

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2017

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

ISBN	978-91-7555-412-9
Artikelnummer	2017-2-10
Omslagsfoto	Denys Kuvaiev, Mostphotos
Tryck	Edita Bobergs AB, Falun, februari 2017

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 beslutsfattare på nationell nivå, men även till andra aktörer såsom politiker och tjänstemän i landsting och kommuner.

Rapporten har skrivits av Karin Flyckt. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Statistikunderlag har lämnats av Lina Boberg, Luis Gemzell, My Raquette, Maria Rude, Staffan Söderberg och Björn Tano.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning och slutsatser	7
Delaktigheten ökar	7
Myndighetsutövningen får ris och ros	7
Brister i uppföljningen av insatser.....	7
Individfokus inom habiliteringsverksamheter	8
Stor ökning inom boendestöd och daglig verksamhet	8
Kommunerna beviljar allt fler timmar personlig assistans	8
Kostnader inom SoL ökar mest.....	9
Ytterligare slutsatser	9
Inledning.....	11
Rapportens syfte och upplägg	11
Datakällor, perspektiv och fokusområden	11
Om insatser och stöd på funktionshindersområdet.....	13
Rapportens målgrupp	13
Insatser och stöd till målgruppen	14
Aktuell utveckling	17
Stödet över tid vid indragen assistansersättning.....	17
Högre våldsutsatthet, sämre tillgång till stöd	23
Stöd till asylsökande och nyanlända med funktionsnedsättning	26
Boende för vuxna och daglig verksamhet vanligaste LSS-insatserna	29
Daglig verksamhet står för en stor del av ökningen inom LSS	30
Jämn könsfördelning inom SoL	34
Vanligt med insatser enligt både SoL och LSS.....	36
Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning	37
Jämlig vård och omsorg	41
Ökad kunskap om ojämlig vård.....	41
Regionala skillnader i habiliteringens utbud	42
Ojämliga avgifter för hjälpmedel	43
Kunskapsbaserad vård och omsorg	44
Många är nöjda med LSS-handläggningen, men det finns brister	44
Ju fler ärenden, desto färre uppföljningar	46
Habiliteringar kompetensutvecklar inom hbtq och jämställdhet	47
Helhetssyn och samverkan	49
Samverkansöverenskommelser vanliga mellan habilitering och psykiatri	49
Vanligt med multiprofessionella team i habiliteringsverksamheter	49

Samordnad rehabilitering når många	50
Individanpassad vård och omsorg	52
Ökade förutsättningar för delaktighet och självbestämmande	52
Vanligt med hälsofrämjande insatser inom rehabiliteringen	53
Många verksamheter samråder med patient- och brukarorganisationer	54
Kvinnor ger högre betyg till hjälpmedelsförskrivningen	55
Tillgänglig vård och omsorg	58
Tillgänglighetsarbetet ökar	58
Bristande tillgänglighet för personer med nedsatt hörsel	58
Ökad tillgänglighet för allergiker	60
Fortfarande ovanligt med information i alternativa format	61
Anpassade kommunikationssätt allt vanligare	64
Säker vård och omsorg	66
Klagomålen handlar ofta om omvårdnad eller rättssäkerhet	66
Verkställigheten tar många gånger tid	68
Lex Maria – brister i läkemedelshantering vanligast	70
Otydlig gränsdragning mellan egenvård och hälso- och sjukvårdsinsatser	71
Anmälda missförhållanden handlar ofta om felaktigt utförda insatser	72
Ett ökat funktionshindersperspektiv i brandskyddsarbetet	75
Bilaga 1. Kompletterande kostnadstabeller	77
Bilaga 2 Metodbeskrivningar	79
Brukarundersökning inom hjälpmedelsområdet	79
Enkätundersökning om rehabiliteringsverksamheter	79
Kartläggning av tillgänglighet på vårdcentraler och socialtjänstkontor	80
Referenser	81

Sammanfattning och slutsatser

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

Delaktigheten ökar

Barn, ungdomar och vuxna som bor i bostad med särskild service enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, blir alltmer delaktiga och har större inflytande över insatsens genomförande än tidigare. Men än är delaktighet och inflytande ingen självklarhet och det krävs fortfarande en del innan de enskilda på ett självklart sätt får komma till tals och kan påverka utformningen av deras insatser.

Ju mer delaktig den enskilde är vid förskrivning av sitt hjälpmedel, desto större nytta gör hjälpmedlet. Andelen hjälpmedelsanvändare som känner sig delaktiga vid förskrivning av hjälpmedel är dessutom hög, 66 procent. Kvinnor upplever något större delaktighet vid hjälpmedelsförskrivning än män. Fortfarande är delaktigheten och valfriheten låg bland personer som har bedömt sitt hälsotillstånd som dåligt.

Myndighetsutövningen får ris och ros

Många brukare uppger att de är nöjda med handläggningen av LSS-ärenden; de kan få tag på sin handläggare vid behov och de är nöjda med beslutet. Men brukare lyfter även vissa brister i handläggningen, såsom långa handläggningstider och bristande kunskap om funktionsnedsättningar. Tillsynen visar att brister inom journalföring förekommer liksom att enskilda som sökt insats ibland får vänta oacceptabelt länge på beslut. De särskilda bestämmelserna om barns rätt till delaktighet och barns bästa beaktas inte alltid i utredningar. Utredningarna beaktar inte heller alltid barns rätt till information och rätt att komma till tals.

Brister i uppföljningen av insatser

Insatser enligt SoL och LSS ska följas upp för att säkra att de tillgodoser den enskildes behov. I den nationella tillsynen framkommer dock att långt ifrån alla kommuner gör detta. Bidragande orsaker till detta är personalbrist och många ärenden per handläggare. Uppföljning av insatser är även viktigt för att kommunerna ska kunna förbättra verksamheten. Få kommunerna använder dock resultaten från systematiska uppföljningar av individinsatser för detta ändamål, cirka 10 procent.

Individfokus inom habiliteringsverksamheter

Det finns ett utbrett individfokus inom habiliteringsverksamheter. Många av dessa verksamheter har under de senaste två åren kompetensutvecklat sina personalgrupper inom såväl hbtq och jämställdhet som hälsofrämjande insatser. Många av verksamheterna erbjuder hälsofrämjande insatser och kurser inom sex- och samlevnadskunskap. Majoriteten av habiliteringsverksamheterna jobbar i multiprofessionella team med fokus på olika funktionsnedsättningar, vilket ökar förutsättningarna för helhetssyn. Flera verksamheter lyfter även att de jobbar i team även om det inte är diagnosspecifikt.

Stor ökning inom boendestöd och daglig verksamhet

Insatser enligt LSS och socialtjänstlagen (2001:452), SoL, fortsätter att öka och sedan 2007 har antalet insatser ökat med 9 respektive 20 procent. En stor del av ökningen inom LSS beror på ökningen inom daglig verksamhet, de övriga insatserna har tillsammans endast ökat 1,5 procent sedan 2007. Ökningen inom LSS är inte lika tydlig när den sätts i relation till befolkningens mängd. En minskning kan till och med ses i vissa åldersgrupper.

Vissa insatser minskar och flera av dessa riktar sig till barn, till exempel boende för barn enligt 9 § 8 LSS. De flesta avslut av insatsen boende för barn beror på att personerna blir vuxna, samtidigt som allt färre nybeviljas insatsen. Även insatserna korttidstillsyn enligt 9 § 7 LSS och korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS har minskat.

Skillnaden mellan kvinnor och män har ökat något inom LSS och år 2015 uppgick männens andel till 59 procent av insatserna. Det ser annorlunda ut inom SoL. Något färre män än kvinnor har insatser enligt denna lagstiftning, 49 procent. Detta förklaras av att skillnaderna inom SoL utjämnas tidigare i åldrarna än inom LSS, men även på grund av att väsentligt fler kvinnor i åldersgruppen 35-54 år har insatser enligt SoL. I de yngre åldersgrupperna ser det dock likadant ut. Andelen pojkar med insatser är högre än andelen flickor, både när det gäller insatser enligt SoL och enligt LSS. Skillnaden är störst inom SoL, där 70 procent av insatserna går till pojkar.

Kommunerna beviljar allt fler timmar personlig assistans

År 2015 hade totalt 20 174 personer personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, SFB. Allt fler får personlig assistans enligt LSS, sedan 2007 har antalet personer ökat med 30 procent. Det är inte bara antalet personer som ökar, utan också antalet timmar. År 2007 hade 56 procent minst 20 timmar personlig assistans per vecka, år 2015 har andelen ökat till 82 procent. Under samma period har andelen personer med 0-10 timmar personlig assistans per vecka halverats. Det har med andra ord skett en förskjutning mot allt fler timmar vilket kan

bero på att behoven blir alltmer omfattande eller att det krävs allt mer omfattande behov för att kunna få insatsen.

Ett visst antal personer får varje år sin assistansersättning enligt SFB in-
dragen av Försäkringskassan. Socialstyrelsens analyser visar att de flesta av
dessa personer i stället får stöd från kommunen, och att det stödet håller även
i sig över tid. Men alla får inte personlig assistans enligt LSS. De som är i
åldersgrupperna 45 år eller äldre får ofta hemtjänst enligt SoL istället för
assistansersättning, bland de yngre är det i stället vanligare med bostad med
särskild service enligt LSS. En mindre andel får personlig assistans. Majori-
teten av de som får hemtjänst eller personlig assistans i stället för assistanser-
sättning beviljas många timmar. Inom hemtjänst är det vanligt med 100
timmar per vecka eller mer och inom personlig assistans får majoriteten mer
än 40 timmar personlig assistans per vecka. Resultaten visar att det handlar
om en grupp med omfattande behov som många gånger tillgodoses med
andra stöd än personlig assistans. Samtidigt finns det ett antal personer som
inte får något stöd alls efter indragen assistansersättning.

Kostnader inom SoL ökar mest

År 2014 omsatte kommunernas verksamheter för personer med funktions-
nedsättning 60 miljarder kronor. Dessa verksamheter utgjorde 28 procent av
socialtjänstens kostnader, en andel som har varit oförändrad under de senaste
två åren. Kostnaderna ökar mest för insatser enligt SoL (åldersgruppen 0-64
år) och sedan 2011 har dessa kostnader ökat med 17 procent i fasta priser.
Motsvarande kostnadsökning inom LSS är lägre, 10 procent. Kostnaden för
personlig assistans fortsätter att öka och det beror både på att fler beviljas
insatsen och att dessa personer beviljas fler timmar.

Ytterligare slutsatser

- De flesta kommuner erbjuder individuellt anpassade insatser med me-
ningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning. En
trolig orsak är det statsbidrag som betalas ut till organisationer som erbjude
r meningsfull sysselsättning till målgruppen.
- Trots att personer med funktionsnedsättning många gånger är mer utsatta
för våld än andra så är förutsättningarna för stöd sämre – både vad gäller
socialtjänstens agerande vid indikationer och tillgängligheten vid skyddade
boenden.
- Fler asylsökande och nyanlända än tidigare får stöd från socialtjänstens
verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Inom habiliterings-
och hjälpmedelsverksamheter har behov av tolk ökat, likaså översätter
verksamheterna i högre utsträckning än tidigare informationsmaterial till
andra språk. Vissa verksamheter lyfter behov av kompetensutveckling,
både vad gäller funktionsnedsättningar som tidigare inte varit så förekom-
mande och om så kallad interkulturell kompetens.
- Regionala skillnader i avgifter för hjälpmedel är stora och Socialstyrelsen
bedömer att detta kan bidra till en ojämlig hjälpmedelsförsörjning i landet
- Det finns förbättringspotential när det gäller bedömning av egenvårdsin-
satser för personer med funktionsnedsättning. Det handlar bland annat om

att formerna för information till personliga assistenter och korttidsboende vid beslut om egenvårdsinsatser behöver bli bättre.

- Socialtjänsten och vårdcentralerna beaktar i allt högre utsträckning funktionshindersperspektivet i sitt brandskyddsarbete. Krisberedskapen är emellertid låg inom boenden för personer med funktionsnedsättning.
- Tillgängligheten vid vårdcentraler och socialtjänstkontor har förbättrats för personer med funktionsnedsättning. Samtidigt kvarstår många av de brister som Socialstyrelsen konstaterade år 2010, vilket innebär fortsatt ojämlika förutsättningar för tillgång till vård och stöd. Detta gäller särskilt för personer med hörselnedsättning där ett exempel är bristen på hörselteknisk utrustning i undersökningsrum.

Inledning

Rapportens syfte och upplägg

I denna lägesrapport redogör Socialstyrelsen för tillståndet och utvecklingen inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Rapporten är ett regeringsuppdrag och målet är att den ska utgöra ett relevant underlag för beslutsfattare. Den primära målgruppen är nationella beslutsfattare som regering och riksdag, men vi riktar oss även till beslutsfattare inom kommuner och landsting.

Rapporten innefattar insatser till personer med funktionsnedsättning enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Vid analyser av personlig assistans ingår både uppgifter om personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB. Rapporten omfattar även insatser till personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Insatser enligt SoL är avgränsade till personer 0–64 år.

Även viss hälso- och sjukvård och stöd från andra aktörer ingår, främst habilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och hjälpmedel som förskrivs enligt HSL.

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

Datakällor, perspektiv och fokusområden

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 delvis från befintligt material som har vägts samman i övergripande analyser. Dessa analyser och slutsatser bygger på

- aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom funktionshindersonrådet, från både Socialstyrelsen och andra aktörer
- officiell statistik över insatser enligt SoL och LSS
- statistik från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- öppna jämförelser inom stöd till personer med funktionsnedsättning¹.

Lägesrapporten bygger också på vissa unika data, till exempel analyser av LSS-registret. I årets lägesrapport presenterar vi dessutom resultaten från tre nya undersökningar: en brukarundersökning av valfrihet och delaktighet vid förskrivning av hjälpmedel, en kartläggning av habiliteringsverksamheter

¹ Årets resultat av öppna jämförelser kan inte jämföras med tidigare års eftersom indikatorer, frågor och tidpunkt för årets insamling har ändrats. Resultat från öppna jämförelser används därför i begränsad utsträckning i denna rapport.
INSATSER OCH STÖD TILL PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING
SOCIALSTYRELSEN

och en kartläggning av tillgänglighet² på vårdcentraler och socialtjänstkontor. Dessa resultat har inte publicerats tidigare. Metodbeskrivning av de tre undersökningarna finns i bilaga 2.

År 2016 slutrapporterade Socialstyrelsen sitt arbete med delmålen i den funktionshinderspolitiska strategin³: delaktighet i genomförandeplaner, jämlik vård och omsorg, ökat stöd till anhöriga och ökad kunskap om orsaker till att verkställighet av beslut dröjer. Resultatet av det arbetet lyfts även i denna rapport.

Rapporten har ett jämställdhetsfokus och där så är möjligt redogör Socialstyrelsen för skillnader mellan flickor och pojkar, kvinnor och män samt för resonemang kring tänkbara orsaker. Även hbtq-perspektivet uppmärksammas.

Socialstyrelsens ambition är att de globala målen och Agenda 2030 ska genomlysas denna lägesrapport⁴. Innehållet i rapporten har bäring framför allt på följande mål:

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

² Med tillgänglighet avses framkomlighet i den fysiska miljön och användbarhet av tjänster, för personer med funktionsnedsättning.

³ Strategin gällde år 2011–2016.

⁴ För mer information om de globala målen och Agenda 2030, se <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>

Om insatser och stöd på funktionshindersområdet

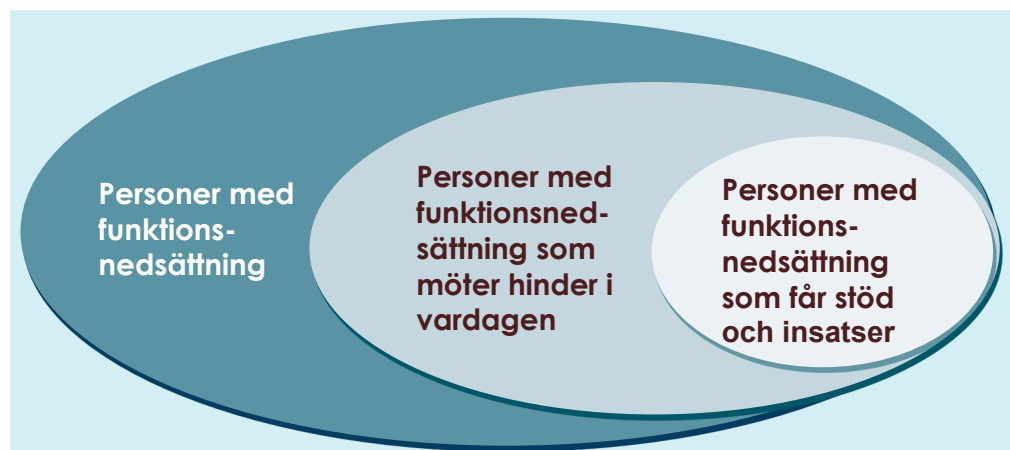
Rapportens målgrupp

Denna rapport handlar om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Med *funktionsnedsättning* menar Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av sjukdom, annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada.⁵ Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara bestående eller av övergående natur. Myndigheten använder begreppet *funktionshinder* när vi vill beskriva de begränsningar som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, men också när vi avser politikområdet.

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

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

Figur 1. Förekomst av funktionsnedsättning, behov av stöd samt tilldelning av insatser och stöd



⁵ Ytterligare information finns på Socialstyrelsens webbplats:

<http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio> samt <http://termbank.socialstyrelsen.se/>

Insatser och stöd till målgruppen

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

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

- Personkrets 1: omfattar personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
- Personkrets 2: omfattar personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
- Personkrets 3: omfattar personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

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

Avlösarservice enligt 9 § 5 LSS syftar till att göra det möjligt för anhöriga att få avkoppling eller utträta sysslor utanför hemmet. Avlösarservice i hemmet kan erbjudas både som regelbunden insats och som en lösning vid akuta behov under hela dygnet.⁶

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

Boende för vuxna enligt 9 § 9 LSS ges som bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna. Insatsen ges i form av bostäder till personer i vuxen ålder som har behov av stöd, service och omvårdnad som kan utformas på olika sätt. Gruppboende och serviceboende är de vanligaste formerna. I annan särskilt anpassad bostad för vuxna ingår inte stöd av personal och inte omvårdnad.⁷

Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS innebär sysselsättning för person med funktionsnedsättning som är i yrkesverksam ålder, som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Rätten till daglig verksamhet gäller personer i yrkesverksam ålder och endast personer som tillhör personkrets 1 och 2.⁸

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

⁶ Se Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade s. 178.

⁷ Se 9 § 10, 9 e § och prop. 1992/93:159 s. 85 f.

⁸ Se 9 § 10 och 7 § första stycket LSS.

⁹ Se Prop. 1992/93:159 s. 75.

Korttidstillsyn enligt 9 § 7 LSS är en form av tillsyn utanför det egna hemmet för skolbarn över 12 år med funktionsnedsättning. Insatsen ges före och efter skoldagens slut, under lov dagar, studiedagar och längre lov.¹⁰

Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS ges utanför det egna hemmet för att en person med funktionsnedsättning ska få miljöombyte och rekreation eller för att ge anhörig avlastning. Vistelsen kan förläggas i korttidshem, hos stödfamilj eller som lägervistelse.¹¹

Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS syftar till att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att med stöd av en följeslagare komma ut och delta i samhällslivet, till exempel att besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet.¹²

Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS är ett personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar behöver hjälp med sin personliga hygien, måltider, att klä sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskap om den funktionshindrade (grundläggande behov) (9 a § LSS). Om personen behöver personlig assistans som i genomsnitt omfattar mer än 20 timmar i veckan för grundläggande behov kan han eller hon ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. SFB. I de fall personen ansöker om assistansersättning är det Försäkringskassan som utreder, beslutar och betalar ut ersättningen. Det stöd som tillhandahålls genom assistansersättning motsvarar det stöd som tillhandahålls genom personlig assistans enligt LSS¹³.

Socialtjänstlagen

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

Habilitering och hjälpmedel

Med *habilitering* menar Socialstyrelsen insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån sina behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt insatser som skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Insatserna kan vara arbetslivsinriktade,

¹⁰ Se Prop. 1992/93:159 s. 78 och 178.

¹¹ Se Prop. 1992/93:159 s. 77.

¹² Se Prop. 1992/93:159 s. 74.

¹³ Se 51 kap. 2 § första stycket SFB och prop. 2009/10:176 Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet s. 78.

medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och tekniska och kan kombineras utifrån individens behov, förutsättningar och intressen.¹⁴

Med *hjälpmedel* avser Socialstyrelsen en individuellt utprovad produkt som syftar till att personen ska bibehålla eller öka sin aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera för en funktionsnedsättning. Exempel på hjälpmedel för det dagliga livet är rullatorer, griptänger, hörapparater, förstoringssystem och appar för påminnelser. Hjälpmedel förskrivs eller köps på konsumentmarknaden efter rådgivning av behörig hälso- och sjukvårdspersonal. De flesta hjälpmedel för det dagliga livet är medicintekniska produkter.¹⁵ Landstinget ska 3 b § HSL erbjuda

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

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

Enligt patientlagen (2014:821) ska patienten få information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning (3 kap. 1 § 3). Informationen ska enligt 3 kap. 6 § vara anpassad till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella egenskaper. Den som ger informationen ska dessutom så långt som det är möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i informationen och betydelsen av den (3 kap. 7 §). När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ha möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedelet, om det framstår som befogat med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet (7 kap. 2 §).

¹⁴ <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=668>

¹⁵ <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=799>

Aktuell utveckling

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för omfattningen och utvecklingen av insatser enligt SoL och LSS. Vi beskriver även kostnadsutvecklingen. Kapitlet inleds med tre fördjupningar av grupper och områden som var särskilt aktuella under 2016:

- kommunernas stöd vid indragen assistansersättning
- våldsutsatta personer med funktionsnedsättning
- asylsökande och nyanlända med funktionsnedsättning.

Stödet över tid vid indragen assistansersättning

Personlig assistans enligt LSS beslutas av kommunen eller, om de grundläggande behoven överstiger 20 timmar per vecka, av Försäkringskassan. Försäkringskassan beslutar då om assistansersättning enligt SFB. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) och Socialstyrelsen har tidigare redogjort för stödet till personer som fått sin assistansersättning enligt SFB indragen¹⁶ [1, 2]. ISF:s analyser visar att 1 300 assistansberättigade fick sin assistansersättning indragen under 2008–2013, och av dem blev ungefär hälften beviljade personlig assistans enligt LSS året därpå [2].

