstyrelsen har även kunnat utesluta att personerna i stället fick annan kirurgi, som bypass.¹⁶

I personkrets 1 ingår personer med intellektuell funktionsnedsättning, till exempel utvecklingsstörning eller autism. Möjligt skäl till att avstå från PCI skulle kunna vara att dessa personer i större omfattning än övriga patienter bör avstå av vissa medicinska skäl, exempelvis medfödda missbildningar. Det kan också vara så att sjukvården bemöter personer med funktionsnedsättning på ett ojämlikt sätt och att de får ett sämre somatiskt omhändertagande. För att öka kunskapen om orsaker krävs ytterligare, fördjupade analyser både av samsjuklighet och av vårdåtgärder.

Resultaten stärker tidigare slutsatser att personer med funktionsnedsättning inte alltid får adekvat somatisk vård och därmed riskerar sämre hälsa, oavsett vad orsakerna till detta kan vara. Socialstyrelsen kommer att fortsätta analysera den akuta hjärtsjukvården för personer med insatser enligt LSS, i syfte att fördjupa kunskapen om orsaker till skillnaderna.

¹⁵ Den relativa risken som Socialstyrelsen använde är en så kallad "incident rate ratio". Regressionsanalysen är en poisson regression.

¹⁶ Vid en bypassoperation kopplas ett nytt kärl förbi förträngningar i hjärtats kranskärl.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, och socialtjänstens insatser ska baseras på bästa tillgängliga kunskap. I detta kapitel fokuserar Socialstyrelsen på genomslaget för evidensbaserad praktik och på personalens kompetens.

Evidensbaserad praktik har fått ökat genomslag

En viktig del i arbetet för en kunskapsbaserad vård och omsorg är att arbetet ska vara evidensbaserat. En evidensbaserad praktik innebär systematisk användning av bästa tillgängliga kunskap vid beslut om insatser till enskilda personer. Besluten ska även fattas utifrån den professionelles expertis och den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål.

Mellan åren 2013 och 2015 har en nationell satsning inom området pågått. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och landets kommuner har tillsammans genomfört insatser för att stödja en evidensbaserad praktik inom funktionshindersområdet [19]. Arbetet har fokuserat på tre områden:

1. Förstärka delaktigheten för barn och unga med funktionsnedsättning.
2. Förstärka brukarmedverkan.
3. Initiera, genomföra och utveckla systematisk uppföljning.

I satsningen har det ingått att fördela statliga medel för regionalt och lokalt utvecklingsarbete, och satsningen har fått stor spridning i landet. Samtliga 21 län ansökte inledningsvis om medel, varav tio valde att utveckla alla tre områdena, sex valde två områden och fem län valde att koncentera sig på att utveckla ett område. Totalt 15 län har arbetat med förstärkt delaktighet för barn och unga, 19 med förstärkt brukarmedverkan och 13 med systematisk uppföljning.

Länen beskriver att de flesta aktiviteterna har handlat om LSS, främst insatserna boende, daglig sysselsättning och korttidsboende. Verksamheter som ger stöd och service till personer med psykisk funktionsnedsättning har förekommit i mindre omfattning. En förklaring kan vara att det området tidigare har haft tillgång till andra satsningar och således haft möjligheter att utveckla verksamheten med andra medel.

I de flesta län har arbetet skett integrerat inom de tre områdena, och exempel på genomförda aktiviteter under 2015 är [20]:

- barnsamtalsutbildning
- föreläsningar om barns och ungas delaktighet
- föräldrastödsprogram ("parenting young children")

- utbildningar i brukarrevision
- seminarier och utbildningsdagar i alternativ kompletterande kommunikation (AKK)
- modernisering av BUKU¹⁷

De preliminära resultaten från en pågående utvärdering av satsningen visar att det krävs långsiktighet och att det återstår mycket arbete innan en evidensbaserad praktik är införd i funktionshindersomsorgen¹⁸. Att införa evidensbaserad praktik inom detta område är komplext, menar utvärderarna, bland annat med tanke på brukarnas ofta livslånga behov av stöd, lagstiftningens mål och en många gånger bristande kunskapsnivå hos baspersonalen. Mycket har ändå skett inom ramen för satsningen, främst när det gäller utveckling av metoder för brukarinflytande.

All baspersonal har inte tillräcklig kunskap

Det är viktigt att arbetet inom funktionshindersomsorgen utförs av personal med tillräcklig kompetens. Baspersonalens kunskap motsvara inte alltid de rekommendationer som anges i *allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper för personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning*.

Omkring 72 procent av kommunerna uppskattar att hälften eller all baspersonal inom bostad med särskild service och korttidsvistelse når upp till rekommendationerna. Motsvarande andel inom korttidsvistelse är 57 procent. Andelen är lägre inom ledsagarservice och avslösarservice, 18,7 respektive 32,5 procent. [6] Inom personlig assistans (kommunens egen personal) är andelen 40 procent. [7]

Många kommuner kan inte uppskatta kunskapsnivån hos sin baspersonal, denna andel är störst inom bostad med särskild service och avslösarservice: 30 respektive 34 procent. [6, 7]

Att baspersonalen har grundläggande kunskaper om exempelvis funktionsnedsättningar och deras konsekvenser, förhållningssätt, personlig omsorg, regelverk och konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning bidrar till att öka kvaliteten i verksamheterna. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att det behövs en kompetenssatsning på baspersonal inom LSS och en sådan har nu beslutats av regeringen¹⁹. Satsningen kommer att medföra ökade förutsättningar för baspersonalen att öka sina kunskaper inom funktionshindersområdet.

Hög kompetens hos LSS-handläggare

Kompetensen hos socialtjänstens handläggare av LSS-ärenden är fortsatt hög. År 2014 utfördes 94 procent av samtliga handläggningstimmar av

¹⁷ BUKU är en metod för utvärdering och kvalitetsutveckling på verksamhetsnivå för insatser som ges enligt LSS.

¹⁸ Utvärderingen publiceras i mars 2016.

¹⁹ Regeringsbeslut S2015/0819/1FST.

handläggare med socionomexamen. Motsvarande andel 2011 var 92 procent. Totalt 80 procent av handläggarna hade arbetat längre än ett år [21]. Vidare har många handläggare kontinuerlig handledning. Cirka 75 procent av samtliga LSS-handläggningstimmar utfördes av en handläggare med kontinuerlig ärendehandledning. [21]

Handläggare inom funktionshindersomsorgen behöver även sådan kunskap som anges i *Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2008:32) om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder*. Det handlar exempelvis om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och olika funktionsnedsättnings konsekvenser för den enskilde. Socialstyrelsen har därför haft i uppdrag att upphandla en nationell högskoleutbildning för handläggare av LSS-ärenden. Utbildningen ger deltagarna ökad kunskap om rättssäker handläggning och om lagens möjligheter att ge den enskilde goda och jämlika levnadsvillkor. Första utbildningsomgången startade hösten 2014 och den sista är planerad att genomföras under 2016. I den senaste delrapporten konstaterar Socialstyrelsen att av de 238 personer som startade på den första utbildningsomgången så examinerades 159²⁰. De flesta deltagarna var handläggare. Utbildningen vänder sig även till chefer för handläggarna, men denna grupp utgjorde endast fyra procent av deltagarna. Majoriteten av deltagarna, 56 procent, hade arbetat i fem år eller mindre.