Socialstyrelsen har i sin tur kunnat konstatera att dessa personer i genomsnitt fick 18 timmar färre per vecka när de i stället fick personlig assistans enligt LSS från kommunen. Drygt 70 procent fick färre timmar per vecka, knappt 10 procent fick oförändrat antal timmar. Alla fick dock inte färre eller lika många timmar. För 20 procent av dessa personer resulterade kommunens beslut i fler timmar jämfört med det tidigare beslutet om assistansersättning från Försäkringskassan [1].

Ovanstående analyser omfattade stödet efter indragen assistansersättning under relativt korta tidsperioder. Det har därför inte varit möjligt att till fullo beskriva hur stödet till dessa personer utvecklats över tid. Samtidigt har många ställt frågan, såväl myndighetsrepresentanter och företrädare för patient- och brukarorganisationer. I årets lägesrapport har Socialstyrelsen därför valt att genomföra nya analyser för en längre tidsperiod, åtta år¹⁷. Undersökningsgruppen utgörs av personer som fick sin assistansersättning indragen mellan oktober 2007 och oktober 2008¹⁸. Analyserna innefattar assistansersättning enligt SFB, insatser enligt LSS (inklusive personlig assistans) och insatser enligt SoL.

Syftet med analyserna är att öka kunskapen om det långsiktiga stödet till personer som fått sin assistansersättning indragen. Antalet personer som får

¹⁶ Assistansersättning kan bli indragen av flera orsaker, till exempel att Försäkringskassan bedömer att de grundläggande behoven har minskat och understiger 20 timmar per vecka, att personer avlider eller på grund av fusk eller oegentligheter.

¹⁷ På sida 29 och 32 redogör Socialstyrelsen även för utvecklingen inom personlig assistans enligt LSS.

¹⁸ Det vill säga personer som hade ett beslut om assistansersättning i oktober 2007 men inte i oktober 2008. I undersökningsgruppen ingår inte de personer som fått sin assistansersättning indragen på grund av att de avlidit.

sin assistansersättning indragen eller som får avslag på sin ansökan varierar över tid, och under till exempel perioden 2004–2013 fördubblades antalet [2]. Syftet med analyserna i årets lägesrapport har därför inte varit att belysa storleken på denna grupp.

Socialstyrelsen följer undersökningsgruppen på gruppnivå, vilket innebär att myndigheten inte särredovisar förändringar på individnivå.

Sista året med assistansersättning hade många även andra insatser

I oktober 2007 hade 239 personer assistansersättning enligt SFB, vars beslut skulle dras in under det närmsta året¹⁹ (tabell 1). Dessa personer utgör analysens undersökningsgrupp. Flertalet personer i undersökningsgruppen var 45 år eller äldre, 57 procent, och 14 procent var 65 år eller äldre. En mindre andel var barn upp till 12 år, 4 procent. Flera av de som var 45 år eller äldre hade även hemtjänst enligt SoL. Bland personer under 65 år var korttidsvistelse och boende för vuxna enligt LSS relativt vanliga insatser. Bland de yngsta (0–12 år) hade ett fåtal även fått korttidsvistelse eller avlösarservice enligt LSS.

Tabell 1. Indragen assistansersättning mellan 2007 och 2008

Antal personer som hade assistansersättning enligt SFB* år 2007 men inte år 2008 samt övriga insatser enligt LSS och SoL.

Insats	0-12 år		13-22 år		23-44 år		45-64 år		65 år -	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Assistansersättning enl. SFB	5	5	15	17	32	28	57	47	17	16
Insatser enligt LSS***										
Personlig assistans enl. LSS	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0
Boende enligt LSS	1	0	5	6	9	5	2	1		0
Övriga insatser enligt LSS	2	1	18	11	7	16	10	11	0	1
Insatser enligt SoL****										
Hemtjänst enl. SoL	0	0	0	0	1	0	7	7	8	6
Boendestöd enl. SoL	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0
Särskilt boende enl. SoL	0	0	0	0	0	0	5	8	3	5
Övriga insatser enl. SoL	0	0	1	0	6	1	12	10	1	3

*Socialförsäkringsbalken

**Varje person kan ha fler insatser än assistansersättning och kolumnerna går inte att summera

***Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

****Socialtjänstlagen

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enl. LSS samt register över insatser enl. SoL, Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning.

Många i undersökningsgruppen fick hemtjänst och boende för vuxna åren efter indragen assistans

I resten av avsnittet redogör Socialstyrelsen för vilka stöd personer i undersökningsgruppen fick åren efter att deras assistansersättning från Försäkringskassan har dragits in. Antalet i varje åldersgrupp är inte jämförbart över åren eftersom personer åldras och därmed hamnar i andra åldersgrupper.

¹⁹ Exklusive de personer vars beslut om assistansersättning avslutades på grund av att de avled.

De efterföljande åren avled ett flertal personer i undersökningsgruppen, vilket gör att undersökningsgruppen minskat i antal för varje år²⁰. I nedanstående tabeller redogör Socialstyrelsen inte för hur många som avled, utan endast för antalet som hade någon insats enligt LSS eller SoL, antalet som inte hade någon insats över huvudtaget och antalet som återfick assistansersättning enligt SFB.

År 2008

Året efter indragen assistansersättning bestod undersökningsgruppen av 216 personer, varav 180 hade en eller flera insatser enligt LSS eller SoL (tabell 2). Ett mindre antal, 36 personer, hade ingetdera. Relativt få i undersökningsgruppen hade beviljats personlig assistans enligt LSS, 40 personer. I åldrarna 13–64 år hade flertalet beviljats boende för vuxna enligt LSS, 64 stycken. Bland personer som var 45 år eller äldre var hemtjänst enligt SoL den vanligaste insatsen.

Tabell 2. Insatser året efter indragen assistansersättning

Antalet personer vars assistansersättning enl. socialförsäkringsbalken blev indragen mellan år 2007 och år 2008, uppdelat på insats, ålder och kön, år 2008

	0-12 år		13-22 år		23-44 år		45-64 år		65 år-		Totalt antal
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
Totalt antal personer*	4	5	17	11	27	34	40	48	13	17	216
<i>Insatser enligt LSS**</i>											
Personlig assistans enl. LSS	1	0	2	5	7	3	7	11	1	3	40
Boende enligt LSS	1	0	7	8	17	17	8	7	0	0	65
Övriga insatser enligt LSS	2	1	11	3	4	5	13	7	3	1	50
<i>Insatser enligt SoL***</i>											
Hemtjänst enl. SoL	0	0	0	0	2	0	16	13	10	10	51
Boendestöd enl. SoL	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
Särskilt boende enl. SoL	0	0	0	0	0	0	9	11	10	13	43
Övriga insatser enl. SoL	0	1	1	0	5	2	7	7	1	1	24
Varken insats enl. LSS el. SoL	1	3	1	3	5	4	10	5	3	1	36

*Varje person kan ha flera insatser och kolumnerna går inte att summera.

**Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

***Socialtjänstlagen

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enl. LSS samt register över insatser enl. SoL, Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning.

År 2012

Fem år efter indragen assistansersättning, år 2012, hade undersökningsgruppens antal minskat till 174 personer, varav de flesta fortfarande hade boende för vuxna enligt LSS (tabell 3). I de övre åldersgrupperna, 45 år eller äldre, var hemtjänst enligt SoL den vanligaste insatsen. Antalet personer som inte hade någon insats alls var fortfarande 36 stycken och 12 personer hade återfått sin assistansersättning enligt SFB.

²⁰ Omkring ett tiotal personer i undersökningsgruppen avlider varje år.

Tabell 3. Insatser fem år efter indragen assistansersättning

Insatser till personer vars assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken blev indragen mellan år 2007 och år 2008, uppdelat på insats, ålder och kön, år 2012

	0-12 år		13-22 år		23-44 år		45-64 år		65 år -		Totalt antal
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
Totalt antal personer*	4	3	7	9	32	31	35	28	14	11	174
<i>Insatser enligt LSS**</i>											
Personlig assistans	0	1	1	3	5	5	3	5	1	3	27
Boende	0	0	5	2	21	17	9	9	1	0	64
Övriga insatser enligt LSS	4	0	1	2	3	7	6	3	2	0	28
<i>Insatser enligt SoL***</i>											
Hemtjänst enl. SoL	0	0	0	0	3	1	10	6	3	2	25
Boendestöd	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Särskilt boende	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Övriga insatser enligt SoL	0	0	0	0	1	2	7	4	3	5	22
<i>Assistansersättning enligt SFB****</i>	1	0	1	0	0	4	3	1	2	0	12
<i>Varken SoL, LSS eller assistansersättning</i>	1	2	1	3	4	3	9	6	4	3	36

*Varje person kan ha flera insatser och kolumnerna går inte att summera.

**Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

***Socialtjänstlagen

****Socialförsäkringsbalken

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enl. LSS samt register över insatser enl. SoL, Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning.

2015

Åtta år efter indragen assistansersättningen, år 2015, bestod undersökningsgruppen av 163 personer (tabell 4). Relativt få hörde till de yngre åldersgrupperna, eftersom de flesta i undersökningsgruppen hade hunnit bli 23 år eller äldre. Boende för vuxna enligt LSS och hemtjänst enligt SoL var fortfarande de vanligaste insatserna. Något färre hade personlig assistans enligt LSS. Ett mindre antal personer i undersökningsgruppen hade inga insatser alls, 32 stycken. Antalet som återfått sin assistansersättning hade ökat till 18 stycken.

Tabell 4. Insatser åtta år efter indragen assistansersättning

Insatser till personer vars assistansersättning enl. SFB blev indragen mellan år 2007 och år 2008, uppdelat på insats, uppdelat på ålder och kön, år 2015

	0-12 år		13-22 år		23-44 år		45-64 år		65 år -		Totalt antal
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
Totalt antal personer*	1	3	5	6	32	31	27	20	22	16	163
<i>Insatser enligt LSS**</i>											
Personlig assistans	0	1	1	2	2	4	2	4	2	1	19
Boende	0	0	2	1	22	14	8	9	2	2	60
Övriga insatser enl. LSS	0	0	6	0	4	8	6	2	3	1	10
<i>Insatser enligt SoL</i>											
Hemtjänst	0	0	0	0	3	1	7	3	6	5	25
Boendestöd	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
Särskilt boende	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Övriga insatser enligt SoL	0	0	0	0	2	2	5	3	6	4	22
Assistansersättning enligt SFB	1	0	0	0	4	5	3	1	4	0	18
Varken SoL, LSS eller assistansersättning	0	2	1	3	3	5	4	3	7	4	32

*Varje person kan ha flera insatser och kolumnerna går inte att summera.

** Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

*** Socialtjänstlagen

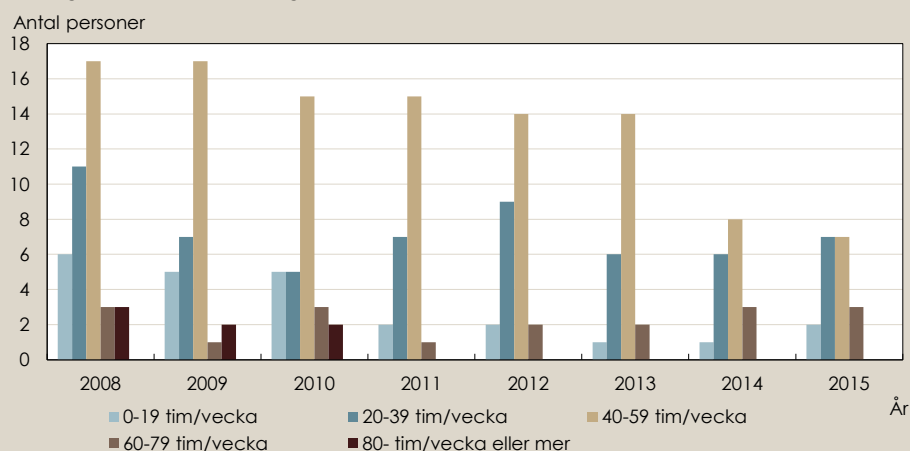
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enl. LSS samt register över insatser enl. SoL, Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning.

Få fick personlig assistans från kommunen

Året efter indragen assistansersättning fick ett mindre antal i undersökningsgruppen personlig assistans enligt LSS, 40 personer. Av dessa fick de flesta fler än 20 timmar personlig assistans per vecka (figur 2) Vanligast var 40–59 timmar per vecka. Åren 2008–2010 beviljades några personer 80 timmar eller mer per vecka.

Figur 2. Utveckling av personlig assistans efter indragen assistansersättning

Genomsnittligt antal timmar personlig assistans* per vecka beviljade till personer med indragen assistansersättning, år 2008-2015



* Personlig assistans enligt LSS

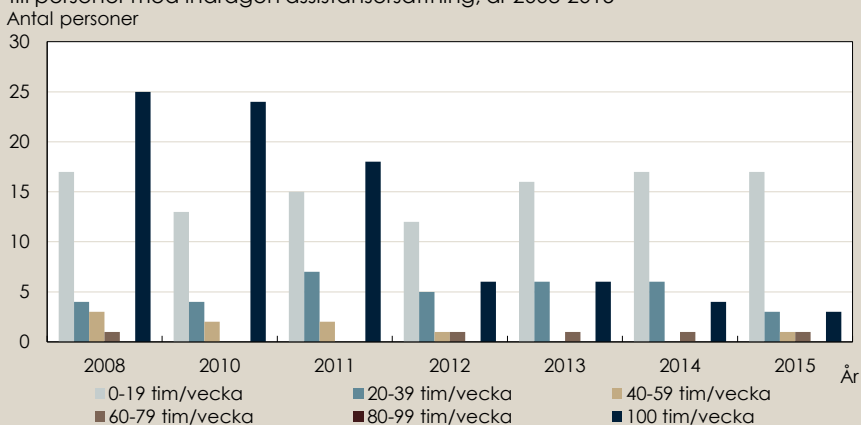
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enl. LSS samt register över insatser enl. SoL, Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning enl. SFB.

Vanligt med 100 timmar hemtjänst i veckan

Året efter indragen assistansersättning fick ett större antal i undersökningsgruppen i stället hemtjänst enligt SoL, 51 stycken (figur 3). De första åren efter indragningen fick de flesta av dessa personer 100 timmar i veckan eller mer. Åren därefter var det vanligast med 0–19 timmar per vecka.

Figur 3. Utveckling av hemtjänst efter indragen assistansersättning

Genomsnittligt antal timmar hemtjänst eller ledsagning enl. SoL per vecka beviljade till personer med indragen assistansersättning, år 2008-2015



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enl. LSS samt register över insatser enl. SoL, Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning.

De flesta beviljades boende för vuxna eller hemtjänst

Knappt 240 personer fick sin assistansersättning från Försäkringskassan indragen mellan oktober 2007 och oktober 2008. Socialstyrelsens analyser visar att stödet som kommunerna erbjuder ser olika ut, både året efter

indragen assistansersättning och över tid. Behovet i undersökningsgruppen har dock med all sannolikhet förändrats under de åtta åren som analysen omfattar, varför slutsatser bör dras med försiktighet.

Många i undersökningsgruppen fick boende för vuxna i stället för assistansersättning. En orsak kan vara att dessa personer fått ett omfattande omsorgsbehov och att personlig assistans inte kunde tillgodose behoven. Det kan också bero på lokala prioriteringar och bedömningar.

Ett flertal fick hemtjänst enligt SoL, varav en majoritet beviljades 100 timmar per vecka eller mer. Detta indikerar ett omfattande omvårdnadsbehov. Samtidigt beviljades hemtjänst framför allt till de övre åldersgrupperna, vilket pekar på att det till viss del skulle kunna handla om behov som är relaterade till åldrande.

Ett mindre antal i undersökningsgruppen beviljades personlig assistans året efter indragen assistansersättningen, men majoriteten av dessa fick fler än 20 timmar per vecka. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att det inte är möjligt att särskilja timmar som rör grundläggande behov från timmar som rör andra personliga behov [1]. Om de grundläggande behoven överstiger 20 timmar per vecka bör det vara assistansersättning från Försäkringskassan som är aktuellt, snarare än personlig assistans. Det är därför möjligt att de många timmarna handlar om att dessa personer beviljas personlig assistans för mer än grundläggande behov, såsom fritidsaktiviteter, studier, arbete eller sysselsättning. Det kan också handla om att vissa kommuner har gjort en annan bedömning än Försäkringskassan.

Ett mindre antal personer i undersökningsgruppen står utan stöd, cirka 35 personer får varken stöd via SoL (0-64 år) eller LSS. Några av dessa personer var över 65 år och fick i stället troligen stöd från äldreomsorgen²¹. Vilket stöd de övriga fick är oklart. Vissa i gruppen kan ha fått indragen assistansersättning på grund av fusk eller oegentligheter, och några kan ha flyttat utomlands. Det går emellertid inte att utesluta att några i gruppen står helt utan stöd från socialtjänsten.

Ett fåtal personer återfår sin assistansersättning; år 2012 var antalet 12 stycken och 2015 var det 18 stycken.

Högre våldsutsatthet, sämre tillgång till stöd

Under de senaste åren har våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning fått ökad uppmärksamhet, bland annat av Barnombudsmannen [3], Allmänna Barnhuset [4] och Folkhälsomyndigheten [5]. Dessa aktörer har bland annat redogjort för våldsutsattheten bland barn med funktionsnedsättning. I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen dels för förekomsten av våldsutsatthet, dels för det stöd som finns att tillgå.

Vanligare med våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning

Folkhälsomyndigheten har visat att betydligt fler personer med funktionsnedsättning är utsatta för våld eller hot om våld jämfört med övrig befolkning:

²¹ Insatser enligt LSS beviljas inte efter 65 års ålder.

- Totalt 6,5 procent av personer med funktionsnedsättning uppger att de blivit utsatta för våld eller hot om våld. Motsvarande andel i den övriga befolkning är 5,4 procent.²²
- Andelen är högst bland kvinnor med funktionsnedsättning i åldern 16–29 år: 14,6 procent. Motsvarande andel bland kvinnor utan funktionsnedsättning i samma åldersgrupp är 8,7 procent.
- Totalt 7 procent av kvinnor med funktionsnedsättning uppger att de utsatts för våld eller hot om våld, jämfört med 5,5 procent bland män med funktionsnedsättning. [5]

Stiftelsen Allmänna Barnhuset konstaterar att barn med funktionsnedsättning löper högre risk än jämnåriga att bli utsatta för misshandel i hemmet av en förälder eller av någon som vid tillfället har ett föräldransvar.²³ Barn med funktionsnedsättning är också oftare utsatta för mobbing. Studier visar att detta är 2,0–2,3 gånger vanligare. [4]

Informationen kan bli mer tillgänglig

Våldsutsattheten är alltså högre bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning, men informationen och stödet är inte alltid anpassat för behov som personer med funktionsnedsättning kan ha.

Exempelvis är informationen om våld i nära relationer på kommunernas webbplatser inte alltid tillgänglig för personer med funktionsnedsättning. Endast 22 procent av kommunerna har översatt informationen till lättläst, och ”lyssna”-funktionen finns på 65 procent av kommunernas webbplatser [6]. Flertalet kommuner har emellertid tagit fram tryckt information om våld för barn, men den är sällan anpassad för barn med funktionsnedsättning. Ett fåtal kommuner anger dock att de har särskilt anpassad, tryckt information för barn med funktionsnedsättning, exempelvis informationsfolder med pictogrambilder eller annan bildkommunikation. [4]

Knappt hälften av kommunernas LSS-verksamheter har rutiner vid våldsutsatthet

En annan aspekt handlar om hur personalen hanterar indikationer på våld, det vill säga att de bör veta hur de ska gå tillväga vid indikation på att en vuxen person utsatts för våld inom socialtjänstens olika verksamheter. Skriftliga rutiner kan vara ett stöd för hur personalen ska fråga och agera. Omkring 40 procent av kommunernas LSS-verksamheter har rutiner för detta.²⁴ Vidare har knappt hälften av kommunerna rutiner för samordning i enskilda ärenden mellan de kommunala verksamheterna för LSS och våld i nära relationer (tabell 5).

²² 16–64 år.

²³ Överrisken skattas till 1,7–2,1 gånger större för barn med funktionsnedsättning än för andra barn, när hänsyn tagits till andra bakgrundsfaktorer.

²⁴ Kommunen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur handläggare ska gå tillväga vid indikation på att en vuxen person utsatts för våld inom socialtjänstens olika verksamheter.

Tabell 5. Rutiner och samverkan rörande våldsutsatthet

Andel kommuner med aktuella samverkansöverenskommelser mellan verksamheter för LSS och våld i nära relationer samt andel kommuner vars LSS-verksamheter har rutiner på hur handläggarna ska agera vid indikation på att en vuxen har utsatts för våld, 2016.

Aktuell rutin eller överenskommelse	Andel kommuner
för samordning mellan LSS-barn och våld i nära relationer	45
för samordning mellan LSS-vuxen och våld i nära relationer	46
vid indikation på att en vuxen utsatts för våld inom socialpsykiatri	40
inom LSS-vuxen vid indikation på att en vuxen utsatts för våld	39
inom LSS - barn vid indikation på att en vuxen utsatts för våld	37

Källa: Öppna jämförelser av våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2016).

Tillgänglighet i skyddade boenden

Alla skyddade boenden är inte tillgängliga för personer med funktionsnedsättning som utsatts för våld, cirka 60 procent av boendena tar emot personer med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning. Några boenden uppger dessutom att de inte kan ta emot personer som har allvarliga funktionsnedsättningar och som kräver särskild vård eller stöd. Det visar Socialstyrelsens senaste enkätundersökning av kvalitet i skyddade boenden [7].

Andelen boenden som är tillgängliga för rullstolsburna personer är också högst bland de som drivs av kommunen (tabell 6). Till exempel svarar 71 procent av de skyddade boendena i kommunal regi att minst en toalett är anpassad för personer som använder rullstol, medan motsvarande andel bland de ideellt drivna är 36 procent och bland de privata 38 procent. Mellan 2015 och 2016 ökade andelen skyddade boenden som är anpassade för rullstolsburna personer. Förbättringarna har skett i alla tre driftformer.

Tabell 6 Skyddade boenden som är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning

Andel skyddade boenden som är tillgängliga för personer som använder rullstol, uppdelat på driftsform, år 2015.

	Kommunala	Ideella	Privata
Entrén är tillräckligt bred för en rullstol	100	71	50
Minst ett boenderum anpassat för rullstol	86	36	38
Minst en toalett anpassad för rullstol	71	36	38
Minst ett duschutrymme är anpassat för rullstol	71	31	25
Köket kan nås med rullstol	100	61	38
Gemensamhetsutrymmena kan nås med rullstol	100	65	63

Källa: Kvalitet i skyddade boenden (Socialstyrelsen, 2016).

Få av de skyddade boendena kan erbjuda teckentolk vid behov, 22 procent. Andelen är lägst bland skyddade boenden som drivs av ideella föreningar (22 procent), följt av privata boenden (22 procent). Drygt hälften, 56 procent, av de skyddade boenden som drivs i kommunal regi kan erbjuda teckentolk vid behov.

Det är också viktigt att personalen på de skyddade boendena har kompetens för att ta emot personer med funktionsnedsättning, framför allt personer som behöver praktiskt stöd. Knappt hälften av de skyddade boendena har

denna kompetens, 46 procent. Men fler än så tar som sagt ändå emot målgruppen – omkring 60 procent.

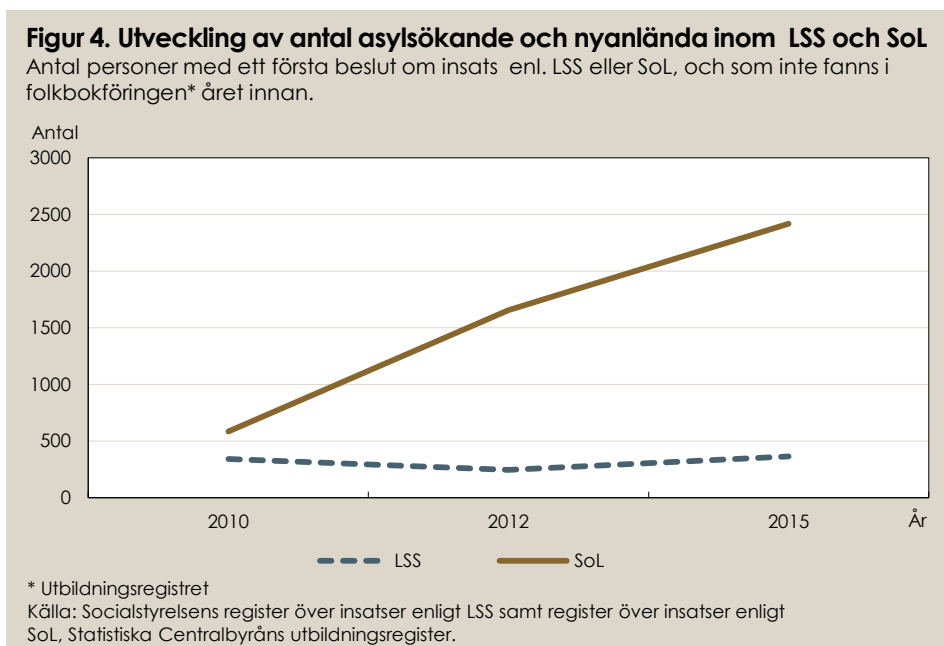
Enkätundersökningen lyfter inte regionala skillnader och det går därför inte att säga ifall de tillgängliga boendena är jämnt fördelade över landet eller inte.

Stöd till asylsökande och nyanlända med funktionsnedsättning

Socialstyrelsen har i dialoger med verksamheter och andra myndigheter fått indikationer på att behoven av stöd hos asylsökande och nyanlända²⁵ med funktionsnedsättning är märkbar. Myndigheten har därför kartlagt denna grupps tillgång till socialt stöd, hjälpmedel och insatser från habiliteringsverksamheter, med fokus på verksamheternas förutsättningar. Resultatet presenteras för första gången i denna lägesrapport.

Ökning av nyanlända inom SoL

Figur 4 visar att andelen asylsökande eller nyanlända med insatser enligt SoL har mer än tredubblats sedan 2010. Motsvarande ökning inom LSS är betydligt lägre, 6 procent.



Ökningen inom SoL motsvarar den generella ökningen av antalet asylsökande och nyanlända, med en stigning under 2015. Det är inte konstigt att insatser enligt SoL har ökat mer än insatser enligt LSS eftersom asylsökande kan få stöd via SoL, såsom hemtjänst och annat bistånd som inte ryms inom ramen för lag (1994:137) om mottagandet av asylsökande m.fl, LMA. För att

²⁵ Med nyanländ avses en person som är mottagen i en kommun och har beviljats uppehållstillstånd. En person är nyanländ i två år. Med asylsökande avses en person som uppgivit sig behöva skydd, dvs. asyl, och som har rätt att stanna i landet tills ansökan har prövats av Migrationsverket eller Migrationsdomstolen.

ha rätt till insatser enligt LSS krävs dock att personen är folkbokförd i kommunen²⁶.

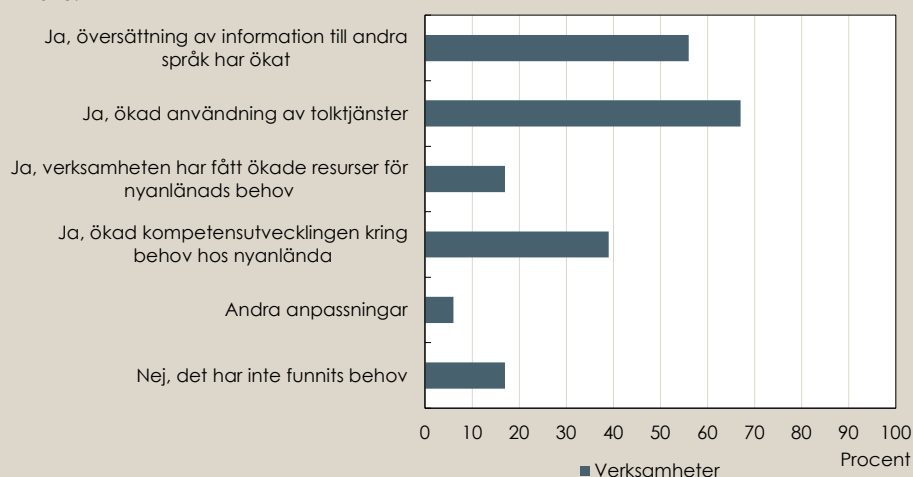
De grupper som beskrivs i figur 4 kan till viss del innefatta andra än asylsökande och nyanlända, exempelvis personer som har återvänt till Sverige efter att ha bott utomlands i flera år.²⁷ I dialoger med verksamheter bekräftas dock den bild som figur 10 ger.

Habiliterings- och hjälpmedelsverksamheter

Majoriteten av habiliteringsverksamheterna, 83 procent, har anpassat verksamheten för att kunna möta behoven hos asylsökande och nyanlända, enligt Socialstyrelsens kartläggning [8]. Det handlar både om anpassningar utifrån att denna grupp ökat i antal och om anpassningar utifrån delvis nya behov. De vanligaste anpassningarna är utökad tolktjänst och översättning av information till andra språk (figur 5). Det är även vanligt med ökad kompetensutveckling hos personal. Flera verksamheter uppger dessutom att de planerar kompetensutveckling gällande asylsökande och nyanlända men att den ännu inte är genomförd.

Figur 5. Utvecklingen av asylsökande och nyanlända inom habiliteringen

Andel habiliteringsverksamheter som har anpassat sin verksamhet under för att möta behoven hos nyanlända och asylsökande*, uppdelat på olika anpassningar, år 2015–2016.



* En habiliteringsverksamhet kan ha genomfört flera anpassningar.

Källa: Socialstyrelsens kartläggning av habiliteringen (2016).

Drygt hälften (58 procent) av hjälpmedelsverksamheterna uppger att deras förskrivning till nyanlända och asylsökande ökade under 2015–2016 (figur 6). Flera hjälpmedelsverksamheter uppger att ökningen framför allt handlar om hjälpmedelsförskrivning till barn.

En något lägre andel har även anpassat sin verksamhet för att möta behoven hos denna målgrupp. Vanligast är mer tolktjänster och utökad översättning av information. Vidare har omkring 20 procent av hjälpmedelsverksam-

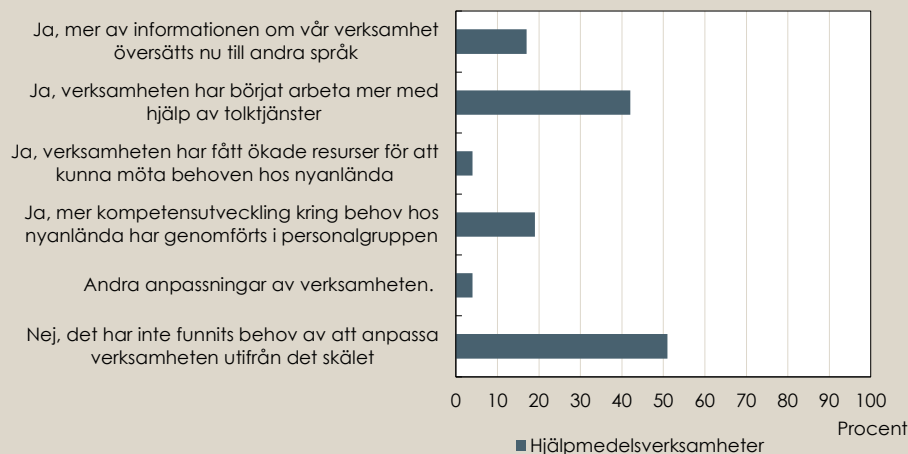
²⁶ En kommuns ansvar enligt LSS gäller gentemot dem som är bosatta i kommunen (se 16 § LSS). Vid tillämpningen av lagen kan en person i regel anses bosatt på den ort där han eller hon är folkbokförd (se prop. 1992/93:159 s. 185 och RÅ 2007 not 182). Det innebär att barn och vuxna som söker asyl har rätt till insatser enligt LSS först när de är folkbokförda i en kommun.

²⁷ Socialstyrelsen har inte haft möjlighet att analysera födelseland.
INSATSER OCH STÖD TILL PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING
SOCIALSTYRELSEN

heterna genomfört någon form av kompetensutveckling gällande behoven nyanlända. Även ett ökat behov av bildstöd vid kommunikation nämns.

Figur 6. Förskrivning av hjälpmedel till asylsökande och nyanlända

Andel hjälpmedelsverksamheter som anpassat verksamheten för att möta behoven hos asylsökande och nyanlända, år 2015–2016.



* En hjälpmedelsverksamhet kan ha gjort flera anpassningar.
Källa: Socialstyrelsens hjälpmedelsenkät (2016).

Utmaningar inom habiliterings- och hjälpmedelsverksamheter
En majoritet (55 procent) av hjälpmedelsverksamheterna har identifierat utmaningar när det gäller behoven av hjälpmedel hos nyanlända och asylsökande. Här följer några exempel:

- Det finns ett ökat behov av interkulturell kompetens.
- Det är svårt att definiera akuta behov av hjälpmedel.
- Många har svårt att få till en bra samverkan mellan till exempel Svenska för invandrare (SFI) och skola.
- Uppföljning av hjälpmedelsförskrivning försvåras av att nyanlända och asylsökande många gånger flyttar mellan boendeformer.
- Ansvarsgränser mellan kommun och landsting är oklara, liksom kostnadsansvar och försäkringsfrågor.
- En del barn har stora hjälpmedelsbehov på grund av utebliven behandling i tidig ålder.
- Obehandlade funktionsnedsättningar och diagnoser hos vuxna, exempelvis cerebral pares och ryggmärgsbräck.

Flera hjälpmedelsverksamheter menar också att det tar tid att sätta sig in i alla regler som rör asylsökande och nyanlända.

Habiliteringsverksamheter lyfter det ökade kompetensbehovet som en utmaning, men också vissa verksamheter nämner även ett ökat vårdåtagande för denna grupp.

Boende för vuxna och daglig verksamhet vanligaste LSS-insatserna

Den 1 oktober 2015 hade totalt 69 500 personer insatser enligt LSS och tillsammans fick dessa personer drygt 117 000 insatser (tabell 7). De vanligaste insatserna var daglig verksamhet, boende för vuxna och kontaktperson.

Ungefär 4 300 personer hade personlig assistans enligt LSS, varav de flesta män. Personlig assistans kan även beviljas som assistansersättning enligt SFB, om de grundläggande behoven överstiger 20 timmar per vecka. Då är det Försäkringskassan som fattar beslut. Socialstyrelsens analyser visar att sammanlagt 20 174 personer hade personlig assistans enligt LSS eller SFB.²⁸

Den 1 oktober 2015 bodde 980 personer i boende för barn enligt LSS. Majoriteten bodde i bostad med särskild service, och endast 70 stycken bodde i familjehem.

Tabell 7. Insatser enligt LSS år 2015

Antal personer med respektive insats enligt LSS 1 oktober 2015, uppdelat på ålder, kön och insats, avrundade värden.

Insats enligt LSS	0–12 år		13–22 år		23–64 år		65– år		Samtliga åldersgrupper		
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Totalt
Råd och stöd	140	270	360	580	1 400	1 450	100	100	2 000	2 400	4 400
Personlig assistans	190	310	290	400	1 190	1 250	340	330	2 010	2 290	4 300
Ledsagar-service	130	260	1 120	1 810	1 830	2 200	520	430	3 600	4 700	8 300
Kontaktperson	40	100	1 500	2 300	6 270	7 440	970	880	8 780	10 720	19 500
Avlösarservice	720	1 750	380	680	100	120	25	25	1 225	2 575	3 800
Korttidsvistelse	960	1 960	2 060	3 490	490	700	10	30	3 520	6 180	9 700
Korttidstillsyn	10	15	1 620	2 750	1	2	0	0	1 631	2 767	4 400
Boende för barn	30	40	345	620	3	5	0	0	378	665	1 000
Boende för vuxna	0	0	480	820	9 030	12 620	1 650	1 900	11 160	15 340	26 500
Daglig verksamhet	0	0	1 350	2 110	13 250	17 700	410	480	15 010	20 290	35 300
Totalt antal insatser	2 220	4 705	9 505	15 560	33 564	43 487	4 025	4 175	49 314	68 903	117 200
Totalt antal personer*	1 740	3 700	5 610	9 545	18 555	24 575	2 860	2 940	28 770	40 760	69 530

*En person kan ha flera insatser.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

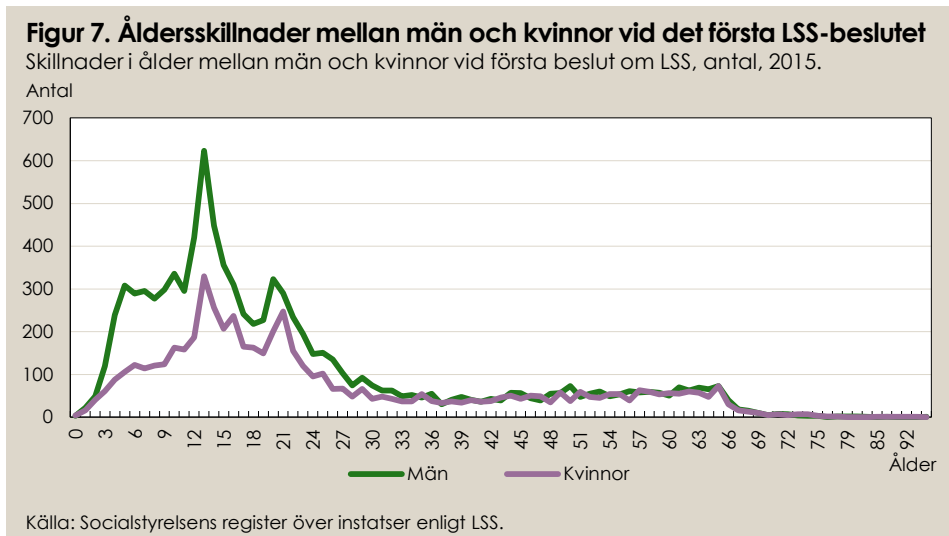
Andelen män med insatser enligt LSS är fortfarande högre än andelen kvinnor, 59 respektive 41 procent. Könsskillnaden är som störst i åldersgruppen 0–22 år, där flickornas andel var 32–37 procent beroende på insats. I de högre åldersgrupperna minskar skillnaderna.

²⁸ Knappt 300 personer var dubbelrapporterade och återfanns som mottagare av både personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt SFB. Dessa personer har exkluderats från totalsumman.

Vissa könsskillnader inom LSS kan förklaras av skillnader i förekomst av olika diagnoser. Det konstaterade Socialstyrelsen i förra årets lägesrapport. Vissa diagnoser är vanligare bland män än kvinnor i totalbefolkningen, till exempel utvecklingsstörning och autism. Dessa diagnoser är också kopplade till personkretsarna för LSS och därmed också rätten till insatser. Samtidigt visar forskningen att flickor många gånger får diagnoser senare än pojkar, exempelvis när det gäller Aspergers syndrom, vilket kan förklara varför könsskillnaderna inom LSS minskar i de högre åldersgrupperna [9].

Socialstyrelsens analyser visat att medianåldern vid första beslut om LSS är 16 år för män respektive 20 år för kvinnor.^{29 30} Detta styrker resonemanget i förra årets lägesrapport om att könsskillnaderna bland barn och unga med insatser enligt LSS kan bero på att flickor får beslut om stöd senare än pojkar.

Att könsskillnaderna minskar i de högre åldersgrupperna blir tydligt i figur 7, som visar ålders- och könsfördelningen vid det första beslutet om LSS. Könsskillnaden är som störst vid 5 års ålder och vid 15 års ålder, i de åldrarna beviljas flest pojkar insatser enligt LSS. Strax efter 30 år är skillnaden så gott som eliminerad och kvinnor och män beviljas då ett första beslut om insatser enligt LSS i lika hög utsträckning.



Daglig verksamhet står för en stor del av ökningen inom LSS

Antalet insatser enligt LSS har ökat med 9 procent sedan 2007. En stor del av ökningen kan förklaras av att insatsen daglig verksamhet har ökat med 31 procent under samma period. Om daglig verksamhet exkluderas har antalet insatser enligt LSS endast ökat med 1,5 procent.

Även andra insatser enligt LSS ökar: personlig assistans, kontaktperson, avlösarservice och boende för vuxna (tabell 8).

²⁹ I analysen inkluderades personer som fått ett första beslut om LSS under åren 2013–2015.

³⁰ Medelvärde är 16 respektive 22 år.

Alla insatser ökar inte, vissa minskar. Råd och stöd har minskat med 46 procent och ledsagarservice med 14 procent. Flera insatser som framför allt beviljas till barn minskar också: korttidsvistelse, korttidstillsyn och boende för barn enligt LSS.

Sedan 2007 har andelen barn och unga i boende för barn enligt LSS minskat med 23 procent. I vissa av dessa boenden bor unga som går i gymnasie-särskola under veckorna medan andra boenden fungerar mer som hem där barnen bor även på helger. Socialstyrelsens analyser visar att majoriteten är 19 år eller äldre under sista året med insatsen. Åren 2007–2012 avslutades insatsen för 1 161 personer, varav endast 49 stycken var 18 år eller yngre, 37 pojkar och 12 flickor. Tre år efter avslutad insats hade i princip samtliga en annan LSS-insats: 1 152 av 1 161 personer. Minskningen av boende för barn tycks med andra ord förklaras av att personerna blir äldre, samtidigt som allt färre barn nybeviljas insatsen.

Tabell 8. Insatser enligt LSS år 2007-2015

Antal personer med respektive insats enligt LSS år 2007-2015*, uppdelat på ålder, kön och insats, avrundade värden.

Insats enligt LSS	2007	2009	2011	2013	2015
Råd och stöd	8 200	5 800	4 700	4 300	4 400
Personlig assistans	3 300	3 400	3 800	3 900	4 300
Ledsagarservice	9 700	9 600	9 200	8 500	8 300
Kontaktperson	18 000	19 200	19 500	19 400	19 500
Avlösarservice	3 400	3 400	3 400	3 500	3 800
Korttidsvistelse	10 100	10 000	9 900	9 600	9 700
Korttidstillsyn	5 100	5 100	5 000	4 500	4 400
Boende för barn	1 300	1 400	1 300	1 100	1 000
Boende för vuxna	21 600	22 900	23 900	25 000	26 500
Daglig verksamhet	27 000	29 000	31 100	32 400	35 300
Totalt antal insatser	107 700	109 800	111 800	112 200	117 200

* Mätdatum för samtliga år är 1 oktober

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Det är inte bara antalet insatser som ökar, även antalet personer som beviljas insatser enligt LSS ökar. Antalet personer som beviljas dessa insatser har ökat mer än antalet insatser, vilket betyder att allt färre personer har fler än en insats. Sedan 2007 har antalet personer med insatser enligt LSS ökat med 22 procent. Andelen män har ökat något under denna period, från 57 till 59 procent. Därmed har även skillnaden mellan könen ökat något.

En viss del av ökningen beror på ökande befolkning

Att allt fler personer får LSS-insatser kan till viss del förklaras av att befolkningen ökar. År 2007 hade 62 personer per 10 000 i befolkningen en eller flera insatser enligt LSS, exklusive insatsen råd och stöd. År 2015 hade andelen ökat till 71 personer per 10 000. Utvecklingen ser dock olika ut i olika åldersgrupper (figur 8). Den största ökningen har skett i åldersgruppen 13–22 år, från 114 till 137 personer per 10 000 i befolkningen, följt av gruppen 23–64 år.

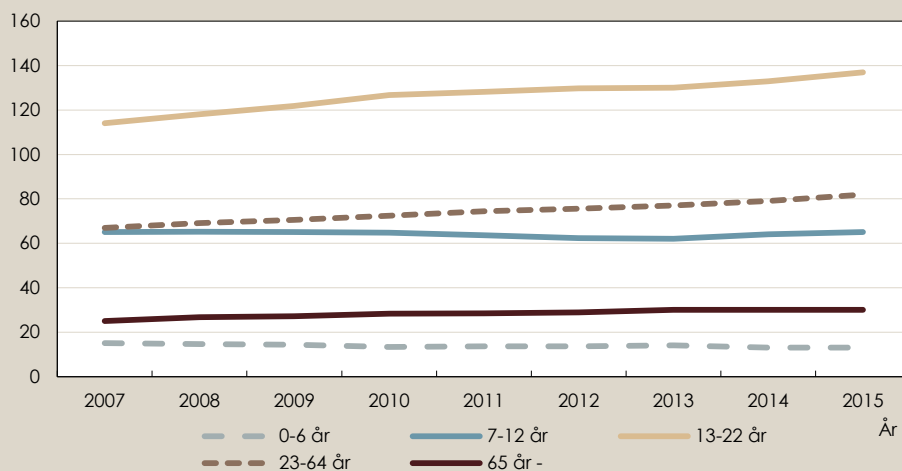
I de yngre åldersgrupperna ser utvecklingen annorlunda ut, med en oförändrad andel i åldern 7–12 och en minskning i gruppen 0–6 år. Andelen äldre med LSS-insatser ökar, men ökningen är relativt måttlig. Det tycks därför

som om en viss del av antalsökningen inom denna åldersgrupp beror på att antalet äldre ökar generellt.

Figur 8. Utveckling inom LSS i förhållande till befolkningens mängd

Antal personer med insatser enligt LSS per 10 000 invånare, uppdelat på ålder, år 2007-2015.