Socialstyrelsen bedömer att utbildningen bidrar till att framför allt handläggare får ökad kunskap om funktionshindersområdet. Myndigheten menar dock att det kommer ta tid innan några förbättringar kan konstateras och att denna utbildningssatsning behöver kompletteras med andra insatser. Samtidigt så slutför inte alla utbildningen. Flera av de som hoppade av uppgav att det inte går att kombinera högskolestudier med heltidsarbete. De flesta uppgav att de antingen inte har tid för att läsa eller tid för att vara med på de obligatoriska träffarna. Många svarade att de får studera på arbetstid om arbetet så tillåter, vilket var sällan.

²⁰ Diarienummer 1186/2014-108.

Samordning och kontinuitet

Personer med funktionsnedsättning får många gånger stöd från flera aktörer. Detta ställer krav på insatsernas helhetssyn, samordning och kontinuitet, exempelvis anges i 7 § LSS att insatserna ska vara varaktiga och samordnade. Det är också viktigt att uppmärksamma hur olika insatser på bästa sätt kan verka förebyggande. I detta kapitel presenterar Socialstyrelsen det aktuella läget när det gäller samverkan mellan olika aktörer och samordning kring enskilda.

Allt fler samverkansöverenskommelser

Stödet till personer med funktionsnedsättning behöver ofta samordnas. Därför finns det ett stort behov av rutiner för samverkan mellan LSS-området och andra verksamheter.

Allt fler kommuner har samverkansöverenskommelser²¹ mellan LSS-verksamheter och andra aktörer med stöd av 6 § LSS (se tabell 14). Ökningen är särskilt stor när det gäller överenskommelser med barnhabiliteringen och barnpsykiatri, där andelen fördubblats under de senaste tre åren. Utvecklingen bör dock tolkas med försiktighet eftersom uppgifterna inte är helt jämförbara över tid [21].

Trots ökningen har långt ifrån alla kommuner samverkansöverenskommelser. Andelen kommuner som har samverkansöverenskommelser med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan är fortfarande låg, år 2014 var andelen 16 respektive 17 procent. Socialstyrelsen anser att ökningen av samverkansöverenskommelser är positiv, men samtidigt behöver överenskommelserna bli fler.

Tabell 14. Andel kommuner och stadsdelar som har aktuella överenskommelser mellan LSS-verksamheter och externa aktörer om samverkan i enskilda ärenden 2012–2014

Aktuell överenskommelse med	2012	2013	2014
Arbetsförmedlingen	8	12	16
Försäkringskassan	11	12	17
Landstingets vuxenhabilitering	25	27	38
Landstingets barnhabilitering	24	22	30
Landstingets vuxenpsykiatri	28	40	50
Landstingets barnpsykiatri	39	49	56

Källa: Öppna jämförelser 2014. Stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2015.

²¹ Samverkansöverenskommelserna är på ledningsnivå, det vill säga mellan den politiska ledningen och förvaltningschefen.

Insatser enligt Finsam ger resultat

Finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Finsam)

Lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, Finsam, möjliggör för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner och landsting och regioner att samordna sitt stöd till personer som behöver insatser från flera myndigheter samtidigt. Detta sker inom ramen för en gemensam juridisk person med benämning samordningsförbund. I målgruppen för Finsams insatser ingår bland annat personer med funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa.

Insatserna består av individ- eller strukturinriktade insatser. Syftet med individinriktade insatser är att individer ska uppnå eller förbättra sin arbetsförmåga, och består av fyra huvudtyper: rehabilitering till arbete eller studier, förberedande insatser, kartläggning samt förebyggande insatser. Syftet med strukturinriktade insatser är i sin tur att förbättra bland annat samverkan mellan myndigheter och att öka kunskapen hos handläggare. De strukturinriktade insatserna består bland annat av dialoger och utbildning.

Ett annat exempel på samordning av myndigheters insatser är Finsam, finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Antalet samordningsförbund ökar och uppgår för närvarande till 80 stycken och 241 av landets kommuner är medlemmar i något av förbunden. Under 2015 deltog omkring 33 500 personer i samordningsförbundens insatser. [22]

Könsfördelningen är jämn, kvinnorna utgjorde drygt 50 procent av de registrerade deltagarna. År 2014 fick 69 procent av männen insatser som avser rehabilitering till arbete eller studie, motsvarande andel bland kvinnorna var 66 procent. Andelen som får rehabiliterande insatser till arbete eller studier har minskat med några procentenheter sedan 2012. En möjlig orsak till detta kan vara att Finsams målgrupp befinner sig allt längre bort från arbete eller studier.

Omkring 30 procent av de som deltagit i de individriktade insatserna under perioden 2011–2014 gick vidare till arbete eller studier. Under 2014 gick 34 procent av männen och 32 procent av kvinnorna vidare till antingen arbete eller studier. Ett annat resultatmått är så kallad stegförflyttning, det vill säga att deltagare har närmat sig arbetsmarknaden. Under 2014 hade 23 procent av de som avslutat en insats skrivit in sig på Arbetsförmedlingen. [23]

Samordningsförbundens insatser når många personer med komplexa behov, till exempel personer med funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa. En viktig målgrupp är unga och andelen deltagare med aktivitetsersättning ökar successivt. [23] Socialstyrelsen bedömer att utvecklingen går i positiv riktning och att samordningsförbunden når många personer vars behov inte tillgodoses av befintliga myndighetsstrukturer.

Otydlig bild av samordningen runt den enskilde

När enskilda behöver insatser eller åtgärder från flera verksamheter dokumenteras detta ofta i en individuell plan, till exempel:

- habiliterings- och rehabiliteringsplan enligt 3 b § HSL
- individuell plan enligt 10 § LSS
- samordnad individuell plan (SIP) enligt 3 f § HSL och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen.

Inom ramen för insatsen råd och stöd enligt LSS ingår många gånger samordning av myndighetskontakter. Socialstyrelsens senaste uppföljning av statsbidrag för insatsen råd och stöd visar att såväl SIP som individuella planer enligt HSL och enligt LSS används [9]. Men bilden är inte entydig och det ser olika ut i landet. Uppföljningen ger inte heller svar på om insatserna för att underlätta samordning är framgångsrika.

I uppföljningen av råd och stöd anger över hälften av landstingen att de har riktlinjer för samordning i enskilda ärenden av råd och stöd [9]. De flesta anger att de upprättar SIP som ett sätt att samordna mellan landsting och socialtjänst. Åtta landsting erbjuder personlig samordnare till personer i LSS personkrets och deras närstående. Flera landsting uppger att de utser en personlig koordinator när en SIP upprättas.

Uppgifterna i Socialstyrelsens uppföljning kompletteras av en undersökning som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MYVA) genomfört [22]. I denna bedömer 36 procent i gruppen svårt sjuka²² att samordningen fungerar i låg grad eller inte alls. Ett mindre antal patienter uppger att de haft behov av insatser från både vården och socialtjänsten (3 procent), av dessa hade endast cirka 30 procent fått en individuell plan upprättad. [22]

Uppfattningarna hos patient- och brukarorganisationer ger ytterligare kunskap. I en undersökning bland Neuroförbundets och Sällsynta diagnosers medlemmar angav endast 14 procent av respondenterna att en skriftlig plan för samordning mellan olika aktörer hade tagits fram. Andelen som anger att en habiliteringsplan har tagits fram är dock högre, 58 procent [23].