Antal per 10 000



Källa: Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2015.

LSS ökar inte i alla kommuner

På lokal nivå är ökningen inom LSS inte lika tydlig. I förhållande till befolkningens mängden har andelen insatser enligt LSS minskat i 49 kommuner (per 10 000 i befolkningen).³¹ Dessa kommuner är spridda över nästan alla län, men flest återfinns i

- Jämtland, där antalet insatser enligt LSS per 10 000 har minskat i 6 av 8 kommuner
- Värmland, där antalet insatser enligt LSS per 10 000 har minskat i 6 av 16 kommuner
- Dalarna, där antalet insatser enligt LSS per 10 000 har minskat i 5 av 15 kommuner
- Kalmar, där antalet insatser enligt LSS per 10 000 har minskat i 4 av 12 kommuner.

Allt fler får mer än 20 timmars assistans i veckan av kommunen

År 2016 hade 4 300 personer personlig assistans enligt LSS, vilket är en ökning med 30 procent sedan 2007. Under perioden ökade även andelen personer med mer än 20 timmar personlig assistans per vecka, från 56 till 82 procent. Samtidigt minskade antalet personer med få timmar per vecka. År 2016 hade knappt 250 personer personlig assistans i 0–10 timmar per vecka, vilket var en halvering sedan 2007. [10]

Det tycks med andra ord ha skett en förskjutning mot mer omfattande behov inom personlig assistans enligt LSS. Detta stämmer överens med Socialstyrelsens iakttagelser i en tidigare granskning av kommunala riktlinjer

³¹ 20 kommuners uppgifter skyddade av sekretesskäl och därför exkluderade från denna redogörelse.

för LSS och personlig assistans [1]. I granskningen framkom att nästan inga kommunala riktlinjer hade någon övre gräns för antalet assistanstimmar som kan beviljas enligt LSS. Ett fåtal kommuner hade specificerade minimivårer.

Ungefär 40 procent av kommunernas riktlinjer innehöll emellertid avgränsningar för vad som räknas som grundläggande behov, utöver vad som anges i lagstiftningen³². I vissa av dessa angavs exempelvis att en person måste ha omfattande stöd- och omvårdnadsbehov för att kunna anses ha rätt till personlig assistans. [1]

Om en persons behov av personlig assistans för grundläggande behov överstiger 20 timmar kan hen ha rätt till assistansersättning enligt SFB.³³ Att så många personer ändå har personlig assistans enligt LSS i mer än 20 timmar per vecka kan tyda på att kommunerna i allt högre utsträckning beviljar personlig assistans för andra personliga behov, såsom nödvändig träning, fritidsaktiviteter, ledsagarservice, studier, arbete eller sysselsättning samt olika personliga hjälpbehov som kan uppstå.

Ledsagarservice minskar fortfarande mest inom personkrets 3

Ledsagarservice enligt LSS fortsätter att minska och sedan 2007 har insatsen minskat med 14 procent. Andelen med ledsagare är högre bland kvinnor än män, 17 respektive 11 procent. Det finns även en skillnad mellan personkretsarna:

- I personkrets 1 har andelen med ledsagarservice minskat med 4 procent.
- I personkrets 2 har andelen med ledsagarservice ökat med 18 procent.
- I personkrets 3 har andelen med ledsagarservice minskat med 41 procent.

Den stora ökningen i personkrets 2 förklaras av att relativt få har insatsen. Under åren 2007–2015 ökade antalet i personkrets 2 som har ledsagarservice med 72 stycken, och uppgick 2015 till 454 personer. Det är dock oklart varför antalet personer med ledsagarservice ökar i denna personkrets och inte i de andra.

Många av de personer som blir av med ledsagarservice enligt LSS får i stället andra insatser enligt LSS eller enligt SoL. Socialstyrelsen har genomfört analyser som visar vilket stöd som ges till de personer som hade ledsagarservice enligt LSS år 2013 men inte därefter (tabell 9). I personkrets 3 är det vanligast med någon insats enligt SoL, medan det är vanligare med en annan LSS-insats i personkrets 1.

³² 9 a § LSS.

³³ För mer information om grundläggande behov, se sida 14.

Tabell 9. Insatser efter indragen ledsagarservice

Insatser till personer vars ledsagarservice enligt LSS blev indragen mellan 2013 och 2014, uppdelat på kön, personkrets och insats, år 2014 och 2015.

Insats	Män			Kvinnor			Totalt
	1	2	3	1	2	3	
Samtliga som fick ledsagarservice enl. LSS indragen mellan 2013–2014	760	51	137	515	38	163	1 664
Särskilt boende enligt SoL	13	19	29	14	17	24	116
Ledsagning enligt SoL	6	6	14	10	5	42	83
Hemtjänst enligt SoL	34	17	55	33	18	100	257
<i>Totalt antal insatser enligt SoL</i>	<i>146</i>	<i>37</i>	<i>91</i>	<i>107</i>	<i>30</i>	<i>118</i>	<i>529</i>
Personlig assistans enligt LSS	16	4	15	26	1	28	90
Kontaktperson enligt LSS	163	5	9	108	4	15	304
Avlösarservice enligt LSS	24	0	2	16	0	0	42
Korttidsvistelse enligt LSS	132	1	3	91	1	2	230
Korttidsillsyn enligt LSS	84	0	1	53	0	0	138
Boende barn enligt LSS	18	0	1	7	0	0	26
Boende vuxna enligt LSS	200	5	8	141	4	4	362
Daglig verksamhet enligt LSS	279	15	0	226	8	0	528
<i>Totalt antal insatser enligt LSS</i>	<i>555</i>	<i>21</i>	<i>35</i>	<i>373</i>	<i>14</i>	<i>48</i>	<i>1 046</i>

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt SoL.

Jämn könsfördelning inom SoL

Personer med funktionsnedsättning kan även få insatser enligt SoL. Under 2015 hade drygt 52 000 personer med funktionsnedsättning insatser enligt denna lagstiftning, i gruppen 0–64 år och tillsammans hade de 71 300 insatser. Antalet insatser är fler i de övre åldersgrupperna. Drygt 1 230 insatser beviljades till åldersgruppen 0–19 år men i åldersgruppen 55–64 år var det 18 750 insatser.

I den yngsta åldersgruppen är det vanligt med hemtjänst i ordinarie boende, avlösning och kontaktperson eller -familj. I åldersgruppen 20–54 år är i stället boendestöd den i särklass vanligaste insatsen, och i den äldsta åldersgruppen 55–64 år dominerar hemtjänst. Stöd enligt SoL ges med andra ord framför allt i det ordinarie boendet, och särskilt boende är genomgående relativt ovanligt.

Tabell 10. Insatser enligt Socialtjänstlagen år 2015

Antal personer 0–64 år, med respektive, pågående insats enligt SoL den 31 oktober 2015, uppdelat ålder, kön och insats, avrundade värden.

Insats enligt SoL	0–19 år		20–24 år		25–34 år		35–54 år		55–64 år	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Särskilt boende	6	8	50	70	140	230	600	920	900	1 180
Hemtjänst	85	130	155	170	610	510	3 340	2 540	4 350	4 308
Trygghetslarm	11	10	60	45	200	150	1 860	1 350	3 280	2 740
Matdistribution	0	1	5	8	40	45	340	470	740	1 085
Ledsagning	40	65	50	50	180	110	890	590	1 080	810
Avlösning	85	140	2	1	9	4	40	35	90	85
Dagverksamhet	7	9	141	135	417	500	1 280	1 300	789	729

Insats enligt SoL	0–19 år		20–24 år		25–34 år		35–54 år		55–64 år	
Korttidsplats	40	100	25	40	50	70	130	240	220	350
Kontaktperson/-familj	150	200	160	145	350	330	1 020	870	620	500
Boendestöd	90	90	960	1 090	2 520	2 610	5 210	4 550	2 180	2 180
Annat bistånd	65	110	95	85	130	190	330	370	210	230
Totalt antal insatser	579	863	1 703	1 839	4 646	4 749	15 040	13 235	14 459	14 197
Totalt antal personer*	506	730	1 510	1 640	3 890	4 050	11 140	9 940	9 440	9 310

* En person kan ha flera insatser enligt SoL.

Källa: registret över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen

Könsfördelningen är någorlunda jämn bland personer med insatser enligt SoL. Kvinnorna har något fler insatser än männen, 51 procent jämfört med 49 procent. Denna fördelning motsvarar könsfördelningen i den totala befolkningen bättre än fördelningen inom LSS.³⁴ Det är inte klart om fördelningen av insatser enligt SoL till fullo motsvarar behoven men att könsskillnaderna är större inom SoL kan bero på att biståndsbedömning enligt denna lagstiftning inte utgår från diagnoser på samma sätt som bedömning enligt LSS.

Även om något fler kvinnor än män får insatser enligt SoL så ser det olika ut i olika åldersgrupper. Kvinnor är i majoritet i åldersgruppen 35–54 år. Bland de yngsta är emellertid pojkar i majoritet, med 70 procent. Könskillnaderna utjämnas med andra ord tidigare i åldrarna än inom LSS-insatser, men även här finns väsentliga skillnader mellan flickor och pojkar.

Kraftig ökning av boendestöd enligt SoL

Antalet insatser enligt SoL fortsätter att öka, och har sedan 2007 ökat med 20 procent (tabell 11). En stor del av ökningen förklaras av att boendestöd har fördubblats under perioden. Boendestöd ges till personer i eget boende, oftast är det personer med psykisk funktionsnedsättning som får insatsen. Boendestöd kan vara ett såväl praktiskt som socialt stöd för att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället. Att insatsen ökar kan därför tolkas som en positiv utveckling.

Även dagverksamhet har ökat något, med 13 procent. Dagverksamhet enligt SoL kan även ges som serviceinsats utan biståndsbeslut och uppgiften bör därför tolkas med försiktighet. Hemtjänst och särskilt boende har i sin tur minskat med 4 respektive 7 procent.

³⁴ År 2015 utgjorde kvinnor 49,9 procent av den totala befolkningen.
INSATSER OCH STÖD TILL PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING
SOCIALSTYRELSEN

Tabell 11. Insatser enligt socialtjänstlagen år 2015

Antal personer med insatser* enligt SoL 0-64 år, år 2007-2015

År	Boendestöd	Hemtjänst	Särskilt boende	Dagverksamhet	Totalt antal insatser
2007	10 700	16 800	4 400	4 700	53 500
2008	12 200	16 700	4 500	5 100	56 200
2009	Kvaliteten för dålig för publicering				
2010	15 100	16 700	4 300	5 600	58 400
2011	17 500	16 600	4 300	5 900	61 500
2012	18 300	16 400	4 100	5 700	62 000
2013	Kvaliteten för dålig för publicering				
2014	20 200	16 100	4 100	5 300	63 000
2015	21 500	16 200	4 100	5 300	64 200

*Avser insatserna särskilt boende, hemtjänst i ordinärt boende, trygghetslarm, korttidsplats, dagverksamhet, boendestöd, kontaktfamilj, kontaktperson samt annat biståndsbeslut.

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Vanligt med insatser enligt både SoL och LSS

Ungefär 8 100 personer har insatser både enligt LSS och enligt SoL (tabell 12). Ju högre upp i åldrarna, desto vanligare är det. Bland barn och unga upp till 19 år handlar det endast om drygt 200, i åldersgruppen 55-64 år handlar det om närmare 2 000 personer.

Tabell 12. Förekomst av kombinationer av insatser

Antal personer som hade antingen LSS- eller SoL-insats eller båda, uppdelat på ålder, 2015

Ålder	Samtliga			Totalt
	LSS	SoL	Båda	
0-19	15 110	1 230	240	16 110
20-24	9 400	3 150	840	11 700
25-34	13 750	7 940	1 840	19 860
35-44	9 280	8 540	1 560	16 260
45-54	8 650	12 530	1 660	19 530
55-64	7 540	18 750	1 960	24 320
65-	5 800	0	0	5 800
Samtliga	69 530	52 140	8 100	113 580

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och SoL.

Den vanligaste kombinationen av insatser är boendestöd tillsammans med daglig verksamhet eller kontaktperson enligt LSS (tabell 13). Omkring 2 600 respektive 2 000 personer hade någon av dessa kombinationer år 2015.

Ytterligare 900 personer hade kombinationen ledsagarservice enligt LSS och hemtjänst enligt SoL.

Tabell 13. Kombinationer av insatser enligt LSS och SoL

Antal personer med de vanligaste kombinationerna* av insatser enl. LSS och SoL, år 2015.

	Daglig verksamhet enl. LSS	Kontaktperson enl. LSS	Ledsagarservice enl. LSS	Boendestöd enl. SoL	Trygghetslarm enl. SoL	Hemtjänst enl. SoL
Daglig verksamhet enligt LSS	-	1 544	580	2 614	507	991
Kontaktperson enligt LSS	1 544	-	337	2 026	377	903
Ledsagarservice enligt LSS	580	337	-	579	350	895
Boendestöd enligt SoL	2 614	2 026	579	-	161	209
Trygghetslarm enligt SoL	507	377	350	161	-	505
Hemtjänst enligt SoL	991	903	895	209	505	-

*Insatser med fler än 1 000 personer

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och SoL.

Många personer med funktionsnedsättning som behöver stöd har således insatser enligt både SoL och LSS. När det gäller boendestöd enligt SoL handlar det troligen om att de befintliga stöden som erbjuds enligt LSS (personlig assistans eller bostad med särskild service) inte motsvarar behoven. Socialstyrelsen har inte haft möjlighet att analysera om detta har förändrats över tid. Myndigheten har dock tidigare lyft behovet inom LSS av annat stöd i boendet än personlig assistans och bostad med särskild service [1]. Samtidigt kan kombinationer av insatser många gånger vara ett effektivt sätt att tillgodose behov, exempelvis boendestöd enligt SoL för personer som har insatser enligt LSS.

Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning

År 2015 uppgick kostnaderna för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning till 60 miljarder kronor. Det motsvarar 28 procent av de totala kostnaderna för socialtjänsten (äldreomsorgen utgör 52 procent och individ- och familjeomsorgen 20 procent). Kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning har legat på samma nivå under de senaste två åren, sett som andel av kommunernas kostnad.

Ökning av kostnaderna för insatserna enligt SoL och LSS

Under perioden 2011–2015 ökade kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning med 11 procent i fasta priser³⁵. Prisutvecklingen var också stark; under perioden steg kostnaderna i löpande priser med 22 procent eller 11 miljarder kronor³⁶.

Mest ökade kostnaderna för insatser enligt SoL (0–64 år). I fasta priser ökade dessa kostnader med drygt 17 procent under perioden. Hemtjänst,

³⁵ Redovisning i fasta priser tar hänsyn till prisförändringar och är därmed användbara för jämförelser över tiden.

³⁶ Löpande priser gäller vid en viss tidpunkt redovisade utan att ta hänsyn till inflationen.

inklusive boendestöd, står för den största procentuella kostnadsökningen. Ökningen är dock inte lika stor som tidigare år. Det kan finnas flera orsaker till denna kostnadsökning, exempelvis att allt fler som tillhör personkretsen för LSS även får boendestöd eller att fler personer med psykisk funktionsnedsättning får stöd. Det är också möjligt att ökningen av asylsökande och nyanlända med funktionsnedsättning också har bidragit till de ökande kostnaderna (se sida 26).

Under samma period ökade kostnaderna för insatser enligt LSS med 10 procent. Kostnaderna för boende för vuxna hade den starkaste utvecklingen, men även kostnaderna för personlig assistans ökade (tabell 14).

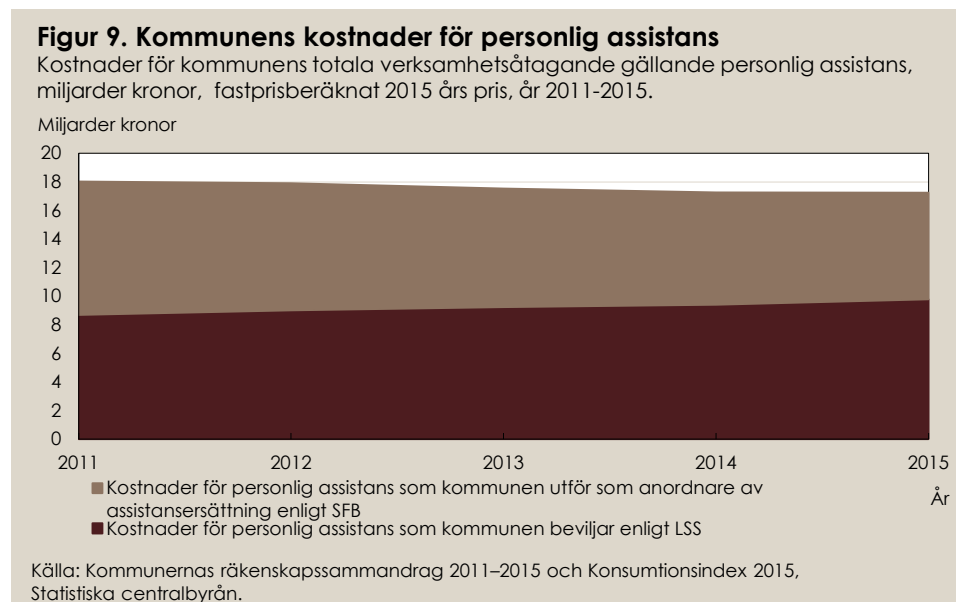
Tabell 14. Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning, fast pris

Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2011–2015, fast pris, miljarder kronor och procent.

	2011	2012	2013	2014	2015	Förändring 2011-2015	
						mdkr	%
Summa insatser enligt Sol/HSL	11,0	11,3	12,3	12,3	12,9	1,9	17,3
Vård och omsorg i särskilt boende enl. Sol/HSL	3,9	4,1	4,2	4,4	4,6	0,7	18,8
Vård och omsorg i ord. boende enl. Sol/HSL.	6,4	6,5	7,4	7,2	7,6	1,2	19,2
varav							
hemtjänst/boendestöd	4,6	4,7	5,5	5,5	5,7	1,2	25,9
korttidsboende	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,1	9,0
övriga biståndsbedömda insatser	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	0,0	-1,4
Vård och omsorg i öppen verksamhet	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,0	-5,6
Summa insatser enligt LSS och SFB **	43,1	43,9	44,8	45,6	47,4	4,3	9,9
Boende	22,6	23,2	23,8	24,4	25,4	2,8	12,3
varav							
vuxna	20,9	21,4	22,1	22,8	23,7	2,8	13,4
barn	1,7	1,8	1,7	1,6	1,7	0,0	-2,1
Personlig assistans	8,7	9,0	9,2	9,4	9,8	1,1	12,6
Daglig verksamhet	6,9	6,9	7,0	7,2	7,5	0,6	8,0
Övriga insatser	4,9	4,7	4,7	4,6	4,7	-0,2	-3,2
Total summa insatser till personer med funktionsnedsättning	54,2	55,1	57,1	58,0	60,3	6,2	11,4
Årlig procentuell förändring	5,0	1,8	3,6	1,5	4,1		
Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, andel av socialtjänstens kostnader	26,5	27,0	27,6	27,4	27,7		
Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, andel av kommunernas kostnader	10,3	10,4	10,5	10,5	10,5		
Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, andel av BNP	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4		

*Socialförsäkringsbalken **Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.
Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2011–2015, Statistiska centralbyrån.

Kommunernas totala kostnader för personlig assistans kan delas upp i två kategorier: kostnader för den del som kommunerna beviljar enligt LSS och kostnader för den del som kommunerna utför i egenskap av anordnare av assistansersättning enligt SFB³⁷. För den senare delen får kommunerna ersättning från Försäkringskassan. Under de senaste åren har delen som kommunerna utför som anordnare av assistansersättning minskat. Den del som kommunerna beviljar enligt LSS har i stället ökat.



Kostnaderna som redovisas i tabell 14 och figur 9 är fastprisberäknade till 2015 års prisnivå³⁸. Andelarna av kostnader för socialtjänsten, kommunernas kostnader och BNP redovisas i löpande priser. I bilaga 2 redovisas kompletterande kostnader i löpande priser samt tabellunderlaget till figur 9.

Kostnaderna varierar mellan kommunerna

År 2015 stod stöden till personer med funktionsnedsättning för 11,7 procent av kommunernas totala kostnader. Andelen har varit konstant sedan 2012 [11]. Det ser inte likadant ut i alla kommuner utan andelen varierar en hel del: mellan 5 och 17 procent av kommunernas totala kostnader.

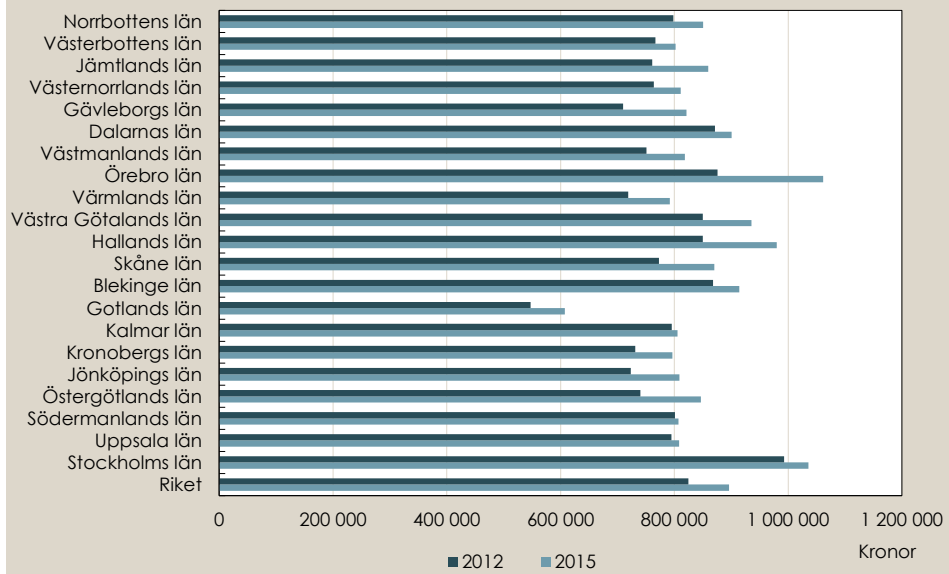
Även kostnaden per person och insats varierar. Figur 10 visar variationer i kostnad per person i bostad med särskild service för vuxna, uppdelat på län och över tid. Lägst ligger Gotland med 600 000 kronor per person och år. Högst ligger Örebro och Stockholm med 1 060 000 kronor per person och år.

³⁷ Kommunerna betalar alltid de första 20 timmarna samt för tillfälligt utökad assistans.

³⁸ Som underlag för uppräknningen används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex för respektive verksamhetsområde.