I Socialstyrelsens uppföljning av statsbidrag för råd och stöd angav några landsting att de erbjuder en fast vårdkontakt, det vill säga en namngiven kontaktperson med ansvar att samordna patientens vårdinsatser [9]. I uppföljningen framgick inte hur många personer som hade en sådan vårdkontakt, viss information finns däremot i resultaten från MYVA:s undersökning. I denna undersökning uppgav 19 procent av de svårt sjuka att de hade en fast vårdkontakt och ytterligare 20 procent uppgav att de skulle vilja ha en sådan. Resultatet i undersökningen bland Neuroförbundets och Sällsynta diagnosers

²² I undersökningen användes resultaten från en patientenkät med befolkningsurval. Svårt sjuka är en delgrupp av gruppen patienter och följande kriterier skulle vara uppfyllda för att ingå i gruppen: a) haft kontakt med hälso- och sjukvården fem gånger eller fler under de senaste 12 månaderna och b) antingen ha skattat sin hälsa som dålig eller mycket dålig, eller fått vård för en allvarlig eller kronisk sjukdom eller skada under de senaste 12 månaderna.

medlemmar var sämre, endast 26 procent kände till möjligheten att få en fast vårdkontakt och knappt 2 procent uppgav att de hade fått erbjudande om en sådan kontakt [23].

Resultaten från MYVA:s undersökning är inte uppdelat på olika åldersgrupper och det går därför inte att särskilja yngre personer med funktionsnedsättning från personer som är 65 år och äldre. Undersökningen bland Neuroförbundets och Sällsynta Diagnosers medlemmar riktar sig till en begränsad grupp. Resultaten är därför inte representativa för samtliga personer som skulle kunna vara i behov av individuella planer och fast vårdkontakt. Resultaten från båda undersökningarna bidrar likväl med viktig information om grupper vars behov av stöd och insatser många gånger är komplexa.

Under hösten 2015 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att ta fram kunskapsunderlag och metodstöd om föräldraskapsstöd och om samordning av insatser avseende barn och unga med funktionsnedsättning²³. Arbetet med uppdraget kommer medföra ökade förutsättningar för samordningen inom området.

²³ Regeringsbeslut S2015/07318/FST (delvis).

Individanpassad vård och omsorg

Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet (se 1 kap. 1 § SoL och 2 a § HSL). I detta kapitel redogör Socialstyrelsen bland annat för avgränsningar i lokala riktlinjer och enskildas inflytande i planeringen av det egna stödet.

Riktlinjer riskerar att försvåra individuella bedömningar

Insatser enligt LSS är inte likvärdiga i landet. Det konstaterar Socialstyrelsen efter att ha kartlagt och analyserat följande insatser med utgångspunkt från kommuners riktlinjer för insatserna [6, 7]:

- ledsagarservice
- avlösarservice i hemmet
- korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- personlig assistans.

Omkring hälften av landets kommuner har lokala riktlinjer för dessa insatser enligt LSS. Riktlinjerna är utformade på många olika sätt; vissa riktlinjer avser en LSS-insats och andra avser alla LSS-insatser. Några riktlinjer omfattar insatser enligt både LSS och SoL. [6, 7]

Att riktlinjerna innehåller avgränsningar behöver inte betyda att de strider mot gällande rätt det konstaterar Socialstyrelsen i sin analys. En avgränsning kan ha sin grund i exempelvis uttalanden i förarbeten till lagen eller i vägledande avgöranden från domstol. Det är dessutom många kommuner som i sina riktlinjer framhåller att besluten om rätt till insatser enligt LSS ska grundas på en individuell bedömning. I Socialstyrelsens kartläggning framkommer det dock att riktlinjer och avgränsningar kan vara utformade på ett sådant sätt att de begränsar utrymmet för en individuell bedömning. I vissa fall skiljer dessutom rekommendationerna sig åt mellan kommunerna, till exempel för omfattningen av en insats. Detta riskerar i sin tur att leda till att insatserna inte blir likvärdiga över landet. [6, 7]

Ledsagarservice är den insats som i kommunernas riktlinjer innehåller flest avgränsningar. Det finns dessutom stora skillnader i hur insatsen tillämpas i kommunerna. Olikheter berör främst var kommunerna beviljar insatsen, vem som svarar för ledsagarens omkostnader och vad som ingår i personlig service. [6]

Lagstiftning och rättspraxis ändras över tid och därför behöver kommunerna uppdatera sina riktlinjer regelbundet för att säkerställa en rättssäker handläggning. I Socialstyrelsens kartläggningar framkom att en fjärdedel av riktlinjerna var daterade 2010 eller tidigare. Därefter har flera ändringar gjorts i lag och föreskrifter och flera avgöranden från Högsta förvaltningsdomstolen har kommit, till exempel infördes en bestämmelse om barnets bästa i LSS år 2011. [6, 7]

Avgränsningar inom LSS påverkar anhöriga negativt

Insatsen avlösarservice enligt 9 § 5 LSS syftar till att göra det möjligt för anhöriga att få avkoppling och uträtta sysslor utanför hemmet. Insatsen korttidsvistelse har delvis samma syfte (se prop. 1992/93:159 s. 76 f. och 178). För att insatserna ska kunna utgöra ett konkret stöd för anhöriga anser Socialstyrelsen att de behöver utformas efter den enskildes och anhörigas behov. Även Riksrevisionen har konstaterat behovet av flexibelt stöd till anhöriga omsorgsgivare i sin granskning av stödet [24]. Insatserna är emellertid inte alltid anpassade efter de anhörigas behov.

Socialstyrelsens kartläggning visar att kommunala riktlinjer många gånger innehåller avgränsningar som är av sådan karaktär att insatserna riskerar att inte uppfylla sitt syfte [6]. Till exempel tolkar kommunerna begreppet ”i hemmet” på olika sätt när det gäller insatsen avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS. Några kommuner anger i sina riktlinjer att avlösning endast kan ges i det egna hemmet medan andra anger att insatsen kan ges med utgångspunkt från hemmet. Enligt några kan avlösaren följa med på promenad eller till en lekplats. Det finns också tydliga skillnader mellan kommunerna när det gäller om avlösaren till exempel kan hämta eller lämna den insatsberättigade vid förskola, skola eller daglig verksamhet. [6]

Socialstyrelsens kartläggning av kommunernas riktlinjer visar också att ett antal riktlinjer innehåller avgränsningar i vad avlösaren får göra. Det finns till exempel riktlinjer som begränsar vad den anhörige som blir avlöst får göra medan den insatsberättigade får insatsen. [6]

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt 9 § 6 LSS är i sin tur den insats som avgränsas mest i riktlinjerna när det gäller hur ofta och i vilken omfattning den får ges. Hur det ser ut skiljer sig åt mellan kommunerna, och det är också svårt att se vad kommunernas olika bedömningar grundar sig på. [6]

Korttidsvistelse ges framför allt till barn och unga under 23 år. Därmed måste kommunen särskilt beakta vad som är barnets bästa när den utformar och planerar insatsen. Det kan handla om att möta personal som barnet känner sig trygg med och att finnas i en grupp där barnet kan känna tillhörighet. Kontinuiteten är viktig för att detta ska fungera. Socialstyrelsens analyser pekar på att de som verkställer beslut om korttidsvistelse i kommunerna försöker tillgodose dessa behov.

För den enskilde och de anhöriga kan det vara av stor betydelse hur insatsen utformas, exempelvis om ett barn får vara på ett korttidsboende under vardagar eller helger. En del av frågorna om hur kommunerna genomför och utformar insatsen är verkställighetsfrågor. Det innebär i sin tur att det kan vara svårt för den enskilde att få detaljerna i utformningen av insatsen prövad i domstol. Vad domstolen kan ta ställning till kan i sådana fall vara om den enskilde får goda levnadsvillkor genom den insats som kommunen erbjuder och, i förekommande fall, om anhöriga genom insatsen får avlösning i sitt omvårdnadsarbete (se RÅ 2007 ref. 62). [6]

Sammanfattningsvis konstaterade Socialstyrelsen och dessa avgränsningar innebär att föräldrar inte alltid kan få avlastning när de som bäst skulle behöva den. Socialstyrelsen har tidigare publicerat en fördjupad studie om anhöriga som ger omsorg till en närstående, bland annat för anhöriga till barn med funktionsnedsättning eller sjukdom. Rapporten ger en bakgrund till hur kommunerna bör utforma insatserna avlösarservice och korttidsvistelse för att underlätta för föräldrar i dagens samhälle, där båda föräldrarna förväntas förvärvsarbeta. [25]

Förutsättningar för ökat inflytande och valfrihet har stärkts

Inflytande och delaktighet är två bärande principer för stöd som riktar sig till personer med funktionsnedsättning. Förutsättningarna för den enskildes delaktighet och inflytande har stärkts på flera sätt under de senaste åren. Ett exempel är införandet av patientlagen (2014:821) den 1 januari 2015. För personer med hjälpmedel fastslår lagen att:

- Patienten ska få information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning (3 kap. 1 §). Informationen ska enligt andra paragrafer i detta kapitel vara anpassad till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (6 §). Den som ger informationen ska dessutom så långt som det är möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen (7 §).
- När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det framstår som befogat med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet (7 kap. 2 §).

Patientlagens implementering i hjälpmedelsverksamheterna har kommit en bit, men fortfarande finns det arbete kvar. Inom 88 procent av hjälpmedelscentralerna har forskrivare eller hjälpmedelskonsulenter fått information om bestämmelserna om hjälpmedel i patientlagen. Det visar preliminära resultat från Socialstyrelsens uppföljning av valfrihet inom hjälpmedelsområdet [26].

Många verksamhetschefer påpekar dock att de fortfarande tycker att det finns oklarheter om hur de ska tolka patientlagen, men att de har informerat hjälpmedelsförskrivare och hjälpmedelskonsulenter översiktligt.

Vidare uppger närmare 70 procent av verksamhetscheferna att de använder sig av nya eller uppdaterade styrdokument för att säkerställa patientlagens bestämmelser om hjälpmedel. Dessa styrdokument kan vara framtagna av huvudman på central nivå eller av verksamheterna själva. I knappt hälften av hjälpmedelsverksamheterna har personalen fått utbildning i samtliga delar som berör hjälpmedel. [26]

Studier visar att när brukare upplever sig delaktiga i förskrivningsprocessen så använder de hjälpmedel i högre utsträckning [27]. Alla hjälpmedelsanvändare upplever dock inte att de är delaktiga vid förskrivning av hjälpmedel, det visar en undersökning som MYVA genomfört [28]. Omkring 11 procent av respondenterna uppgav att de använder hjälpmedel till följd av en funktionsnedsättning. Hälften uppgav att de varit delaktiga vid valet av hjälpmedel. Drygt 70 procent uppgav att de alltid eller ibland hade fått information om möjligheten att välja hjälpmedel och informerats om vilka hjälpmedel de kunde få.

Var tionde svarade att hjälpmedel hade presenterats men att de inte varit delaktiga i valet. Ytterligare cirka 10 procent uppgav att inga alternativ diskuterades trots att de visste att sådana fanns.

Andelen är något högre i Neuroförbundets hjälpmedelsundersökning, 88 procent uppgav att de kunnat påverka valet av hjälpmedel och 72,5 procent är nöjda med sin hjälpmedelssituation [29]. Att andelen är högre kan beror på att medlemmar i Neuroförbundet har varaktiga funktionsnedsättningar och är erfarna hjälpmedelsanvändare.

Socialstyrelsen kommer fortsätta att följa utvecklingen och införandet av patientlagen. Detta sker inom ramen för befintligt hjälpmedelsuppdrag.²⁴

Valfrihetssystem bidrar inte till jämlik vård

Valfrihetssystemen förutsätter välinformerade val. För de brukare som inte kan eller vill göra ett aktivt val bidrar inte valfriheten i sig till en mer jämlik vård och omsorg [30]. Detta konstaterar Socialstyrelsen i en uppföljning av stimulansmedel som myndigheten betalat ut till de kommuner som ville införa eller utreda behovet av ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

Myndigheten konstaterar även att LOV haft ett lägre genomslag inom LSS än inom äldreomsorg; en knappt fjärdedel av kommunerna har infört valfrihet inom ramen för LSS [30].

Kommuner som infört valfrihetssystem enligt LOV har ofta begränsningar i sitt valfria utbud. Det kan gälla typen av insatser, tiden på dygnet eller geografiska avgränsningar. Tillgängligheten på utförare kan variera i en och samma kommun. [30] I den meningen anser Socialstyrelsen inte att valfrihetssystemets tillämpning bidrar till en mer jämlik vård och omsorg mellan kommuninvånarna.

²⁴ Regeringsbeslut S2014/8959/FST.

För brukare med nedsatt beslutsförmåga tillämpar kommunerna vanligen sitt ickevals-alternativ om ingen kan bistå brukaren i valet av utförare. Ickevals-alternativen utgår inte från individens behov, utan från den ordning som gäller i kommunen om någon avstår från att välja utförare. Med hänsyn till att vården och omsorgen i möjligaste mån bör vara individanpassad, så är Socialstyrelsens bedömning att det bör övervägas om inte val utanför kommunens ickevals-ordning i sådana fall bör vara möjligt. Avgörande i valet skulle i så fall vara vilken utförare som bäst kan tillgodose brukarens behov och inte vilken utförare som står på tur. [30]

Ökat genomslag för brukarinflytande

Brukarinflytandet har ökat, bland annat genom brukarinflytandesamordnare (BISAM), råd för funktionshinderfrågor och brukarrevision [21]. Genom brukarinflytande säkerställs att enskildas upplevelser bidrar till verksamhetsutveckling.