Figur 10. Kostnad per person i boende för vuxna enligt LSS

Kostnad per person i boende för vuxna enligt LSS, uppdelat på län och riket, 2012 och 2015.



Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av kostnadsmått inom socialtjänsten.

Jämlik vård och omsorg

Jämlik vård och omsorg ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla. I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för arbetet med jämlik vård för personer med funktionsnedsättning, regionala skillnader i utbudet inom habiliteringen och avgifter inom hjälpmedelsområdet.

Ökad kunskap om ojämlik vård

Personer med funktionsnedsättning har inte alltid tillgång till likvärdig hälso- och sjukvård som befolkningen i övrigt, det visar slutrapporten för Socialstyrelsens arbete med de funktionshinderspolitiska målen [12]. Socialstyrelsen konstaterar även följande:

- Hälso- och sjukvården behöver öka sin kunskap om personer med funktionsnedsättning och deras hälsorisker.
- Socialtjänsten behöver öka sin kunskap för att stödja personer med funktionsnedsättning i kontakten med hälso- och sjukvården när det finns misstanke om ohälsa.
- Kunskap om orsakerna till att vården är ojämlik behöver öka.
- De ökade kunskaperna behöver leda till förändrat arbetssätt.

Under den senaste funktionshinderspolitiska strategiperioden³⁹ vidgades perspektivet så att även annan vård inkluderas vid sidan av rehabilitering och habilitering. Detta har bidragit till att kunskapen har ökat om hur jämlik vården är för personer med funktionsnedsättning. Personer med funktionsnedsättning är en av flera grupper vars vård är ojämlik, och ett framtida arbete för att göra vården mer jämlik bör integreras i det övriga arbetet inom området. På så sätt kommer satsningar på att göra vården jämlik även denna grupp tillgodo.

Under strategiperioden lyfte Socialstyrelsen fram olika exempel på att personer med funktionsnedsättning inte har likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård som övriga befolkningen, till exempel personer med psykisk funktionsnedsättning eller utvecklingsstörning. Ofta handlar det om att personer som har en funktionsnedsättning och som insjuknar får tillgång till undersökning och behandling i ett sent skede av sjukdomsförloppet. De har också en högre risk för dödlighet på grund av sjukdom än övriga befolkningen. Under strategiperioden har Socialstyrelsen verkat för att vården ska bli mer jämlik, bland annat genom att publicera ett utbildningsmaterial för vårdpersonal om jämlikt bemötande [12].

³⁹ År 2011–2016.

Regionala skillnader i habiliteringens utbud

Tillgången till habiliteringsverksamheternas insatser är hög för barn och unga med flerfunktionsnedsättning, förvärvad hjärnskada eller rörelsehinder (tabell 15), det visar resultaten från Socialstyrelsens kartläggning. Omkring 70 procent av verksamheterna erbjuder även insatser till vuxna i dessa målgrupper. Hälften av verksamheterna erbjuder inga insatser till personer med dövhet eller grav hörselnedsättning, oavsett ålder. Detta kan förklaras av att habiliteringen för dessa personer många gånger organiseras separat inom hörselhabiliteringen. Tillgången till habilitering för personer med tal, röst och språkstörning är också begränsad; 61 procent av habiliteringarna erbjuder inte insatser till denna målgrupp.

Tabell 15. Habiliteringsverksamheternas insatser till olika målgrupper.

Andel habiliteringsverksamheter* som erbjuder insatser för olika funktionsnedsättningar, uppdelat på barn och unga samt vuxna, 2015.

Funktionsnedsättning	Barn/ungdom andel	Vuxna andel	Inga insatser andel
Autism och Aspergers syndrom	92	65	4
Blindhet/grav synnedsättning	65	50	35
Dövhet/grav hörselnedsättning	54	38	46
Dövblindhet	65	50	35
Flerfunktionsnedsättning	96	77	0
Förvärvad hjärnskada	96	73	0
Intellektuell funktionsnedsättning	96	77	0
Rörelsehinder	96	77	0
Sällsynta diagnoser	88	73	4
Tal-, röst- och språkstörning	38	19	58

Källa: Enkät till habiliteringsverksamheter (2016)

Personer med enbart autism eller Aspergers syndrom hänvisas många gånger till barn- och ungdomspsykiatri (BUP), och för att komma ifråga hos habiliteringen krävs en kombination med utvecklingsstörning. Vissa habiliteringar uppger dock att personer med autismspektrumtillstånd utan någon form av utvecklingsstörning erbjuds generella insatser i grupp, inklusive ett inledande individuellt informationssamtal.

Inom många habiliteringsverksamheter är huvuduppdraget personer med intellektuell eller kognitiv funktionsnedsättning, eller nedsatt rörelseförmåga. Det är därför inte anmärkningsvärt att insatser inte alltid erbjuds till personer med andra funktionsnedsättningar.

Att insatser till en målgrupp inte erbjuds inom habiliteringen behöver inte betyda att stödet är ojämlikt eftersom habiliterande insatser även finns inom andra verksamheter, exempelvis psykiatri. När de habiliterande insatser är organiserade inom olika verksamheter kan det dock vara svårt för den enskilde eller för andra, samverkande, aktörer att hitta rätt. Det kan också vara svårt att upprätthålla en helhetssyn kring den enskilde, någon som många gånger präglar habiliteringens arbetssätt.

Ojämlika avgifter för hjälpmedel

Förutsättningarna för en jämlik förskrivning av hjälpmedel är goda, både för barn och för vuxna.⁴⁰ Socialstyrelsen bedömer även att regelverkens utformning möjliggör en jämlik hjälpmedelsförskrivning i landet [13].

Det finns emellertid skillnader både inom och mellan landsting, regioner och kommuner när det gäller avgifter inom hjälpmedelsområdet. Skillnaderna rör både om avgifter tas ut och för vilka hjälpmedel avgifter förekommer. Även avgifternas storlek skiljer sig åt, vilket innebär att hjälpmedelsanvändare får olika förutsättningar att få tillgång till de förskrivna hjälpmedlen. Socialstyrelsens kartläggning visar följande:

- Samtliga landsting och regioner tar ut någon form av avgift i samband med hjälpmedelsförskrivning. Samtliga landsting tar också ut besöksavgift inom något hjälpmedelsområde, men det är endast 6 landsting som har angett en enhetlig besöksavgift på 100 eller 200 kronor.⁴¹
- Knappt hälften av alla kommuner, 140 stycken, tar ut avgifter i samband med hjälpmedelsförskrivning. Storleken på avgifterna är 0–400 kronor (median 150 kronor). Majoriteten av dessa kommuner tar ut en avgift för att bedöma hjälpmedelsbehov, två tredjedelar tar ut en besöksavgift för träning och hälften av kommunerna för att följa upp hjälpmedel.
- Hjälpmedelsavgifter är vanligare inom vissa hjälpmedelsområden såsom det ortopedtekniska och hörselområdet. [13]

Både landstingen, regionerna och kommunerna tar med andra ord ut hjälpmedelsavgifter. I landstinget är det vanligt med avgifter för nya hjälpmedelstyper såsom kognitiva hjälpmedel och för ortopedtekniska hjälpmedel och hörselhjälpmedel såsom hörapparater. Det förekommer både engångsavgifter, månatliga avgifter och årsavgifter. För eldriven rullstol tar flera landsting en årskostnad på 500–600 kronor.⁴²

Socialstyrelsen bedömer att det troligen är svårt för en hjälpmedelsanvändare att på förhand få klarhet i avgifterna för ett eller flera hjälpmedel från olika huvudmän och hjälpmedelsområden.

Avgifterna för den enskilda hjälpmedelsanvändaren skiljer sig dessutom mycket åt beroende på var i landet hen bor. I fallbeskrivningarna framkommer tydliga regionala skillnader i avgifter för vuxna,⁴³ och för en exempelpatient är de sammanlagda avgifterna under första året 100–1 700 kronor beroende på landsting. Avgiften för att få två hörapparater förskrivna varierar mellan 80–1 550 kronor.

Skillnaderna i avgifter är således stora och Socialstyrelsen bedömer att det kan bidra till en ojämlig hjälpmedelsförsörjning i landet [13].

⁴⁰ Bedömningen är gjord utifrån Socialstyrelsens fiktiva fallbeskrivningar.

⁴¹ Ett landsting anger en besöksavgift på 800 kronor för utprovning av hörapparat men då omfattar avgiften samtliga besök.

⁴² En kommun uppger att de tar en månatlig avgift på 205 kronor vilket ger en årsavgift på 2 460 kronor.

⁴³ Inga landsting eller regioner tar ut besöksavgifter för barn och unga, och hjälpmedelsavgifter är ovanliga.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Vård och socialt stöd ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, så långt det är möjligt. I kunskapsbaserad vård och omsorg ingår även att den enskildes erfarenheter ska tas till vara. I detta kapitel fokuserar Socialstyrelsen på myndighetsutövningen inom LSS, kompetensen hos handläggare och habiliteringspersonal och uppföljningen av insatser enligt LSS.

Många är nöjda med LSS-handläggningen, men det finns brister

De flesta enskilda som ansöker om LSS-insatser är överlag nöjda med handläggningsprocessen. Det visar resultaten från en regional enkätundersökning som IVO har genomfört⁴⁴ [14]. Majorititeten av de som besvarade enkäten uppger att

- de kan få tag på sin handläggare vid behov
- det är lätt att göra en ansökan
- de är nöjda med beslutet som fattades.

Undersökningen visar också att det finns förbättringsområden:

- Hälften anser inte att LSS-handläggarna har tillräcklig kunskap om och förståelse för deras funktionsnedsättning.
- Närmare hälften anser att de delvis eller inte alls blir lyssnade till.
- En dryg tredjedel uppger att deras behov inte beskrivits på rätt sätt i utredningarna.
- En tredjedel vittnar om långa handläggningstider.

Enkätundersökningen gjordes som ett komplement till genomförda aktgranskningar och intervjuer. Utifrån de samlade resultaten menar IVO att många kommuner behöver se över sin utredningsmetodik och skapa bättre förutsättningar för LSS-handläggare att bedriva en rättssäker myndighetsutövning. I kapitlet om säker vård och omsorg förs ytterligare resonemang om rättssäkerhet (sida 67).

Behov av fler kompetensutvecklingsplaner

IVO konstaterar också att det finns behov av kompetensutveckling, men att många kommuner saknar samlade planer för detta inom LSS. Dessutom menar myndigheten att en tredjedel av de tillsynade kommunerna har eller har haft stor personalomsättning, vakanser eller svårt att rekrytera LSS-

⁴⁴ Enkätundersökningen besvarades av personer som ansökt om följande LSS-insatser: kontaktperson, avlösarservice, ledsagarservice och/eller korttidsvistelse. Undersökningen inkluderade även verksamhetstillsyn i 30 kommuner, granskning av 481 ärenden, intervjuer med ledning och personal samt enkätsvar från enskilda som ansökt om en insats. Enkätundersökningen hade en svarsfrekvens på 36 procent varför resultaten bör tolkas med försiktighet.

handläggare [14]. Personalbristen kan i sin tur påverka kvaliteten i handläggningen, handläggningstiden och LSS-handläggarnas tillgänglighet.

I kommunerna finns olika strategier för att hantera personal- och kompetensbrister. De kan exempelvis skapa en gemensam organisation med andra kommuner inom LSS-området, skapa nätverk av handläggare i länet för utbyte av erfarenheter och ta fram handlingsplaner för kompetensutveckling [15].

IVO:s undersökning genomfördes regionalt och bör därför tolkas med viss försiktighet. Avsaknaden av handlingsplaner för kompetensutveckling framkommer emellertid även i Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning [16]. I 26 procent av kommunerna finns en samlad kompetensutvecklingsplan för LSS-verksamheten, jämfört med 28 procent inom kommunernas verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning.⁴⁵ Uppgifterna stödjer IVO:s iakttagelser att andelen LSS-verksamheter med samlade kompetensplaner kan öka.

Med rätt kompetens ökar förutsättningarna för att personalen ska bidra till insatser av god kvalitet. En viktig uppgift för arbetsgivare är därför att skapa förutsättningar för kompetensutveckling. En samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling bör innehålla en planering för deras fortbildning eller vidareutbildning, och den bör bygga på verksamhetens mål och på nämndens kartläggning och analys av handläggarnas individuella kompetens.

Kompetenssatsningar ger resultat

Omkring hälften av de personer som besvarade IVO:s enkätundersökning upplever att LSS-handläggarna har bristande kunskap om funktionsnedsättning och för liten förståelse för deras situation [14].

Under de senaste åren har det pågått satsningar för att öka LSS-handläggarnas kunskap, och Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utarbeta och upphandla en högskoleutbildning för handläggare som prövar ansökningar om LSS-insatser. Ett av utbildningens syften är att öka LSS-handläggares kunskap om olika funktionsnedsättningar och deras konsekvenser för den enskilde. Den fjärde och sista utbildningsomgången startar höstterminen 2017. Utifrån Socialstyrelsens bedömning beräknas utbildningen sammanlagt nå 50 procent av det totala antalet handläggare när samtliga fyra utbildningsomgångar är genomförda.

Kursutvärderingar för den tredje utbildningsomgången visar att 89 procent var nöjda eller mycket nöjda med de fysiska träffarna och 90 procent var nöjda med de webbaserade delarna. Det innebär en ökning av andelen nöjda jämfört med resultatet från första och andra omgången. Kursutvärderingen visar även följande:

- 94 procent ansåg att kursens innehåll var relevant.
- 67 procent hade framför allt ökat sin kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK).
- 60 procent hade fått mer kunskaper om olika funktionsnedsättningar och deras konsekvenser i vardagen för den enskilde och dennes närstående.

⁴⁵ Förändring över tid är inte möjligt på grund av ändrad insamlingsmetod.
INSATSER OCH STÖD TILL PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING
SOCIALSTYRELSEN

- 60 procent angav att de efter genomgången utbildning känner till hur ICF⁴⁶ kan användas som stöd för att bedöma den enskildes behov.

Andelen avhopp har minskat, från 33 procent vid första utbildningstillfället till 26 procent vid tredje. Deltagare som hoppar av har framför allt angett att de har svårt att kombinera högskolestudier med heltidsarbete. En annan svårighet handlar om att få vikarie vid kursträffarna. Socialstyrelsen konstaterar att utbildningen är ett viktigt led i att öka LSS-handläggarnas kunskaper och att skapa förutsättningar för en mer rättssäker handläggning och ett mer likvärdigt stöd. [15]

Ju fler ärenden, desto färre uppföljningar

Uppföljning av insatser är den del av ärendeprocessen där resursbrister i organisationen märks snabbast. Det menar IVO utifrån iakttagelser i sin tillsyn [17]. I tillsynen framkom att många kommuner inte levde upp till sina ambitioner och målsättningar om en systematisk uppföljning av insatser enligt LSS. Till exempel hinner inte handläggarna genomföra samtal med den enskilde eller hämta in uppgifter från utföraren. Både chefer och handläggare berättar att uppföljning nedprioriteras vid hög arbetsbelastning och i några kommuner har vissa insatser inte följts upp på flera år. Den bristande uppföljningen riskerar att påtagligt minska rättssäkerheten och den enskildes delaktighet och inflytande. En del kommuner prioriterar dock uppföljning av insatser som beviljats till barn.

Socialstyrelsens tidigare analyser bekräftar att antalet ärenden påverkar socialtjänstens myndighetsutövning [18]. Ju fler ärenden varje LSS-handläggare hade, desto färre beslut följdes upp regelbundet. Var fjärde kommun med få ärenden per LSS-handläggare⁴⁷ följde upp majoriteten av sina beslut, jämfört med en tiondel av kommunerna med många ärenden per handläggare⁴⁸. Socialstyrelsen konstaterade även att det är vanligt med många ärenden per handläggare. I hälften av kommunerna hade varje handläggare mellan 51–100 aktuella ärenden, och i ytterligare 27 kommuner hade varje handläggare fler än 150 aktuella LSS-ärenden. [18]

Insatserna ska följas upp för att säkra att de tillgodoser den enskildes behov⁴⁹. Uppföljningen är även viktig för att kommunerna ska kunna förbättra verksamheten⁵⁰. Socialstyrelsens öppna jämförelser kompletterar ovanstående bild, och visar att få kommuner använder systematiska uppföljningar av individinsatser inom LSS för att utveckla verksamheten, bara 11 procent.⁵¹ Andelen är dessutom lägre inom verksamheter som vänder sig till personer med psykisk funktionsnedsättning, med 10 procent.

⁴⁶ Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

⁴⁷ Upp till 87 ärenden per handläggare.

⁴⁸ 88 ärenden eller fler per handläggare.

⁴⁹ Se bland annat Prop. 2007/08:43 Rapporteringsskyldighet av ej verkställda beslut enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, m. m. s. 13.

⁵⁰ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

⁵¹ Med ”uppföljningar” avses att handläggare tillsammans med den enskilde har följt upp om insatsen lett till de mål som den enskilde varit delaktig i att ta fram. Uppföljningen ska vara dokumenterad. Med ”resultat av biståndsbeslutade insatser” avses måluppfyllelse med insatsen för den enskilde utifrån dennes individuella behov. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi.

Tabell 16. Systematisk uppföljning och verksamhetsutveckling inom LSS

Andel kommuner som genomfört systematisk uppföljning av insatser och använt resultaten till verksamhetsutveckling, år 2016.

	Verksamheter inom LSS	Verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning
	Andel kommuner	Andel kommuner
Använt resultat från biståndsbeslutade insatser till verksamhetsutveckling	11	10
Genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv	3	8
Använt resultat med ett könsperspektiv till verksamhetsutveckling	2	7

Källa: Öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2016).

Ännu färre kommuner genomför systematiska uppföljningar ur ett könsperspektiv: 3 procent inom LSS-verksamheter och 8 procent inom verksamheter som vänder sig till personer med psykisk funktionsnedsättning. Av de som gör detta använder emellertid flertalet resultaten till verksamhetsutveckling, 2 respektive 7 procent.

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

Habiliteringar kompetensutvecklar inom hbtq och jämställdhet

De flesta habiliteringsverksamheter har under de två senaste åren genomfört kompetensutveckling inom hälsofrämjande insatser: 69 procent (tabell 17). Många av verksamheterna har även kompetensutvecklat personalen om sex- och samlevnadskunskap, 43 procent. Vidare har 31 procent av habiliteringsverksamheterna genomfört kompetensutveckling inom jämställdhet.

Tabell 17. Kompetensutveckling inom habiliteringen

Andel habiliteringar som genomfört kompetensutveckling under 2015 och 2016 uppdelat på kompetensområde.

Kompetensområde	Ja	Nej	Vet ej
Hälsofrämjande insatser	69	15,5	15,5
Jämställdhetsfrågor	31	54	15
Sex- och samlevnadsfrågor	42,5	42,5	15
Hbtq-personers livsvillkor	34,5	54	11,5

Källa: Socialstyrelsens kartläggning av habiliteringsverksamheter (2016).

En tredjedel av verksamheterna har kompetensutvecklat personal i frågor som rör livsvillkor för hbtq-personer. Flera habiliteringsverksamheter uppger dessutom att de håller på att hbtq-certifiera sin verksamhet. En verksamhet uppger att de under 2017 kommer att genomföra en utbildning i transsexualism.

Det är inte alltid som habiliteringsverksamheterna själva ansvarar för kompetensutvecklingen. Några verksamheter uppger i stället att kompetensutveckling inom jämställdhet genomförs på region- eller landstingsnivå.

Helhetssyn och samverkan

Många personer med funktionsnedsättning får stöd från flera aktörer, vilket ställer krav på helhetssyn, samordning och kontinuitet. Den enskildes samlade livssituation bör därför vara utgångspunkten för arbetet. Det är också viktigt att uppmärksamma hur olika insatser på bästa sätt kan verka förebyggande. I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen samverkan mellan olika aktörer, helhetssynen inom habiliteringen samt utvecklingen av samordnade rehabiliteringsinsatser.

Samverkansöverenskommelser vanliga mellan habilitering och psykiatri

Drygt hälften av habiliteringsverksamheterna har överenskommelser med vuxenpsykiatri, andelen är något lägre för överenskommelser med Försäkringskassan (tabell 18). Endast 4 procent av verksamheterna har överenskommelser med Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ansvarar för att tillhandahålla arbetshjälpmedel och är viktiga aktörer vid arbetsinriktad rehabilitering, så samverkan om enskilda kan vara viktigt för att uppnå en helhetssyn.

Knappt hälften av habiliteringsverksamheterna har upprättat skriftliga samverkansöverenskommelser med kommunernas LSS-verksamheter, skolornas elevhälsa och primärvården.

Tabell 18. Samverkansöverenskommelser mellan habiliteringen och andra verksamheter

Andel habiliteringar* som har skriftliga överenskommelser eller avtal mellan habiliteringen och andra verksamheter kring samverkan i enskilda ärenden, 2016.

Verksamhet	Andel habiliteringsverksamhet		
	Ja	Nej	Vet ej
Försäkringskassan	46	46	8
Arbetsförmedlingen	4	85	12
Primärvården	42	54	4
Landsfingets vuxenpsykiatri	54	27	19
Landsfingets barn- och ungdomspsykiatri	69	23	8
Kommunernas LSS-verksamheter	42	46	12
Skolornas elevhälsa	42	42	15

Källa: Socialstyrelsens kartläggning av habiliteringen (2016)

Vanligt med multiprofessionella team i habiliteringsverksamheter

De flesta habiliteringsverksamheter arbetar i multiprofessionella team kring personer med olika funktionsnedsättningar. Andelen är 100 procent, med undantag för tydligt avgränsade funktionsnedsättningar såsom blindhet eller grav synnedsättning, dövhet eller grav hörselnedsättning och dövblindhet (tabell 19). Omkring 73–83 procent av habiliteringsverksamheterna arbetar i

multiprofessionella team kring dessa grupper. Andelen är något lägre för personer med tal-, röst och språkstörning.

Vissa av habiliteringsverksamheterna uppger att de arbetar i team kring samtliga personer, men inte diagnosinriktat.

Tabell 19. Förekomst av multiprofessionella team inom habiliteringsverksamheter

Andel habiliteringsverksamheterna som organiserar sitt arbete i multiprofessionella team, uppdelat på olika funktionsnedsättningar, 2016.