Drygt 90 procent av kommunerna har ett råd för funktionshindersfrågor, vilket gör den till den vanligaste formen av brukarinflytande. Andelen år 2013 var 88 procent. Färre kommuner har BISAM eller brukarrevision, 11 respektive 14 procent. Dessa former av brukarinflytande har endast ökat någon procentenhet sedan 2013.

BISAM är personer som är anställda av kommuner eller landsting och som har till uppgift att samordna inflytandet i kommunernas och landstingens verksamheter. Brukarrevision är i sin tur en oberoende och systematisk undersökning av en verksamhet som utförs av personer som har varit brukare, patienter eller anhöriga i en likartad verksamhet. Dessa personer kan göra brukarrevisionerna genom samtal, intervjuer eller enkäter med anhöriga, brukare eller patienter i verksamheten och med personalen som jobbar där.

Andelen kommuner som använder brukarundersökningar för att utveckla den egna LSS-verksamheten minskar dock, det visar de senaste öppna jämförelserna av stöd till personer med funktionsnedsättning. Andelen har minskat med närmare 30 procent sedan 2012, och var vid den senaste mätningen 43 procent. [21]

Att brukarundersökningarna har minskat i den senaste mätningen av öppna jämförelser behöver inte vara negativt. I en kartläggning av brukarundersökningar som genomfördes av Skaraborgs och Fyrbodals kommunalförbund konstaterades att brukarundersökningar vanligen genomförs med olika tidsintervaller, såväl vartannat som vart tredje och fjärde år var vanligt²⁵ [31].

Brukarinflytande är en viktig del av satsningen på en evidensbaserad praktik inom funktionshindersomsorgen. Flera utvecklingsprojekt har bedrivits, till exempel har FOU Välfärd i Skåne utvecklat en modell för ökat brukarinflytande: Delaktighetsmodellen (DMO). Denna har spridits via SKL:s nätverk för evidensbaserad praktik [32]. DMO genomförs i flera steg

²⁵ 24 av 29 kommuner besvarade enkäten.

av återkoppling och dialog mellan brukare och personal.²⁶ SKL bedömer att denna modell nu är en etablerad metod för brukarinflytande inom funktionshinderområdet, både inom LSS och inom socialpsykiatri.

Fler genomförandeplaner men alla kommer inte till tals

Alla barn och unga som bor i bostad med särskild service kommer inte till tals vid IVO:s frekvenstillsyn²⁷ [33]. IVO konstaterar att barn som bor i dessa boende till följd av studier på annan ort ofta kommer till tals, men inte de övriga. Den gruppen utgörs många gånger av barn med komplexa behov som kan ha kommunikationssvårigheter. Det saknas med andra ord kunskap om hur dessa barn upplever sitt boende.

Barn och unga som bor i bostad med särskild service enligt LSS är likväl mer delaktiga i arbetet med genomförandeplaner än tidigare. Detta konstaterar Socialstyrelsen i sin årliga rapportering av det funktionshinderspolitiska arbetet [34]. Den senaste tillsynsrapporten kompletterar denna bild [35]. En majoritet av LSS-boenden för barn och unga uppger att de tar hänsyn till barnens åsikter och synpunkter. Av de inspekterade verksamheterna bedöms 86 procent göra det fullt ut, medan resterande verksamheter åtminstone delvis tar hänsyn till barnens och de ungas åsikter. I 94 procent av verksamheterna får vårdnadshavaren eller god man möjlighet till inflytande och medbestämmande. Vidare innehåller nästan alla granskade akter en genomförandeplan. På verksamhetsnivå finns det en genomförandeplan i samtliga granskade akter på nio av tio boenden.

Även innehållet i genomförandeplanerna har förbättrats, enligt preliminära resultat från Socialstyrelsens kommande slutrapport av arbetet mot de funktionshinderspolitiska målen.²⁸ Förbättringarna handlar bland annat om att fler genomförandeplaner innehåller mål för de insatser som ingår i planerna. Många gånger saknas dock information om i vilken utsträckning den enskilde eller dennes företrädare har haft inflytande i planeringen.

Minskningen av uppsökande verksamhet har avstannat

Kommunernas uppsökande verksamhet till personer med psykisk funktionsnedsättning har ökat något sedan förra året, från 40 till 41 procent, efter att ha sjunkit under perioden 2011–2014.

Andelen kommuner som bedriver uppsökande verksamhet är dock fortfarande låg, mindre än hälften. Detta är anmärkningsvärt eftersom den upp-

²⁶ <http://kfsk.se/socialtjanst/fou-valfard/delaktighetsmodellen-2/>

²⁷ IVO:s tillsyn av bostäder med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ska omfatta regelbundna inspektioner. Inspektioner ska göras minst en gång per år. IVO ska i anslutning till en inspektion samtala med de barn och ungdomar som samtycker till det.

²⁸ Slutrapporten publiceras 15 mars.

sökande verksamheten anges i socialtjänstlagen (se 5 kap. 8 § enligt SoL). Många personer med psykisk funktionsnedsättning lever i social isolering, och Socialstyrelsen anser därför att det är angeläget att socialtjänstens verksamheter fortsätter arbetet med att informera människor om deras rättigheter och vilket stöd de har rätt till.

Ökad tillgång till strukturerad sysselsättning

Allt fler kommuner erbjuder insatser för att bidra till en meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning (se tabell 15). De senaste mätningarna visar att 89 procent av kommunerna erbjuder strukturerad sysselsättning, 80 procent öppen verksamhet och 39 procent arbetslivsinriktad rehabilitering.

Tabell 15. Andel kommuner och stadsdelar som erbjuder meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning, 2013–2015

	2013	2014	2015
Strukturerad sysselsättning	85	85	89
Socialt kooperativ/fontänhus	32	33	33
Öppen verksamhet	–	76	80
Arbetslivsinriktad rehabilitering	–	35	39

Källa: Öppna jämförelser 2014. Stöd till personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen; 2015.

En bidragande orsak till ökningen är troligen det statsbidrag som Socialstyrelsen betalat ut till verksamheterna sedan 2009 enligt förordningen (2009:955) om statsbidrag till vissa juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning.

Den senaste uppföljningen av statsbidraget visar att under 2014 deltog 3 280 personer i sysselsättningar inom 48 olika verksamheter. Kvinnor var i knapp majoritet, 52 procent.

Sysselsättningen anpassas till stor del till den enskildes förmåga [36]. Socialstyrelsen kan konstatera att verksamheterna bidrar till ett utökat och varierat utbud av meningsfull sysselsättning. Detta medför i sin tur att deltagarna kan stärka sina möjligheter att leva ett självständigt liv och i förlängningen kanske också få en anställning, till exempel inom ramen för de sociala företagen. Samtidigt är det också viktigt att det finns verksamheter som inte ställer höga krav på prestationer, framför allt i inledningsskedet. [36]

Tillgänglig vård och omsorg

Det är viktigt att information om socialtjänstens insatser är tillgänglig för alla medborgare. I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen hur tillgänglig informationen om socialtjänstens stöd är för personer med funktionsnedsättning.

Alternativa format allt vanligare

Tillgången till anpassad information om insatser enligt LSS har ökat, men är fortfarande begränsad (se tabell 16). Omkring 50 procent av kommunerna har information på lättläst svenska och som textfil, men endast 10 procent har information översatt till teckenspråk²⁹.