Funktionsnedsättning	Andel inom barn- och ungdomshabilitering	Andel inom vuxenhabilitering
Autism och Aspergers syndrom	100	100
Blindhet/grav synnedsättning	65	62
Dövhet/grav hörselnedsättning	64	60
Dövblindhet	71	69
Flerfunktionsnedsättning	100	100
Förvärvad hjärnskada	100	100
Intellektuell funktionsnedsättning	100	100
Rörelsehinder	100	100
Sällsynta diagnoser	100	100
Tal-, röst- och språkstörning	90	60

Källa: Socialstyrelsens kartläggning av habiliteringen (2016)

Det finns många fördelar med multiprofessionella team, bland annat ökar förutsättningarna för helhetssyn och samsyn samt mindre revirtänkande. Ömsesidigt informationsutbyte mellan yrkesgrupper är en annan fördel. Likaså får den enskilde tillgång till personal som tillsammans har en bredare kompetens än var och en för sig. [19]

Samordnad rehabilitering när många

Finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Finsam)

Lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, Finsam, möjliggör för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, 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.

Källa: www.finsam.se

Ett annat exempel på samordning av myndigheters insatser är finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (Finsam). Vid utgången av 2016

fanns det 82 samordningsförbund som omfattade 247 av Sveriges 290 kommuner [20]. Under 2016 deltog omkring 27 700 personer i individinriktade insatser som samordningsförbunden finansierade. Av dessa var drygt 14 600 deltagare registrerade med personuppgifter och det är för dessa som resultat kan redovisas.

Insatserna når många personer med komplexa behov, till exempel personer med funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa. Andelen unga deltagare, till och med 29 år, utgör 51 procent av alla deltagare i Finsam. I gruppen unga ingår unga med aktivitetsersättning, antalsmässigt har denna grupp ökat något jämfört med 2015. I denna grupp ingår såväl unga med LSS-insatser som unga med psykisk ohälsa. Försäkringskassans analyser tyder på att insatser som är finansierade av samordningsförbunden bidrar till att unga med aktivitetsersättning närmar sig arbetsmarknaden [21]. Efter att insatsen avslutats befann sig en tredjedel av de unga närmare arbetsmarknaden eller så deltog de i insatser med syfte att närma sig arbetsmarknaden i Arbetsförmedlingens regi.

Fler kvinnor än män deltar i Finsam-insatser, 53 respektive 47 procent män. Den övervägande delen av de individinriktade insatserna har inriktningen ”rehabilitering för arbete eller studier”, denna insats utgjorde 68 procent⁵². Männerna fick i något högre utsträckning än kvinnorna del av insatsen ”rehabilitering för arbete eller studier”, 69 procent jämfört med 66 procent.

Under 2016 avslutade drygt 7 600 deltagare en Finsam-insats⁵³. Av dessa arbetade eller studerade 33 procent helt eller delvis, jämfört med 13 procent före insatsstart. Bland kvinnorna var andelen 30 procent och för männen 37 procent. Ett annat resultatmått är så kallad stegförflyttning, det vill säga att deltagare har närmat sig arbetsmarknaden. Under 2016 var det 15 procent av de som avslutat en insats som skrev in sig på Arbetsförmedlingen. Ytterligare 34 procent av deltagarna som har avslutat en insats har gått vidare till fortsatt rehabilitering. Efter avslutad Finsam-insats befann sig en tredjedel av de unga närmare arbetsmarknaden eller deltog i insatser med syfte att närma sig arbetsmarknaden i Arbetsförmedlingens regi.⁵⁴

Socialstyrelsen bedömer att utvecklingen går i positiv riktning och att samordningsförbunden når många personer vars behov kan tillgodoses bättre via samordningsförbunden än via befintliga myndighetsstrukturer.

⁵² Andra inriktningar är till exempel ”förberedande insatser” och ”kartläggningar”.

⁵³ Antalet avser de som var registrerade med personuppgifter.

⁵⁴ Att delta i program på Arbetsförmedlingen leder med automatik inte till arbete. I sin arbetsmarknadsrapport från 2015 konstaterar Arbetsförmedlingens att ett sådant deltagande till och med kan ha en negativ inverkan på övergång till arbete utan stöd. Deltagandet innebär dock någon form av aktivitet för de grupper som studeras och som står långt från arbetsmarknaden, och därmed kan det vara ett viktigt steg i rätt riktning.

Individanpassad vård och omsorg

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet, på samma sätt som hälso- och sjukvården ska vara patientfokuserad. I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för delaktighet och självbestämmande inom LSS, brukarinflytande och verksamheternas samråd med patient- och brukarorganisationer samt valfrihet vid hjälpmedelsförskrivning.

Ökade förutsättningar för delaktighet och självbestämmande

Barn, unga och vuxna som bor i bostad med särskild service är mer delaktiga och har större inflytande över insatsens genomförande än tidigare. Det konstaterar Socialstyrelsen i slutrapporten för arbetet med de funktionshinderspolitiska målen [12]. Myndigheten konstaterar även att vårdnadshavare och gode mäns möjlighet till inflytande har ökat när det gäller insatsen bostad med särskild service för barn och unga.

Under den föregående strategiperioden för funktionshinderspolitiken⁵⁵ arbetade Socialstyrelsen och IVO tillsammans för att öka förekomsten av genomförandeplaner i bostad med särskild service för vuxna. Utvecklingen har gått i positiv riktning och planerna har blivit ett etablerat arbetsredskap i de 50 verksamheter som granskades 2012 och 2015. Nästan hälften av verksamheterna har också förbättrat sitt arbete mellan mätåren. Även delaktigheten för barn i bostad med särskild service har gått i positiv riktning. [12]

Det finns några förbättringsområden hos en del av de granskade verksamheterna, exempelvis att målen i planerna behöver konkretiseras för att stödet ska kunna utformas och följas upp [12].

Den enskilde har alltså blivit mer delaktig och fått större möjlighet att utöva inflytande över insatsernas utformning. Socialstyrelsens bedömning är dock att det återstår en del arbete innan de enskilda som har insatser enligt LSS på ett självklart sätt får komma till tals och kan påverka utformningen av insatserna. Detta bekräftas även av Barnombudsmannen som i sin årsrapport för 2016 lyfter självbestämmande och delaktighet för barn med funktionsnedsättning som ett bristområde [3]. Barn och unga i boende enligt LSS kommer inte heller alltid till tals i IVO:s frekvenstillsyn. Det gäller framförallt barn och unga med komplexa behov och som bor heltid på boenden. [22]

⁵⁵ År 2011–2016.

Ökad tillgång till meningsfull sysselsättning

De flesta kommuner, 89 procent, erbjuder individuellt anpassade insatser med meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning [16]. Det handlar bland annat om strukturerad sysselsättning och sociala kooperativ, till exempel enligt Fontänhusmodellen.

Många av dessa insatser genomförs i samverkan med exempelvis intresseorganisationer. En bidragande orsak till ökningen av meningsfull sysselsättning kan därmed vara det statsbidrag som Socialstyrelsen betalat ut 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 det under 2015 var 4 050 personer som deltog i sysselsättningar inom 51 olika verksamheter [23]. År 2014 deltog 3 280 personer [24]. Antalet deltagare har således ökat, men andelen kvinnor har minskat. År 2014 var kvinnorna i knapp majoritet, 52 procent, och år 2015 hade andelen sjunkit till 49 procent. Förändringen är dock liten och trots att den totala andelen kvinnor sjunkit något så anger flera verksamheter att andelen kvinnor har ökat.

Verksamheterna som tagit emot statsbidraget menar att ett första viktigt steg tas när en person börjar i sysselsättningsverksamheten, eftersom det handlar om människor som står långt från den reguljära arbetsmarknaden. Sedan kan det vara en lång väg innan personen kan återgå till ett vanligt arbete. Verksamheterna beskriver i sina återrapporteringar att det är svårt att hitta lämpliga arbetsmiljöer där det både finns passande arbetsuppgifter och en stöttande och förstående omgivning.

För att komma förbi hindren arbetar verksamheterna med stöd direkt till deltagarna, till exempel genom grupper för brukarinflytande, lokala samråd och hälsofrämjande aktiviteter – såväl fysiska som mentala. För att hitta möjliga lösningar på organisationsnivå arbetar verksamheterna i nära samarbete med kommunen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Under 2015 fick 357 personer (178 män och 179 kvinnor) en anställning och 165 personer (87 män och 78 kvinnor) började studera [24].

Vanligt med hälsofrämjande insatser inom habiliteringen

Många habiliteringsverksamheter erbjuder kurser till barn, unga, vuxna och anhöriga, och allra vanligast är kurser till personer med autism och Aspergers syndrom, intellektuell funktionsnedsättning eller rörelsehinder (tabell 20).

Utbildningar och kurser till barn och unga är vanligare än till vuxna. En orsak kan vara att barn- och ungdomshabilitering är vanligare än vuxenhabilitering. Allra vanligast är emellertid kurser till anhöriga, med undantag för syn- och hörselområdet. Där är det lika vanligt eller vanligare med kurser till vuxna.

Kurser kan handla om att öka den enskildes kunskap om sin egen diagnos, syskongrupper eller teckenspråk för anhöriga. Även utbildning kring medi-

cinska frågeställningar förekommer som epilepsi, läkemedelsbehandling vid ADHD, mat och näring, smärta och sömn.

Tabell 20. Kurser och utbildningar till enskilda inom habiliteringsverksamheter

Andel habiliteringsverksamheter som erbjuder kurser och utbildningar till enskilda, uppdelat på funktionsnedsättning och målgrupper, 2016.

Funktionsnedsättning	Barn och unga	Vuxna	Anhöriga
Autism och Aspergers syndrom	65	58	81
Blindhet/grav synnedsättning	15	27	23
Dövhet/grav hörselnedsättning	19	23	23
Dövblindhet	23	27	23
Flerfunktionsnedsättning	42	31	54
Förvärvad hjärnskada	31	23	38
Intellektuell funktionsnedsättning	58	58	69
Rörelsehinder	58	46	65
Sällsynta diagnoser	27	23	31
Tal-, röst- och språkstörning	4	0	15

Källa: Socialstyrelsens kartläggning av habiliteringsverksamheter (2016).

Majoriteten av habiliteringsverksamheterna erbjuder dessutom hälsofrämjande insatser eller sex- och samlevnadskunskap till unga och vuxna. Dessa insatser erbjuds oftare till unga än till vuxna:

- Hälsofrämjande insatser: unga 85 procent och vuxna 69 procent.
- Sex- och samlevnadskunskap: unga 77 procent och vuxna 58 procent.

En förklaring till skillnaden kan vara att det är en större efterfrågan bland de yngre. Hälsofrämjande insatser ges många gånger i form av fysisk aktivitet, exempelvis fysisk träning individuellt eller i grupp. Flera verksamheter uppger att frågor kring levnadsvanor ställs till alla patienter som personal möter eller att individuella kontakter erbjuds kring kostrådgivning och motion. Andra exempel på hälsofrämjande aktiviteter är promenadgrupper och dansterapi.

Sex- och samlevnadskunskap ges både som individuell rådgivning eller i grupp. Några verksamheter nämner att viss samverkan sker med ungdomsmottagningarna.

Många verksamheter samråder med patient- och brukarorganisationer

Knappt hälften av habiliteringsverksamheterna har formaliserade samrådsförfaranden med patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Samråden kan till exempel ske genom så kallade brukarråd. Under 2015–2016 genomförde dessutom 73 procent av habiliteringarna informationsinsatser som var riktade direkt till patient-, brukar- och intresseorganisationer. [8] Årliga informationsdagar då verksamheterna berättar om vad som är på gång.

Socialstyrelsen har tidigare år redogjort för antalet kommuner som har motsvarande formaliserade samråd: råd för funktionshindersfrågor. I år finns inte uppgifter för den formen av brukarinflytande. Däremot finns uppgifter om andra former av brukarinflytande inom verksamheter som riktar sig till personer med psykisk funktionsnedsättning [16]:

- 12 procent av kommunerna har brukarinflytandesamordnare (Bisam).⁵⁶
- 20 procent av kommunerna har brukarstyrda revisioner.⁵⁷
- 50 procent av kommunerna har använt brukarstyrd brukarrevision för verksamhetsutveckling.

Kvinnor ger högre betyg till hjälpmedelsförskrivningen

De flesta i åldern 16–64 år som förskrivs hjälpmedel upplever att de får ett gott bemötande, enligt nya resultat från en undersökning som Socialstyrelsen genomfört⁵⁸ [25]. Drygt 90 procent av hjälpmedelsanvändarna uppgav att förskrivaren bemötte dem med respekt. Andelen är något högre för kvinnor än för män (tabell 21). Drygt 40 procent uppgav att de fått välja sitt hjälpmedel, men cirka 65 procent svarade ändå att de fick möjlighet att vara delaktig i valet av hjälpmedel. Även här är andelen kvinnor något högre än män.

Tabell 21. Bemötande och valfrihet vid förskrivning av hjälpmedel

Enskildas upplevelse av bemötande och grad av valfrihet vid förskrivning av hjälpmedel, andel, uppdelat på kön, år 2016.

	Kvinna	Man	Totalt
	Andel	Andel	Andel
Bemötte förskrivaren dig med respekt?			
Ja	93	91	93
Delvis	4	5	5
Nej	2	1	1
Vet ej	1	3	2
När du frågade förskrivaren om något som var viktigt för dig, fick du då svar som du förstod?			
Ja	81	81	81
Delvis	11	9	10
Nej	2	2	2
Jag vågade inte fråga	0	1	1
Jag hade inget behov av att fråga	6	7	6
Fick du möjlighet att vara delaktig i val av hjälpmedel?			
Ja	67	65	66
Delvis	22	19	21
Nej	9	13	11
Vet ej	1	3	2
Vet ej	4	4	4
Fick du välja hjälpmedel själv?			
Ja	43	41	42
Delvis	31	29	30
Nej	25	28	26
Vet ej	1	3	2

Källa: Socialstyrelsens brukarundersökning inom hjälpmedelsområdet (2016).

⁵⁶ Bisam – brukarinflytandesamordnare – är personer som är anställda av kommuner eller landsting och som har till uppgift att samordna inflytandet i kommunernas och landstingens verksamheter.

⁵⁷ Brukarrevision är en oberoende och systematisk undersökning av en verksamhet som utförs av personer som har varit brukare, patienter eller anhöriga i en likartad verksamhet. Brukarrevisionerna kan genomföras som samtal, intervjuer eller enkäter med anhöriga, brukare eller patienter i verksamheten och med personalen som jobbar där.

⁵⁸ Enkätundersökningen är en baslinjemätning som genomförts inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att följa upp hur valfriheten av hjälpmedel inom landsting och kommuner utvecklas, dnr 32756/2014. Resultaten publiceras för första gången i denna lägesrapport.

Delaktigheten vid val av hjälpmedel skiljer sig mellan olika hjälpmedelstyper. Personer som förskrivits ur eller klockor samt rygg- och benstöd skattar delaktigheten högst. Inom dessa grupper svarade 79 respektive 74 procent ja på frågan om de fick möjlighet att vara delaktiga i valet av hjälpmedel (tabell 22). De som förskrivits vårdarmanövrerad rullstol angav lägst delaktighet. Inom denna grupp var det lite drygt hälften av respondenterna som ansåg att de varit delaktiga vid förskrivningen.

Tabell 22. Delaktighet vid hjälpmedelsförskrivning

Enskildas upplevelse av delaktighet vid val av hjälpmedel, uppdelat på hjälpmedelstyp, andel, 2016.

Hjälpmedelstyp	Fick du möjlighet att vara delaktig i val av hjälpmedel?				
	Ja Andel	Delvis Andel	Nej Andel	Vet ej Andel	Totalt Andel
Eldriven rullstol	68	25	6	1	100
Gåbord	68	10	20	2	100
Hjälpmedel för planering	70	25	2	3	100
Manuell rullstol	63	21	13	3	100
Respirator	64	20	14	2	100
Rullstol vårdarmanövrerad	52	31	13	4	100
Rygg- eller benstöd	74	13	9	4	100
Samtalsapparat	61	26	13	.	100
Stimulator för smärtlindring	71	19	10	.	100
Stol	66	20	14	.	100
Ur/klocka	79	14	3	4	100

Källa: Socialstyrelsens brukarundersökning inom hjälpmedelsområdet (2016).

Det finns även skillnader mellan olika hälsotillstånd. Av de hjälpmedelsanvändare som skattade sitt hälsotillstånd som mycket gott uppgav 75 procent att de varit delaktiga vid val av hjälpmedel och 57 procent att de fick välja hjälpmedel. Graden av delaktighet är lägre hos hjälpmedelsanvändare som skattat sitt hälsotillstånd som mycket dåligt: 62 procent kände sig delaktiga vid valet av hjälpmedel och 38 uppgav att de fick välja hjälpmedel. [25]

Ju mer delaktig den enskilde är vid förskrivning av hjälpmedel, desto större nytta tycks hjälpmedlet göra (tabell 23). Drygt 80 procent av de som skattade att de var delaktiga i valet av hjälpmedel upplever att hjälpmedlet underlättar i vardagen. Motsvarande andel för de som inte var delaktiga är knappt 60 procent.

Resultaten följer samma mönster som för personer över 65 år, där 85 procent av de som varit delaktiga upplever att hjälpmedlet underlättar vardagen [26].

Resultaten från undersökningen visar att många enskilda är delaktiga vid förskrivningen av hjälpmedel och att de fått möjlighet att välja hjälpmedel. Samtidigt är det tydligt att hjälpmedelsanvändare med dåligt hälsotillstånd kan bli mer delaktiga och få större valmöjlighet. Under 2016 publicerade Socialstyrelsen ett stöd vid förskrivning av hjälpmedel, som bland annat lyfter delaktighet [27]. Detta stöd kommer förhoppningsvis att påverka utvecklingen i ytterligare positiv riktning.

Tabell 23. Upplevd nytta av hjälpmedel i vardagen

Enskildas upplevelse av huruvida hjälpmedlet underlättar i vardagen, uppdelat på grad av delaktighet vid hjälpmedelsförskrivningen, andel, år 2016.

Per delaktighet	Fick du möjlighet att vara delaktig i val av hjälpmedel?				
	Ja	Delvis	Nej	Vet ej	Totalt
Underlättar hjälpmedlet din vardag?	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel
Ja	81	67	59	62	75
Delvis	13	23	26	12	17
Nej	4	7	12	8	6
Vet ej	2	2	3	19	2
Totalt	100	100	100	100	100

Källa: Socialstyrelsens brukarundersökning inom hjälpmedelsområdet (2016).

Tillgänglig vård och omsorg

Det är viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten är tillgängliga och att alla medborgare kan ta del av verksamheten och använda dess tjänster. Tillgänglighet kan handla om flera aspekter, såsom väntetider eller framkomlighet och användbarhet av tjänster. I det här sammanhanget avser tillgänglighet framkomlighet och användbarhet av tjänster. I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen resultaten från en ny, uppföljande kartläggning av tillgängligheten på socialtjänstkontor och vårdcentraler för personer med funktionsnedsättning⁵⁹. Myndigheten har valt att fokusera på dessa verksamheter eftersom de har ett utpräglat medborgarperspektiv dit att alla vid behov ska kunna vända sig.

Tillgänglighetsarbetet ökar

Vårdcentralernas och socialtjänstkontorens tillgänglighetsarbete ökar, enligt Socialstyrelsens senaste tillgänglighetskartläggning⁶⁰. I mätningen som gjordes 2016 uppgav drygt en tredjedel av socialtjänstkontoren, 38 procent, att de tagit fram en handlingsplan för ökad tillgänglighet. Andelen är något högre bland vårdcentraler, 44 procent. År 2010 var andelen lägre: 30 procent av socialtjänstkontoren respektive 24 procent för vårdcentralerna hade tagit fram en handlingsplan för tillgänglighet.

Även om andelen ökar har fortfarande mindre än hälften av socialtjänstkontoren och vårdcentralerna handlingsplaner för tillgänglighet. En handlingsplan är en viktig förutsättning för ett systematiskt tillgänglighetsarbete [28]. Om en verksamhet har tagit fram en handlingsplan ökar sannolikheten för ett systematiskt tillgänglighetsarbete och att miljön är framkomlig och tjänsterna användbara för personer med funktionsnedsättning.

Bristande tillgänglighet för personer med nedsatt hörsel

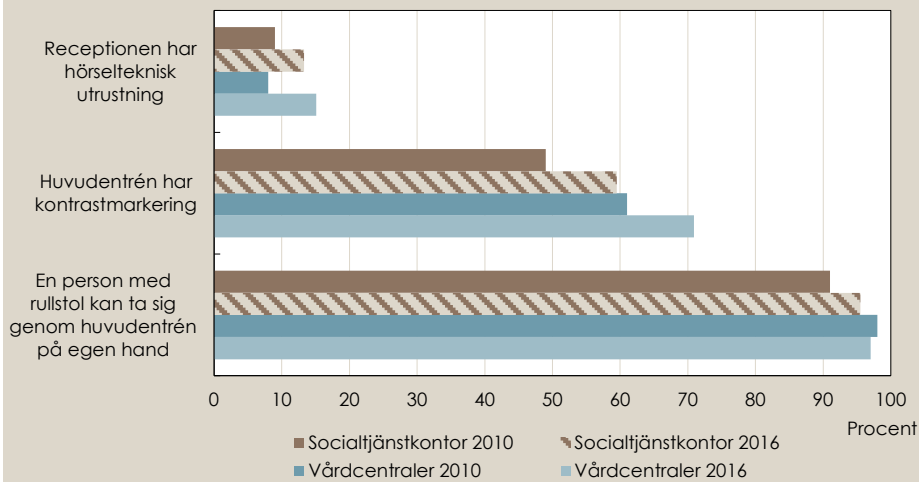
Den fysiska tillgängligheten är hög inom de undersökta verksamheterna och nästan samtliga vårdcentraler och socialkontor är framkomliga för personer som använder rullstol. I drygt 95 procent av verksamheterna kan personer med rullstol ta sig igenom entrén på egen hand (figur 11). Cirka 95 procent har också mottagningsrum eller besöksrum med plana golvytor utan hinder. Ungefär lika stor andel har mottagningsrum eller besöksrum vars dörrar är minst 80 centimeter breda och har en avfasad tröskel. Sedan 2010 har andelen tillgängliga verksamheter minskat något vad gäller framkomlig huvudentré och plana golvytor.

⁵⁹ Resultaten har inte publicerats tidigare. För metodbeskrivning se bilaga 1.

⁶⁰ Kartläggningen är en upprepad mätning från år 2010 och utgår från Myndigheten för delaktighets riktlinjer för tillgänglig verksamhet.

Figur 11. Fysisk tillgänglighet på vårdcentraler och socialtjänstkontor

Andel vårdcentraler och socialtjänstkontor som uppfyller vissa tillgänglighetskriterier vid huvudentré och reception, 2010 och 2016.



* Till exempel minislinga, teleslinga, mikrofoner.