Tabell 16. Andel kommuner som har anpassad information på sina webbplatser, 2014–2015

	2014	2015
Lättläst svenska	42	49
Inspelat på teckenspråk	9	10
Talad information	46	50
Som textfil	59	58

Källa: Öppna jämförelser 2014. Stöd till personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen; 2015.

Tillgänglig information i alternativa format ökar förutsättningarna för att personer med funktionsnedsättning ska kunna vara delaktiga. Detta är en av de bärande principerna i den nationella funktionshinderspolitiken. Utan tillgänglig information blir det svårt för många personer med funktionsnedsättning att veta vilket stöd de har rätt till eller vem de ska vända sig till med sina frågor.

Bristande tillgänglig information försvårar också för den enskilde att göra egna val. Ett exempel på det är lagen om valfrihetssystem (LOV). Enligt 9 kap. 1 § LOV ska den upphandlande myndigheten lämna information till enskilda om samtliga leverantörer som den har tecknat kontrakt med inom ramen för valfrihetssystemet. Informationen ska vara saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig. Socialstyrelsen kan dock konstatera att en mindre andel av kommunerna har anpassad information om till exempel utbud av utförare och vilka tjänster som omfattas. Drygt 20 procent av kommunerna hade denna information på lättläst svenska eller i annat alternativt format. [30]

²⁹ Uppgifterna avser publiceringsåret 2015, men uppgifterna samlades in 2014.

Socialstyrelsen fortsätter att följa tillgängligheten. Under 2016 kommer myndigheten att publicera resultaten från en uppföljande mätning av tillgänglighet inom socialtjänst och vårdcentraler. Kartläggningen omfattar förutom information och alternativa format även andra aspekter, såsom fysisk tillgänglighet. Den förra mätningen genomfördes 2010. Resultaten från den pågående kartläggningen kommer därmed bli ett mått på hur tillgängligheten inom Socialstyrelsens sektor har utvecklats under den funktionshinderspolitiska strategiperioden 2011–2016.

Säker vård och omsorg

Vården och omsorgen ska vara säker och riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet. I detta kapitel fokuserar Socialstyrelsen bland annat på uppföljning och verkställande av beslut samt förekomst av begränsningsåtgärder.

Fler kommuner följer regelbundet upp beslut

Att följa upp beslut är ett sätt för den ansvariga nämnden att förvissa sig om att enskilda får det stöd som de beviljats och är i behov av. Det gäller oavsett om insatsen utförs i kommunal eller i enskild regi.

Socialstyrelsen ser en ökning i uppföljningen av beslut om insatserna bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS och daglig verksamhet enligt LSS [21]. Den senaste mätningen inom Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att kommunerna årligen följer upp 34 procent av alla beslut om bostad med särskild service. Motsvarande andel för 2012 var 26 procent.³⁰ Liknande utveckling sker inom daglig verksamhet, där den totala andelen uppföljda beslut har ökat från 31 till 37 procent. Vidare följer kommunerna upp över hälften, 57 procent, av alla beslut om ledsagarservice.³¹ [21]

Socialstyrelsen anser att utvecklingen går i positiv riktning, även om många beslut inte följs upp inom den angivna tidsramen. Samtidigt är det möjligt att kommunerna följer upp vissa beslut inom en längre tidsintervall. I LSS finns inga bestämmelser som anger hur ofta nämnden ska följa upp ett beslut om insatser enligt 9 § LSS³², det kan mycket väl vara så att de följer upp insatserna inom en något längre tidsintervall.

Hur en nämnd ska följa upp ett beslut när det inte är reglerat får nämnden själv bestämma med utgångspunkt i typen av insats och hur länge den ska pågå. Det är viktigt att uppföljningen sker systematiskt och att den bygger både på samtal med den enskilde och på uppgifter från den som svarar för att genomföra nämndens beslut om insats.

Fortfarande många icke verkställda beslut

Fortfarande får många vänta på att kommunen ska verkställa deras beslut om insatser enligt LSS och SoL. Under perioden november 2014–oktober 2015 registrerades sammanlagt 3 137 icke verkställda beslut³³ [37]. Majoriteten av

³⁰ I öppna jämförelser använder Socialstyrelsen 1 år som tidsgräns för uppföljning av beslut enligt LSS. Myndigheten har tagit fram indikatorn tillsammans med kommunala företrädare för LSS, brukarorganisationer och forskare.

³¹ Uppgifter om uppföljning av beslut om ledsagarservice finns endast för 2014.

³² Däremot finns en uppföljningsskyldighet i de fall nämnden har upprättat en individuell plan enligt 10 § LSS.

³³ Med icke verkställda beslut avses beslut som inte verkställts inom tre månader från dagen för beslutet.

dessas beslut gäller boende för vuxna. Även andra insatser berörs, till exempel kontaktperson och daglig verksamhet (se tabell 17).

Tabell 17. Antal registrerade, icke verkställda beslut under perioden 1 november 2014–31 oktober 2015, per LSS-insats

Insats enligt LSS	Antal icke verkställda beslut
Råd och stöd	0
Personlig assistans*	26
Ledsagarservice	171
Kontaktperson	914
Avlösarservice i hemmet	118
Korttidsvistelse	286
Korttidsbegränsning	16
Boende, barn	40
Boende, vuxna	1 199
Daglig verksamhet	367

*I personlig assistans ingår både assistans som beviljas av kommuner och av Försäkringskassan.

Källa: Underlag från IVO november 2015.

Personer med funktionsnedsättning kan få vänta oskäligt länge på insatser enligt SoL och LSS. Till exempel kan personer som beviljats ett boende få vänta flera år på att flytta in i bostaden [38]. IVO konstaterar att svårigheterna med att verkställa beslut i huvudsak rör två områden: boende respektive kontaktperson och kontaktfamilj. Svårigheterna att verkställa beslut om boende handlar främst om brist på resurser, brister i planering och svårigheter till följd av komplicerade byggprocesser som kommunerna inte helt kan styra över själva. Människor vill i dag också i högre utsträckning själva kunna välja boende, vilket kan medföra längre väntetider. [38]

Svårigheterna i att verkställa beslut om kontaktperson och kontaktfamilj handlar främst om att rekrytera och matcha individer. [38]

Färre icke verkställda beslut om kontaktperson

Även om antalet icke verkställda beslut fortfarande är högt så har de ändå minskat något sedan 2012. Det visar Socialstyrelsens årliga sammanställning [34]. Minskningen är störst inom SoL, där de icke verkställda beslut minskat med cirka 20 procent sedan 2012. Motsvarande minskning inom LSS är sju procent. Den största minskningen inom såväl SoL som LSS rör kontaktperson, där de icke verkställda besluten minskat med 50 respektive 40 procent. Under samma period har dock antalet icke verkställda beslut som rör boende ökat med drygt åtta procent.

Många av de som väntar får sina beslut verkställda inom sex månader. Denna andel är högre inom SoL än inom LSS, 58 procent jämfört med 41 procent. Omkring 25 procent av de som fått sina beslut enligt SoL verk-

ställda har väntat minst 10 månader, motsvarande andel inom LSS var 35 procent. Väntetiden har inte förändrats märkbart sedan 2012. [34]

Fler män än kvinnor berörs av de icke verkställda besluten [34]. En trolig förklaring är att fler män än kvinnor beviljas insatser enligt LSS och att detta också syns i statistiken över beslut som tar lång tid att verkställa. [34]

Fortsatt utvecklingsarbete behövs

Kommunerna har en skyldighet att rapportera gynnande nämnd beslut som de inte verkställt inom tre månader från dagen för beslutet (se 16 kap. 6 a § och 6 f § SoL samt 28 a § och 28 f § LSS).

IVO konstaterar att denna lagstiftning har haft en begränsad effekt och väntetiderna har inte minskat i någon större utsträckning. Dock menar myndigheten att lagstiftningen om rapporteringsskyldighet har lett till en större medvetenhet i kommunerna om rättighetslagstiftningen och om behovet av att planera och följa upp beslutade insatser. Lagstiftningen inte har kunnat motverka de bakomliggande faktorer som styr kommunernas möjligheter att verkställa beslut inom skälig tid. [38]

Socialstyrelsen anser att många kommuner behöver utveckla sin verksamhet för att komma till rätta med problemen att verkställa beslut [34]. För insatserna bostad med särskild service och särskilt boende handlar det om att ha en framförhållning så att det finns bostäder när behoven blir aktuella. Det kan innebära att socialtjänsten behöver arbeta mer med uppsökande verksamhet och fördjupa samarbetet med brukarorganisationerna. Men socialtjänsten har inte tillräckliga redskap för att ensam ändra utvecklingen. Ett nära samarbete med kommunens byggnadsnämnd eller motsvarande är också nödvändig för att minimera väntetiderna för alla personer som beviljats en bostad enligt SoL eller LSS. För insatsen kontaktperson kan det handla om att hitta nya sätt att arbeta med rekrytering och med stöd och stimulans till de kontaktpersoner som har pågående uppdrag. [34]

Lex Sarah-anmälningar vanligast inom boende för vuxna

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

Lex Sarah

Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet (se prop. 2009/10:131 s. 21 och s. 31 och 5 kap) enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2011:9] om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete). Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Det är viktigt att komma till rätta med brister i verksamheten och att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. (Se prop. 2009/10:131 s. 32)

Centrala skyldigheter i bestämmelserna om lex Sarah är rapporteringsskyldigheten, utredningsskyldigheten, skyldigheten att avhjälpa eller undanröja missförhållandet och anmälningsskyldigheten (se 7 kap. 6 § första stycket och 14 kap. 3–7 §§ SoL samt 23 e § första stycket och 24 b–24 f §§ LSS). [6]

Under perioden 1 november 2014 till 31 oktober 2015 avslutade IVO 281 lex Sarah-ärenden inom verksamhetsområdet LSS, varav 88 ärenden gällde personlig assistans (se tabell 18). Flest ärenden, 117 stycken, gällde boende för vuxna. Inom SoL gällde de flesta anmälningarna hemtjänst och särskilt boende.

Tabell 18. Antal avslutade lex Sarah-ärenden under perioden 1 november 2014–31 oktober 2015, uppdelat per insats

Insats enligt LSS	Antal lex Sarah-beslut
Personlig assistans*	88
Ledsagarservice	2
Avlösarservice	1
Korttidsvistelse	21
Korttidstillsyn	3
Boende, barn	27
Boende, vuxna	117
Daglig verksamhet	15
Myndighetsutövning LSS	8
Övrigt (LSS)	3
Insatser enligt Sol**	Antal lex Sarah-beslut
Dagverksamhet/sysselsättning	1
HVB funktionsnedsättning	3
Hemtjänst/boendestöd	21
Korttidsboende	1
Myndighetsutövning (Sol)	4
Särskild boendeform	14

*I personlig assistans ingår både assistans som beviljas av kommuner och av Försäkringskassan.

**Insatser enligt Sol avser personer 0–64 år.

Källa: Underlag från IVO november 2015.

Lex Sarah- anmälningar som gäller boende för vuxna är tio gånger vanligare än för andra insatser. Anmälningar för personlig assistans enligt LSS är i sin tur fem gånger vanligare än för andra insatser enligt LSS.

Inom personlig assistans enligt LSS är det vanligare att enskilda aktörer gör anmälning enligt lex Sarah än offentliga. Det visar Socialstyrelsens granskning av kvalitet inom personlig assistans, se tabell 19 [7].³⁴ De två vanligaste orsakerna till dessa anmälningar är felaktigt utförda eller inte utförda insatser. En annan orsak till anmälningar är brister i bemötandet.

Tabell 19. Avslutade lex Sarah-ärenden som berör insatsen personlig assistans enligt LSS och SFB under perioden 2011-07-2014-12

Huvudman/utförare	Antal
Offentlig	118
Enskild	158
Totalt	276

Ärendet avser*	Antal
Beviljad insats felaktigt utförd	91
Beviljas insats inte utförd	62
Brister i bemötande	45
Fysiskt våld/övergrepp från personal	32
Ekonomiskt övergrepp	21
Psykiskt övergrepp/kränkning från personal	16
Brister i fysisk miljö/teknik	12
Brister i rättssäkerhet	7
Sexuellt övergrepp från personal	6
Psykiskt övergrepp/kränkning från medboende	6
Insats mot enskilds vilja/tvångsåtgärder	4
Fysiskt våld/övergrepp från medboende	4
Övrigt	33

*Ett ärende kan avser flera områden.

Källa: Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS, tilläggsuppdrag avseende insatsen personlig assistans, Socialstyrelsen; 2015.

Det är oklart om missförhållanden är vanligare inom personlig assistans, hemtjänst och olika boendeformer eller om dessa verksamheter är mer anmälningsbenägna. Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och ett högt antal lex Sarah-anmälningar kan därför vara en konsekvens av att verksamheter bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete.

³⁴ Uppgifterna i tabell 19 avser en annan, längre tidsperiod än uppgifterna i tabell 20, siffrorna är därför inte jämförbara.

Ökad medvetenhet om begränsningsåtgärder

Tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer fortfarande inom funktionshindersomsorgen, men utvecklingen går i rätt riktning. Under 2015 presenterade Socialstyrelsen resultaten från en enkätundersökning inom uppdraget att följa utvecklingen inom vården och omsorgen för personer med nedsatt beslutsförmåga [39]. Omkring tre fjärdedelar av verksamhetscheferna upp gav att det vid deras boenden för vuxna enligt förekommit olika typer av begränsningsåtgärder under den senaste tremånadersperioden.³⁵ De vanligaste åtgärderna var inlåsning av mat, pengar och cigaretter, behovsmedicinering samt sänggrindar. Omfattningen av dessa åtgärder var ungefär lika stor inom verksamheter för boendestöd, men åtgärderna skiljer sig något. Inom boendestöd handlar begränsningsåtgärder framför allt om behovsmedicinering och inlåsning av saker. Det var också vanligare att brukare med boendestöd ger ett muntligt eller skriftligt samtycke. [39]

Denna bild bekräftas av IVO. I sin senaste tillsynsrapport konstaterar myndigheten att det fortfarande förekommer tvångs- och begränsningsåtgärder i form av kollektiva begränsningar i de boendes hemmiljö [35].