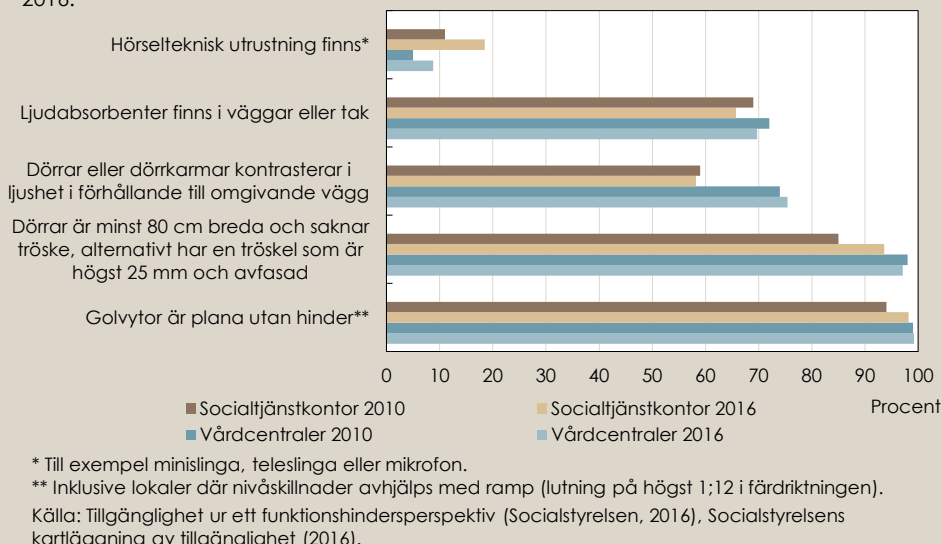
Källa: Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv (Socialstyrelsen, 2016), Socialstyrelsens kartläggning av tillgänglighet (2016).

Tillgängligheten är sämre för personer med nedsatt synförmåga. Omkring 70 procent av vårdcentralerna har en kontrastmarkerad huvudentré, och motsvarande andel på socialtjänstkontoren är 60 procent. Ungefär lika hög andel har ljuskontrasterande dörrar eller dörrkarmar i sina mottagningsrum eller besöksrum (75 respektive 60 procent). Sedan 2010 har tillgängligheten för personer med nedsatt synförmåga ökat något, med undantag av ljuskontrasteringen på socialtjänstkontor som i stället har minskat.

Tillgängligheten är väsentligt sämre för personer med nedsatt hörsel förmåga. Bara omkring 15 procent av verksamheterna har receptioner med hörselteknisk utrustning, och 10 procent av socialtjänstkontoren har besöksrum som är utrustade med hörselteknisk utrustning. En högre andel vårdcentraler har dock mottagningsrum som är utrustade med hörselteknisk utrustning, 20 procent (figur 12). Drygt 65 procent av verksamheterna har ljudabsorbenter i mottagnings- och besöksrummens väggar och tak. Andelen verksamheter med hörselteknisk utrustning har ökat sedan 2010, medan andelen med ljudabsorbenter har minskat.

Figur 12. Fysisk tillgänglighet i undersökningsrum och besöksrum på vårdcentraler och socialtjänstkontor

Andel undersöknings- och mottagningsrum eller rum där enskilda medborgare vistas i frågor som rör ekonomiskt bistånd, som uppfyller vissa tillgänglighetskriterier, 2010 och 2016.



Personer med funktionsnedsättning ska kunna besöka en myndighet och både ta del av och delta i verksamheten [28]. För att detta ska vara möjligt måste såväl lokalerna som inredningen och utrustningen vara tillgängliga och användbara. Detta innebär bland annat att personer med funktionsnedsättning ska kunna ta sig fram till entrén och att samtliga entréer ska kunna användas av personer med funktionsnedsättning. Alla rum och delar av rum ska lätt kunna nås och användas av personer med nedsatt rörelseförmåga eller nedsatt syn. Ljudmiljön ska vara sådan att personer med nedsatt hörsel så långt det är möjligt kan ta del av information och delta i verksamheten. [28]

Resultaten visar att tillgängligheten för personer med nedsatt rörelseförmåga är relativt god, men att den är väsentligt sämre för personer med andra funktionsnedsättningar. Det gäller i synnerhet för personer med nedsatt hörsel-förmåga. Vissa förbättringar har skett under den senaste strategiperioden för funktionshinderspolitiken⁶¹, men fortfarande är många verksamheter otillgängliga för personer med syn- eller hörselnedsättning.

Ökad tillgänglighet för allergiker

De flesta vårdcentraler har förbud mot pälsdjur⁶² och en policy mot starkt doftande rengöringsmedel, 68 respektive 88 procent (figur 13). En något lägre andel har en policy mot allergiframkallande växter och förbud mot parfymer, 61 respektive 68 procent.

På socialtjänstkontoren är andelarna lägre, 56 procent har en policy mot starkt doftande rengöringsmedel och 63 procent har förbud mot pälsdjur. En klart lägre andel har en policy mot allergiframkallande växter och förbud mot parfymer, 9 respektive 15 procent.

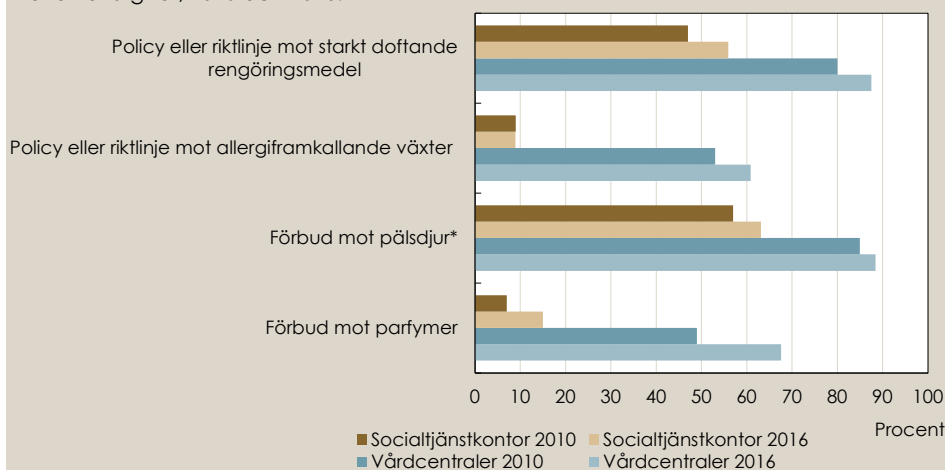
⁶¹ År 2011-2016.

⁶² Ledarhund är undantagen.

Allt fler verksamheter har förbud och policyer rörande allergiframkallande ämnen med mera. I synnerhet har andelen vårdcentraler med förbud mot parfymer ökat, sedan 2010 med 20 procentenheter. Andelen socialtjänstkontor med en policy mot allergiframkallande växter är emellertid oförändrad.

Figur 13. Tillgänglighet på vårdcentraler och socialtjänstkontor för allergiker och överkänsliga

Andel vårdcentraler och socialtjänstkontor som har rutiner för att undvika allergier och överkänslighet, 2010 och 2016.



* Ledar- och servicehundar undantagna.

Källa: Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv (Socialstyrelsen, 2016), Socialstyrelsens kartläggning av tillgänglighet (2016)

Det är inte tillräckligt att en byggnad görs tillgänglig och användbar när den uppförs, utan tillgängligheten och användbarheten måste upprätthållas vid drift och underhåll. För detta behövs rutiner och anvisningar om lokalernas användning för att personer med allergi eller överkänslighet ska kunna vistas i lokalerna. [28] Resultaten från Socialstyrelsens kartläggning visar att allt fler vårdcentraler och socialtjänstkontor är tillgängliga för personer med överkänslighet och allergier, men fortfarande uppfyller långt ifrån alla rekommendationerna vad gäller tillgänglighet [28].

Fortfarande ovanligt med information i alternativa format

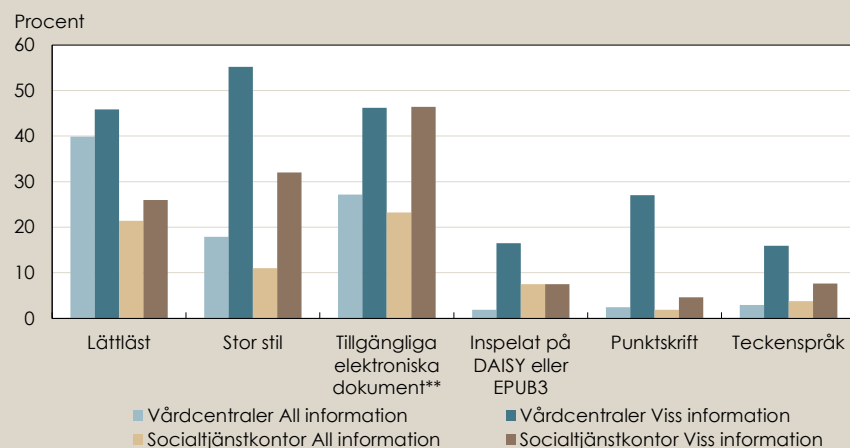
Relativt få vårdcentraler och socialtjänstkontor har tagit fram all grundläggande information i alternativa format (figur 14):

- Omkring 40 procent av vårdcentralerna har översatt all grundläggande information till lättläst. Drygt 20 procent av socialtjänstkontoren har översatt all grundläggande information till lättläst. Andelen verksamheter som har översatt viss grundläggande information till lättläst är några procentenheter högre.
- Knappt 30 procent av vårdcentralerna och socialtjänstkontoren har tagit fram all information i tillgängliga elektroniska format, närmare 50 procent har tagit fram viss grundläggande information i detta format.

- Andelen verksamheter som har översatt all information till teckenspråk har ökat men andelen är fortfarande låg: 2 procent av vårdcentralerna och 4 procent av socialtjänstkontoren. En något högre andel har översatt viss grundläggande information till teckenspråk.
- Få verksamheter har all grundläggande information i punktskrift. Andelen som har viss grundläggande information i punktskrift är högre, i synnerhet för vårdcentraler (knappt 30 procent).

Figur 14. Förekomst av grundläggande information i alternativa format

Andel vårdcentraler och socialtjänstkontor som har all grundläggande information i alternativa format, år 2016*.



* För vårdcentraler avses information som vårdcentralen eller landstinget själv går ut med om sjukdomar, behandlingar med mera.

**Exempelvis word eller tillgänglig pdf.

Källa: Socialstyrelsens tillgänglighetskartläggning (2016).

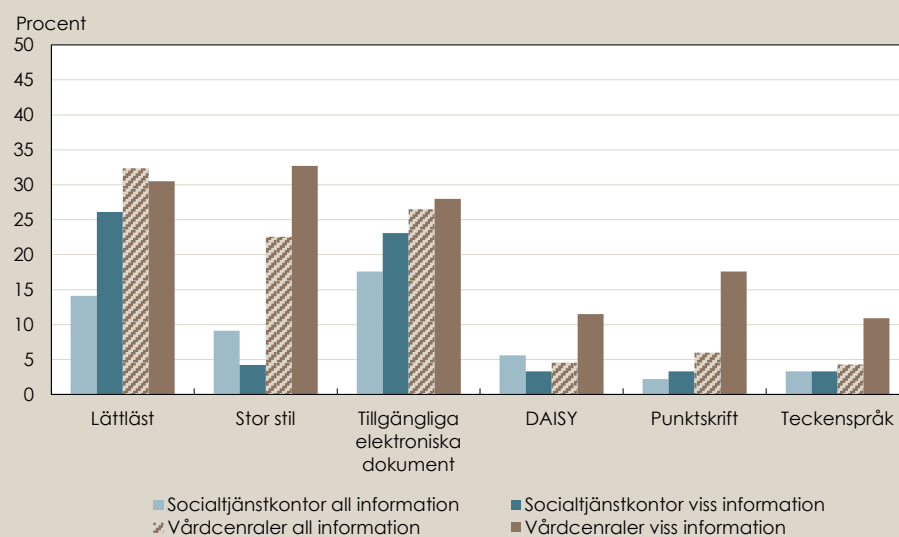
Otillgänglig tryckt information kan kompenseras av att det finns möjligheter att ta fram information i alternativa format. Figur 15 visar att en relativt hög andel vårdcentraler och socialtjänstkontor har rutiner för att ta fram tryckt information i alternativa format. Andelen har dessutom ökat kraftigt sedan 2010 [29]. Möjligheterna att ta fram tryckt information i punktskrift eller på teckenspråk är emellertid fortsatt små. Samma sak gäller för DAISY⁶³.

Alla människor ska kunna ta del av myndigheters och andra offentliga verksamheters information, detta förutsätter bland annat att den skriftliga informationen är tillgänglig för personer med funktionsnedsättning. Information ska även gå att få i olika format och versioner. Dessa krav innebär att myndigheten på begäran kan ta fram material i en lättläst version, en inläst version, i punktskrift, med stor stil och som tillgängliga elektroniska dokument. [28]

⁶³ Daisy är en förkortning av Digital Accessible Information System. Om information finns i Daisy-format innebär det att den går att ta del av genom en Daisy-spelare. En Daisy-spelare är en fristående spelare med funktioner för att läsa och navigera i talböcker.

Figur 15. Rutiner för att ta fram grundläggande information i alternativa format

Andel vårdcentraler och socialtjänstkontor som har rutiner för att på begäran ta fram all eller viss grundläggande information i alternativa format, 2016.



Källa: Socialstyrelsens kartläggning av tillgänglighet (2016).

Vanligt med talad information på webbplatser

Kommuners webbplatser utgör i allt högre utsträckning den primära platsen för informationsinhämtning (utöver själva besöket vid biståndsbedömningen). Knappt var tredje kommun har översatt information om LSS till lättläst på sin webbplats, enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser [16]. Motsvarande andel för information om socialpsykiatri är 23 procent och för ekonomiskt bistånd är den 27 procent. En högre andel kommuner har talad information på sina webbplatser

- information om LSS: 65 procent
- information om socialpsykiatri: 63 procent
- information om ekonomiskt bistånd: 65 procent. [16]

Anpassade kommunikationssätt allt vanligare

Om vardagstolkning

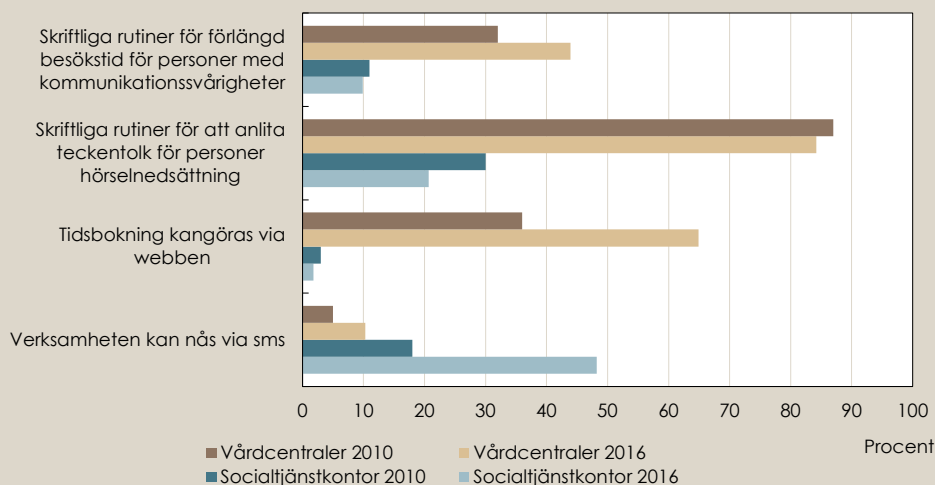
Tolkanvändare får genom landstingens vardagstolkning tolk vid besök inom såväl privat som offentlig sjukvård, dessutom tillhandahåller landstingen tolk vid besök hos tandläkare. Det kan det finnas gränsdragningsproblem som gör det svårt att avgöra om ett beställt uppdrag ska betalas av en myndighet eller av landstinget. Av 8 § förvaltningslagen (1986:223) framgår bland annat att när en myndighet har att göra med någon som är allvarligt hörsel- eller talskadad, bör myndigheten vid behov anlita tolk. Regeln är inte inskränkt till ärenden som avser myndighetsutövning mot någon enskild. Däremot täcker regeln inte den del av det allmännas verksamhet som består av faktiskt handlande, exempelvis sjukhusvård eller undervisning. Regeln är utformad som en ”bör”-regel vilket innebär att det är myndigheten som avgör om tolk ska anlitas.

Källa: SOU 2011:83 En samlad tolktjänst

Möjligheterna att kommunicera med vårdcentraler och socialtjänstkontor har ökat för personer med nedsatt kommunikationsförmåga (figur 16). Majoriteten av vårdcentralerna har rutiner för att anlita teckentolk (85 procent) och erbjuder möjligheten till tidsbokning på webben (65 procent). Närmare hälften av vårdcentralerna har rutiner för längre besöks tid för personer med nedsatt kommunikationsförmåga.

Figur 16. Alternativa kommunikationssätt och kontaktvägar på vårdcentraler och socialtjänstkontor

Andel vårdcentraler och socialtjänstkontor med alternativa kommunikationssätt och kontaktvägar, år 2010 och 2016.



Källa: : Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv (Socialstyrelsen, 2016), Socialstyrelsens kartläggning av tillgänglighet (2016).

En låg andel av socialtjänstkontoren har rutiner för teckentolk eller förlängd besökstid för personer med kommunikationssvårigheter, 20 respektive 10 procent. Andelen har också sjunkit något sedan 2010. Även möjligheterna att boka tid på webben har minskat.

Tillgängligheten för personer med nedsatt kommunikationsförmåga är högre på vårdcentraler än på socialtjänstkontor. Ett undantag är dock möjligheten att kontakta verksamheten via sms: 10 procent av vårdcentralerna erbjuder denna möjlighet jämfört med nästan 50 procent av socialtjänstkontoren.

Alla människor ska kunna kommunicera med myndigheter och verksamheter. Detta ställer krav på att bland annat korrespondens, telefonsamtal och andra kommunikationsvägar är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning [28]. Bristen på tillgänglig information och kommunikation riskerar att medföra ett ökat beroende av andra människor. Ett sådant beroende inkräktar alltid på en människas integritet, oavsett om stödet utgörs av anhöriga eller stödpersoner. För att alla ska få möjlighet till självständighet och oberoende är det angeläget att undanröja de hinder som går att undanröja, och att minska beroendet av andra där det är möjligt. Det är kanske särskilt viktigt inom de undersökta områdena eftersom de hanterar känslig information såsom hälsa och privatekonomi. Bristerna kan också medföra ökad risk för missförstånd och feltolkningar. Utan tydliga rutiner kan det dessutom ta tid att ordna med sarslösningar, vilket kan få negativa konsekvenser för den enskilde.

Säker vård och omsorg

Socialtjänstens myndighetsutövning ska präglas av rättssäkerhet, och rättstillämpningen ska grunda sig på tillämplig lagstiftning samt vara tydlig och förutsägbar. Vården och omsorgen ska dessutom vara trygg och säker. I detta kapitel redogör Socialstyrelsen bland annat för anmälningar av missförhållanden och vårdskador, väntetider och krisberedskap ur ett funktionshindersperspektiv.

Klagomålen handlar ofta om omvårdnad eller rättssäkerhet

En aspekt av rättsäkerhet är hanteringen av klagomål från enskilda. Klagomål på verksamheter inom socialtjänsten kan lämnas till någon av IVO:s regionala tillsynsavdelningar⁶⁴.

Antalet klagomål med beslut om krav på åtgärd minskar. År 2013 fattade IVO 42 beslut med krav på åtgärd inom LSS och 21 stycken inom SoL. År 2015 var antalet 36 respektive 10 stycken⁶⁵. Skillnaderna är emellertid små och det går inte att dra några slutsatser av förändringarna. De vanligaste klagomålen där IVO ställt krav på åtgärd rör planering av vård och omsorg, delaktighet och självbestämmande och dokumentation (tabell 24).

Tabell 24: Utredningar om klagomål där krav på åtgärd ställs

Antal utredda klagomålsbeslut med krav på åtgärd som IVO fattat inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning*, uppdelat på ärendetyp, år 2015.

	Insatser enligt LSS	Insatser enligt SoL*
Begränsningsåtgärder	4	0
Bemötande	2	4
Delaktighet och självbestämmande	13	3
Dokumentation	7	5
Fysisk miljö	0	1
Omprövning	12	3
Omsorg/omvårdnad	7	2
Personal - bemanning	6	5
Personal - kompetens	6	2
Planering av vård och omsorg	13	3
Prioritering	4	1
Rådgivning	1	0
Sekretess	9	1
Verkställighet	5	1

*Ett ärende kan omfatta flera ärendekategorier.

**Avser insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning under 65 år.

Källa: www.ivo.se

En granskning som IVO gjort kompletterar bilden av rättssäkerheten inom LSS-verksamheter⁶⁶ [14]. Myndigheten konstaterar att många kommuner

⁶⁴ För mer information se www.ivo.se

⁶⁵ Under 2015 utredde IVO totalt 351 klagomål gällande LSS och 110 gällande SoL (0-64 år).

⁶⁶ Undersökningen kommenteras även i kapitlet om kunskapsbaserad vård och omsorg.

behöver se över sin utredningsmetodik och skapa bättre förutsättningar för LSS-handläggare att bedriva en rättssäker myndighetsutövning. I den aktuella granskningen ställde IVO krav på åtgärder i 25 av 30 granskade kommuner. Detta är några av de brister som IVO noterade:

- I en tredjedel av de granskade kommunerna var det relativt vanligt att LSS-handläggare tog ett retroaktivt beslut om fortsatt insats först efter det att det tidigare tidsbegränsade beslutet upphört att gälla.
- I två tredjedelar av de granskade kommunerna saknades journaler i ärenden eller löpande aktuell dokumentation i journalerna.
- I hälften av de granskade kommunerna behöver handlägningsprocessen vid kommunikering och avslag av en ansökan ses över. [14]

IVO konstaterar också att de särskilda bestämmelserna om barns rätt till delaktighet och barns bästa inte alltid beaktas i utredningar [14]. När åtgärder rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas (se 6 a § LSS). LSS innehåller också en bestämmelse om barns rätt till information och rätt att komma till tals (8 § LSS) Drygt hälften av de granskade kommunerna fick krav på åtgärd på grund av bristande uppgifter om hur barnens rättigheter har tagits tillvara⁶⁷. I vissa kommuner saknades informationen i samtliga ärenden.⁶⁸

Många kommuner informerar om rätten till SIP

Socialstyrelsens öppna jämförelser ger delvis en annan bild än IVO [16]. Resultaten från den senaste mätningen visar att det är förhållandevis vanligt med rutiner om att den enskilde ska informeras om sina möjligheter att få en samordnad individuell plan (SIP),⁶⁹ och omkring två av tre verksamheter har sådana rutiner (tabell 25). Endast var fjärde verksamhet inom socialpsykiatri har rutiner om att den enskilde ska informeras om sin rätt att få en kopia av sin journal. Andelen är något lägre inom LSS. Rutinerna är ett sätt att säkerställa att brukarna får kännedom om dessa möjligheter (och socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens långtgående skyldigheter).⁷⁰

Var femte verksamhet har rutiner för hur skyddade personuppgifter ska hanteras, både vid handläggning och vid genomförande av insatser (tabell 25). Kommunernas socialtjänst har ett tydligt ansvar för att skydda barn som far illa eller riskerar att fara illa, vilket innebär att utreda, bedöma och tillgodose barnets behov av skydd och insatser på kort och lång sikt (se bland annat 5 kap. 1 § SoL). Socialtjänsten ska även särskilt beakta att våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld kan behöva stöd och hjälp (5 kap. 11 § SoL). De flesta som har skyddade personuppgifter i form av sekretessmarkering eller kvarskrivning är kvinnor som lever under hot från en före detta make eller sambo.