Socialstyrelsen konstaterar att utvecklingen inom LSS-boenden inte är lika positiv som inom äldreboenden. Endast var femte verksamhetschef anser att det har skett en minskning av antalet begränsningsåtgärder i boende för vuxna enligt LSS³⁶. Utvecklingen inom boendestöd är på samma nivå. Socialstyrelsen menar att det är bekymmersamt att det fortfarande förekommer sådana åtgärder. Begränsningsåtgärder kan bidra till att den enskildes hem får en institutionsliknande prägel, vilket står i motsats till intentionerna i LSS. [39]

Ökad medvetenhet hos verksamheterna

Majoriteten av verksamhetscheferna tycker att det fortfarande är oklart vad som är begränsningsåtgärder, men att de diskuterar frågan mer i dag än tidigare [39]. De gånger som den enskilde inte kan ge ett verbalt samtycke söker verksamheterna i stället ofta samtycke via anhöriga, gode män eller förvaltare. Här finns en skillnad jämfört med äldreboenden, där personal oftare försöker observera om personen accepterar eller motsätter sig åtgärden. [39]

³⁵ I enkäten använder Socialstyrelsen begreppet *skyddsåtgärder* som avser tvångs- och begränsningsåtgärder har till syfte att skydda brukaren.

³⁶ I enkätundersökningen uppger 2/3 medicinskt ansvariga sjuksköterskor att begränsningsåtgärderna har minskat vid äldreboenden sedan 2010

Förebyggande åtgärder vanliga

Förebyggande metoder och arbetssätt är vanliga inom såväl boende med särskild service för vuxna som inom boendestöd (se tabell 20).

Tabell 20. Förekomst av arbetssätt/rutiner och metoder vid bostad med särskild service för vuxna samt boendestöd för att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder

Procent

	Boende för vuxna enl. LSS		Boendestöd enligt SoL	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Individualiserat arbetssätt	95	5	95	5
Utbildning	95	5	76	24
Handledning extern	73	27	87	19
Handledning intern	91	9	81	21
Reflektionstid	79	21	79	13
Kognitivt stödjande hjälpmedel	95	5	87	47
Livsberättelse	64	36	53	47
Lågaffektivt bemötande	56	44	42	58
Handledning via landstinget	43	57	41	59
Utbildning via landstinget	30	70	27	73
Slutenvårdsplatser	2	98	30	70
Annat	39	61	58	42

Källa: Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga, slutrapport, Socialstyrelsen; 2015.

Uppgifterna i tabell 20 omfattar inte alla boenden och boendestöd, utan en verksamhet av varje inom varje kommun. Uppgifterna är därför inte representativa för alla verksamheter, men ger en bild av arbetssätt och rutiner. Samtliga arbetssätt och metoder tycks relativt vanliga. Verksamheterna arbetar ofta med ett individualiserat perspektiv, har ofta tillgång till handledning och reflektionstid samt har tillgång till kognitiva hjälpmedel och metoder för att bemöta utåtagerande personer. [39]

Fortsatt spridning av kunskap

Under 2016 kommer Socialstyrelsen att fortsätta att stödja verksamheternas arbete för att minska tvångs- och begränsningsåtgärder. Det handlar framför allt om att sprida insamlad och dokumenterad kunskap via exempelvis Kunskapsguiden.

Referenser

1. Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2014. Socialstyrelsen; 2015.
2. Insatser till kvinnor och män med funktionsnedsättning – kartläggning och analys av könsskillnader inom LSS och SoL Socialstyrelsen; 2011.
3. Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2014. Statistiska Centralbyrån; 2015.
4. (O)jämsättldhet i hälsa och vård. Reviderad upplaga 2014. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
5. Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2010. Socialstyrelsen; 2011.
6. Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS, delredovisning av regeringsuppdrag. Socialstyrelsen; 2015.
7. Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS, tilläggsuppdrag avseende insatsen personlig assistans. Socialstyrelsen; 2015.
8. Assistansersättning och kommunala stöd till personer med funktionsnedsättning. Rapport 2014:19. Inspektionen för socialförsäkringen; 2014.
9. Medel för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS. Socialstyrelsen; 2015.
10. Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2014. Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen. Socialstyrelsen; 2015.
11. Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 oktober 2011. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen; 2012.
12. Indikatorer inom hjälpmedelsområdet. Socialstyrelsen; 2015.
13. Bostadsanpassningsbidragen 2014. Rapport 2015:27. Boverket; 2015.
14. Jämsättldhetsintegrerad budgetprocess i kommuner och landsting. Gender budgeting. Reviderad 2014. Örebro; 2014.
15. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015. Socialstyrelsen; 2015.
16. Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet. Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal. Socialstyrelsen; 2015.
17. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011.
18. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - lägesrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.

19. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Kartläggning av utvecklingsbehov inom verksamhetsområdet stöd till personer med funktionsnedsättning. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
20. Evidensbaserad praktik. Regionalt utvecklingsarbete inom verksamhetsområdet stöd till personer med funktionsnedsättning. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
21. Öppna jämförelser 2014. Stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2015.
22. Återrapportering av regeringsuppdrag att stödja samordningsförbundens verksamhet. Socialstyrelsen; 2016.
23. Finsam - en uppföljning av finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Rapporter från riksdagen 2014/15: RFR 13. Socialstyrelsen; 2015.
24. Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem? (RiR 2011:17). Riksrevisionen; 2011.
25. Anhöriga som ger omsorg till närstående, fördjupad studie av omfattning och konsekvenser. Socialstyrelsen; 2014.
26. Uppdrag inom hjälpmedelsområdet, del- och slutredovisning av vissa uppdrag 1 oktober 2015. Socialstyrelsen; 2015.
27. Lidström, Helene & Larsson Ranada, Åsa. Kartläggning av vetenskapliga studier kring förskrivningsprocessen. Socialstyrelsen; 2015.
28. Patientlagen i praktiken - en baslinjemätning. Rapport 2015:1. Myndigheten för vårdanalys; 2015.
29. Hjälpmedel 2015. Sammanställning av resultaten från medlemsenkät om hjälpmedel. Neuroförbundet; 2015.
30. Stimulansbidrag LOV. Slutrapport 2011–2014. Socialstyrelsen; 2015.
31. Brukarundersökningar. En kartläggning av arbetet med brukarundersökningar i Fyrbodal och Skaraborg. Skaraborgs kommunalförbund & Fyrbodals kommunalförbund; 2015.
32. Delaktighetsmodellen – en väg mot empowerment. Uppföljningsstudie av erfarenheter från Skåne. FoU Välfärd Skriftserie 2014:1 Kommunförbundet Skåne; 2014.
33. Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010–2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS. Inspektionen för vård och omsorg; 2013.
34. Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin. Delrapport 4. Socialstyrelsen; 2015.
35. Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
36. Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Uppföljning av 2014 års verksamhetsbidrag. Socialstyrelsen; 2015.

37. Uppgifter om antalet ej verkställda beslut. Uppgifter utlämnade november 2015. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
38. Hur länge ska man behöva vänta? En uppföljning av rapporterings-skyldighet och särskild avgift i socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
39. Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2015.

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2016
(artikelnr 2016-2-20) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se