⁶⁷ Det handlar exempelvis om att det saknas uppgifter om att barn har informerats, fått möjlighet att framföra sina åsikter eller varför detta inte har skett.

⁶⁸ IVO har ställt krav på åtgärd i de kommuner där antalet ärenden som saknar information om att hänsyn tagits till barns rättigheter överstiger hälften av granskade barnärenden.

⁶⁹ Personer som har behov av både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten kan få en plan för att säkerställa att deras olika behov tillgodoses. Lagregeln om individuell plan finns både i 2 kap. 7 § SoL och i 3 f § HSL.

⁷⁰ När det gäller journaler/akter bör den enskilde enligt 11 kap 6 § SoL och 21b § LSS hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom eller henne. Om den enskilde anser att någon uppgift i dokumentationen är oriktig ska detta antecknas.

Tabell 25. Rutiner om rättsäkerhet inom socialtjänsten

Andel kommuner som har rutiner för att informera den enskilde om rättigheter till SIP, att få en kopia på sin journal samt rutin för hur skyddade personuppgifter sak hanteras, år 2016.

	Verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning	LSS-verksamheter för barn och unga	LSS-verksamheter för vuxna
	Andel	Andel	Andel
Rutin om att den enskilde ska informeras om sina rättigheter till SIP	68	62	64
Rutin om att den enskilde ska informeras om sina rättigheter att få en kopia av sin journal	25	22	22
Rutin för hur ärenden med skyddade personuppgifter ska hanteras både vid handläggning och vid genomförande av insatser för att säkerställa att skyddade uppgifter inte ska röjas av misstag	21	20	20

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2016).

Verkställigheten tar många gånger tid

Om ej verkställda beslut

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

År 2015 var det 1 433 gynnande beslut inom LSS som inte hade verkställts inom 6 månader (tabell 26). För knappt 300 av dessa beslut uppgick väntetiden till mer än 18 månader. Under 2015 var 107 ärenden enligt LSS föremål för ansökan om särskild avgift.

Problemen med långa väntetider innan personer får sina beslut verkställda kvarstår men kunskaperna om orsakerna har ökat. Den bedömningen gör Socialstyrelsen i slutrapporten av arbetet inom den funktionshinderspolitiska strategin.⁷¹ [12]

⁷¹ Strategin gällde under åren år 2011-2016.

Tabell 26. Beslut där verkställigheten dröjt mer än 6 månader

Antal gynnande beslut enligt LSS där väntetiden från kommunens beslut till verkställighet eller avslut av annan anledning var minst 6 månader, år 2015.

Antal månader	Antal beslut enligt LSS
7–9 månader	526
10–12 månader	342
13–17 månader	267
18+ månader	298
Totalt	1 433

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (2016)

Långa väntetider förekommer framför allt till bostad med särskild service för vuxna, men även till insatsen kontaktperson. Det sistnämnda gäller både enligt SoL och LSS. Vidare görs många ansökningar om särskild avgift för bostad med särskild service för vuxna och kontaktperson jämfört med övriga LSS-insatser. Det är fler män än kvinnor som inte får sina beslut om bostad med särskild service verkställda. Skillnaden mellan könen har varit relativt konstant under strategiperioden.

En sammanställning av kommunernas ej verkställda beslut den 25 januari åren 2012–2016 visar endast en liten minskning i antal för både SoL- och LSS-insatser. Mätningen visar också oförändrade problem med att verkställa insatserna bostad med särskild service för vuxna enligt LSS och särskilt boende enligt SoL.

För insatsen kontaktperson enligt både SoL och LSS är utvecklingen mer positiv i den meningen att betydligt färre beslut rapporterades som ej verkställda 2016 än 2012. Det är dock fortfarande många som får vänta oskäligt länge på att få en kontaktperson.

Antalet personer som får ledsagarservice enligt LSS minskade successivt under perioden 2007–2013, med cirka 17 procent. Den utvecklingen kan höra samman med en minskning i antalet ej verkställda beslut när det gäller denna insats.

Många kommuner behöver komma tillrätta med problemen med de långa väntetiderna [12]. För insatsen bostad med särskild service för vuxna och särskilt boende handlar det om att ha en framförhållning så att det finns bostäder att tillgå när de behövs. Det kan innebära att socialtjänsten behöver arbeta mer med uppsökande verksamhet och fördjupa samarbetet med patient- och brukarorganisationerna. Men Socialstyrelsen konstaterar att socialtjänsten inte kan styra utvecklingen på egen hand. Ett nära samarbete med kommunens byggnadsnämnd eller motsvarande är nödvändigt för att minimera väntetiderna. [12]

Lex Maria – brister i läkemedelshantering vanligast

Om lex Maria

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

Under 2015 fattade IVO 57 beslut enligt lex Maria som rörde verksamheter för personer med funktionsnedsättning. De flesta besluten rörde boende för vuxna enligt LSS eller SoL, 44 stycken (tabell 27).

Tabell 27. Lex Maria-beslut inom funktionshindersområdet

Antal Lex Maria-beslut inom LSS och SoL, uppdelat på insats, år 2015.

	Antal lex Maria-beslut
Insatser enligt LSS	
Boende för barn	2
Boende för vuxna	32
Personlig assistans	5
Övrigt	1
Insatser enligt SoL	
HVB för personer med funktionsnedsättning	1
Hemtjänst/boendestöd	3
Korttidsboende	1
Särskilt boende	12

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (2016).

De flesta lex Maria-beslut inom funktionshindersområdet handlar om brister i läkemedelshantering eller vård och behandling (tabell 28). Även Lex Maria-beslut avseende självmordsförsök och fullbordade självmord är relativt vanligt.

Tabell 28. Ärenden bakom lex Maria-beslut inom funktionshindersområdet

Antal Lex Maria-beslut inom LSS och SoL, uppdelat på insats, ärendetyp, år 2015.

	Antal lex Maria-beslut	
	LSS	SoL
Diagnostisering	1	1
Dokumentation	4	1
Fall/fallskada	3	1
Förväxling	1	1
Informationsöverföring	4	1
Läkemedelshantering	14	6
Medicinteknisk produkt	1	.
Omsorg/omvårdnad	5	1
Samverkan	3	1
Själv mord - Fullbordat	2	4
Själv mord - Försök	6	2
Själv mord - Misstänkt	1	.
Uppföljning	1	.
Vård och behandling	11	.
Vårdhygien	1	.
Vårdnivå	1	.
Övrigt/Uppgift saknas	1	1

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (2016).

Bilden av brister i bland annat läkemedelshantering tas även upp i IVO:s årliga tillsynsrapport [30]. IVO har under 2015 kunnat se risker i hur hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs i verksamheter som tar emot barn och unga med funktionsnedsättning. Myndigheten har sett dessa risker både i verksamheter där barn och unga bor stadigvarande och i korttidsboenden.

Otydlig gränsdragning mellan egenvård och hälso- och sjukvårdsinsatser

I många verksamheter inom funktionshindersområdet utför personal hälso- och sjukvårdsåtgärder efter instruktioner från vårdnadshavaren, enligt IVO:s årliga tillsynsrapport [22]. Ett vanligt exempel är en korttidsverksamhet där de unga har med sig medicin och handskrivna instruktioner hemifrån om dosering och när medicinen ska ges. Detta innebär att åtgärderna utförs utan att en legitimerad yrkesutövare har bedömt om det ska vara egenvård eller inte. I många verksamheter saknas helt kontakt med barnens eller de ungas behandlande läkare eller övrig sjukvårdspersonal. Konsekvensen blir att det medicinska ansvaret är oklart, menar IVO. [22]

Att låta patienter utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder som egenvård i hemmet, själva eller med hjälp av någon annan, bidrar till att de får större möjligheter att leva på liknande villkor som andra personer utan täta kontakter med hälso- och sjukvården.⁷² Samtidigt är det viktigt att hälso- och

⁷² Med begreppet egenvård avses enligt SOSFS 2009:6 Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Det går därför inte att säga generellt vilka åtgärder som utgör egenvård, utan det måste bedömas i varje enskilt fall. Egenvårdsinsatser kan därför innefatta allt från enklare åtgärder såsom såromläggning och påtagning av stödstrumpor till mer avancerade åtgärder såsom hemdialys eller respiratorvård i hemmet.

sjukvårdens bedömningar av och information om egenvård fungerar väl och att inte patientsäkerheten hotas. Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att kartlägga hur hälso- och sjukvården arbetar när det gäller egenvårdsinsatser enligt Socialstyrelsens föreskrift Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6) [31]. Resultaten stödjer IVO:s iakttagelser.

Socialstyrelsens kartläggning visar att hälso- och sjukvårdens arbete med att bedöma och informera om egenvården i de flesta fall fungerar väl. Det gäller både kontakten med patienten och kontakten med föräldrarna när det gäller barn. Bilden blir dock en annan när den enskilde själv inte kan utföra egenvården, för då blir den enskilde eller den enskildes föräldrar ofta informationsbärare av frågor som rör egenvården. Socialstyrelsen menar därför att det behövs bättre former för informationsutbyte och samråd mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer i samband med utförandet av egenvård. [31]

Det är inte heller helt tydligt huruvida den enskildes, den närståendes eller personalens kompetens och förmåga tas i beaktande vid bedömningar av egenvård. Nästan alla landstingens rutiner innehöll förvisso att hälso- och sjukvården ska och bör försäkra sig om *patientens* eller den *närståendes* förmåga att genomföra egenvårdsinsatsen, men ingen rutin beskriver *hur* detta ska ske. Otydligheten gäller även för personliga assistenter och andra personalgrupper som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. I nästan alla landstingens rutiner nämns att hälso- och sjukvården ska försäkra sig om personalens förmåga att utföra egenvården, men inte *hur*. [31]

Socialstyrelsen kommer att fortsätta arbetet kring egenvård, exempelvis genom en kommande kartläggning av vilka stöd kommuner ger till personer med funktionsnedsättningar som behöver hjälp med egenvårdsinsatser.⁷³

Anmälda missförhållanden handlar ofta om felaktigt utförda insatser

Om Lex Sarah

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

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

⁷³ Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Socialstyrelsen, S2015/04635/FST S2016/07779/RS (delvis).

Under 2015 fattade IVO 303 beslut om lex Sarah-ärenden inom verksamhetsområdet LSS (tabell 29). Flest ärenden avsåg boende för vuxna (119 stycken) och personlig assistans (106 stycken). Antalet lex Sarah-beslut var lägre inom SoL, 47 stycken. Av dessa rörde 21 stycken hemtjänst och 15 stycken särskilt boende.

Tabell 29. Lex Sarah-beslut inom funktionshindersområdet

Antal Lex Sarah-beslut inom LSS och SoL, uppdelat på insats, år 2015.

	Antal lex Sarah-beslut
<i>Insatser enligt LSS</i>	
Avlösarservice	1
Boende barn	28
Boende vuxna	119
Daglig verksamhet	15
Korttidstillsyn	4
Korttidsvistelse	16
Ledsagarservice	2
Myndighetsutövning	9
Personlig assistans	106
Övrigt	3
<i>Insatser enligt SoL</i>	
Dagverksamhet	2
HVB för personer med funktionsnedsättning	2
Hemtjänst	21
Korttidsboende	1
Myndighetsutövning	4
Särskilt boende	15
Övriga individuella insatser	2

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (2016).

Den vanligaste orsaken till lex Sarah-anmälningar är att insatser antingen är felaktigt utförda eller inte utförda alls (tabell 30). En annan orsak är brister i bemötandet. Anmälningar som rör övergrepp eller begränsningsåtgärder är också vanligt förekommande.

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

Tabell 30. Ärenden bakom lex Sarah-beslut inom funktionshindersområdet

Antal Lex Sarah-beslut inom LSS och SoL, uppdelat på insats, ärendetyp, år 2015.

	Antal lex Sarah-beslut	
	LSS	SoL
Bemötande	57	9
Beviljad insats är felaktigt utförd	95	15
Beviljad insats är inte utförd	50	12
Ekonomiskt övergrepp	9	2
Fysisk miljö	12	3
Fysiskt våld/övergrepp medboende	20	2
Fysiskt våld/övergrepp personal	32	2
Insats mot enskilds vilja/inläsning/tvångsåtgärder	15	.
Psykiskt övergrepp/kränkning	26	2
Rättssäkerhet	11	5
Sexuellt övergrepp från medboende	1	1
Sexuellt övergrepp från personal	3	1
Övrigt/Uppgift saknas	42	8

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (2016)

Kritik mot HVB för personer med psykisk funktionsnedsättning

Ovan beskrivning av lex Sarah-beslut omfattar insatser till personer med funktionsnedsättning. I sin årsrapport beskriver IVO brister i andra verksamheter som riktar sig till personer med psykisk funktionsnedsättning [22]. Under 2015 gjorde IVO inspektioner i några av de tillståndspliktiga verksamheter för vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning som ger vård och stöd dygnet runt, så kallade HVB (hem för vård eller boende). Inspektionerna omfattade endast ett urval av dessa verksamheter och resultatet kan därför inte generaliseras till samtliga.⁷⁴ IVO tog dessutom initiativ till inspektionerna efter inkomna klagomål från placerande kommuner samt personal och brukare, vilket kan indikera att det handlar om ytterligheter. Resultaten visar likväl att missförhållanden förekommer på vissa HVB och de pekar även på att placerande kommuner kontinuerligt behöver följa upp beslutade insatser.

För flertalet av de granskade verksamheterna bedömde IVO att det fanns fara för de enskildas liv och hälsa, vilket resulterade i att verksamheternas tillstånd återkallades. Bristerna rörde bland annat

- obefintliga behandlingsinsatser
- betydande underbemanning och utbildad personal
- allvarliga brister gällande anmälningsskyldighet enligt lex Sarah och avvikelshantering enligt lex Maria
- avsaknad av eller undermålig dokumentation gällande såväl social journal som journal enligt patientdatalagen
- allvarliga brister gällande läkemedelshantering och förvaring av läkemedel. [22]

⁷⁴ I Sverige finns det över 190 tillståndspliktiga verksamheter för vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning som ger vård och stöd dygnet runt.

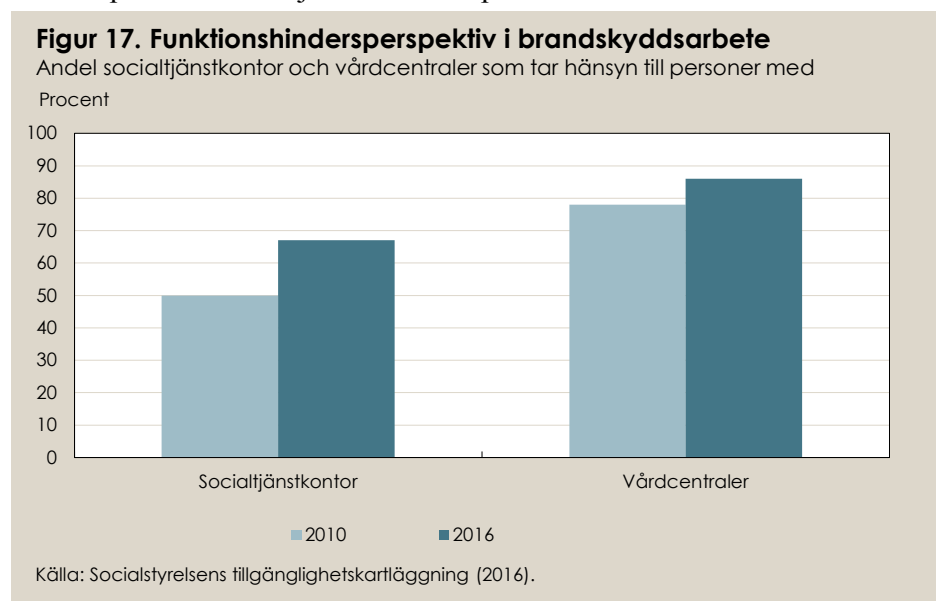
Placeringstiden på ett HVB kan vara flera år och det är inte ovanligt att den placerande och den ansvariga kommunen ligger långt bort från HVB-hemmet. IVO menar att detta ökar risken för brister i uppföljningen av det beviljade biståndet. Långa placeringstider i en verksamhet långt från hemkommunen innebär dessutom ofta att kontakten med anhöriga försvåras och sociala kontakter urholkas, liksom kontakt med den placerande myndigheten. [22]

Ett ökat funktionshindersperspektiv i brandskyddsarbetet

Allt fler socialtjänstkontor och vårdcentraler har ett funktionshindersperspektiv i sitt brandskyddsarbete. Andelen är högst bland vårdcentraler, 86 procent år 2016 att jämföra med 78 procent 2010 (figur 17). Andelen är något högre bland de privata vårdcentralerna än bland de som drivs i offentlig regi, 90 respektive 84 procent.

Knappt 70 procent av socialkontoren (67 procent) inkluderar ett funktionshindersperspektiv i sitt brandskyddsarbete. Andelen är något högre i de kommuner som har en beslutad handlingsplan för ökad tillgänglighet, 76 procent.

Sedan 2010 har den största ökningen skett bland socialtjänstkontoren, med 17 procentenheter jämfört med 8 procentenheter bland vårdcentraler.



Alla verksamheter har alltså inte ett funktionshindersperspektiv i sitt brandskyddsarbete. Ungefär 30 procent av socialtjänstkontoren och 15 procent av vårdcentralerna saknar fortfarande ett sådant perspektiv.

Ett funktionshindersperspektiv i detta sammanhang innebär att personer med funktionsnedsättning ska kunna sätta sig i säkerhet vid brand och i andra nödsituationer. Att sätta sig i säkerhet innebär att de själva ska kunna ta sig ut eller förflytta sig till en säker flyktplats. Ett alternativ är att de kan förflytta sig till en tillfällig utrymningsplats i en intilliggande brandcell, och därifrån få hjälp att ta sig ut. I det systematiska brandskyddsarbetet måste hänsyn tas

till olika funktionsnedsättningar, exempelvis personer med nedsatt rörelseförmåga, kognitiv funktionsnedsättning eller nedsatt syn eller hörsel. [28]

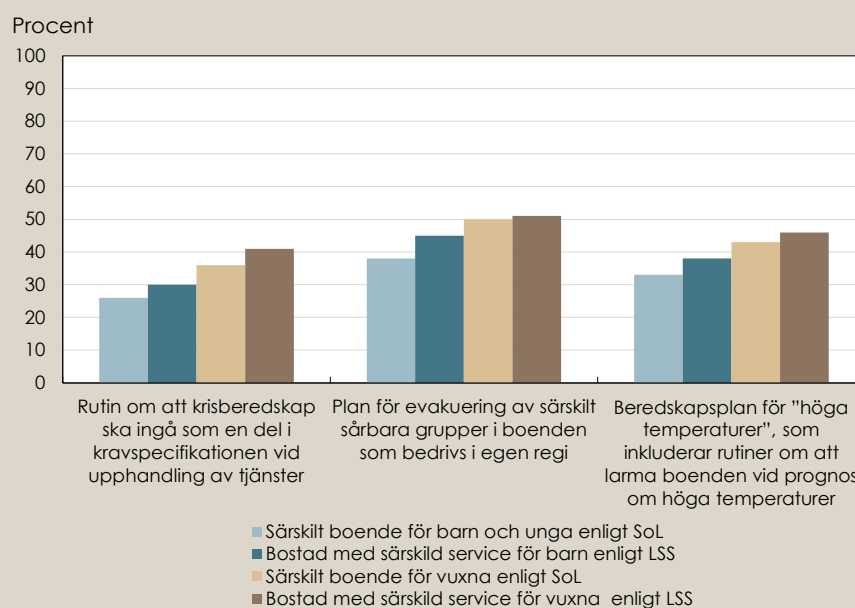
Låg krisberedskap inom funktionshindersområdet

Boenden för personer med funktionsnedsättning har många gånger en låg krisberedskap. Mindre än hälften av kommunerna har beredskapsplaner för "hög temperaturer" som inkluderar att larma boenden (figur 18). Andelen är lägst för boenden för barn enligt LSS, 30–40 procent. Något fler kommuner har evakueringsplaner i boenden som drivs i egen regi, 50 procent i boenden för vuxna enligt LSS och omkring 40 procent i boenden för barn enligt LSS.

Mindre än hälften av kommunerna har en rutin om att krisberedskap ska ingå som en del i kravspecifikationen vid upphandling av särskilda boenden enligt SoL för personer med funktionsnedsättning. Även här är andelen lägst för boenden för barn, 25–30 procent.

Figur 18. Krisberedskap inom funktionshindersområdet

Andel kommuner som har rutiner eller planer som rör krisberedskap för boenden inom LSS och SoL, år 2016.



Källa: Öppna jämförelser om krisberedskap (Socialstyrelsen, 2016).

Kommunerna behöver säkerställa att alla personer kan få den hjälp och det stöd som de behöver vid en allvarlig händelse, och därmed även personer med funktionsnedsättning som behöver stöd. Olika situationer såsom elavbrott och dricksvattensstörningar kan leda till ett behov av att evakuera personer i socialtjänstens boenden och äldre personer och personer med funktionsnedsättning i ordinära boenden.

En beredskapsplan för olika typer av verksamheter behöver bland annat säkerställa att dessa blir larmade vid prognos om höga temperaturer. För att stärka samhällets samlade förmåga att hantera kriser och deras konsekvenser bör socialtjänsten även säkra en krisberedskap även för upphandlade insatser. [32]

Bilaga 1. Kompletterande kostnadstabeller

I denna bilaga redovisas kostnadsuppgifter som kompletterar de uppgifter som redogörs för i kapitlet om aktuell utveckling. I tabell 1 och 2 redogörs för kostnader i löpande priser. Löpande priser gäller vid en viss tidpunkt och värdena tar inte hänsyn till inflationen. Tabell 3 utgör tabellunderlag till figur 9 på sida 38.

Tabell 1. Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning, löpande priser

Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2011–2015, miljarder kronor och procent, löpande pris.

	2011	2012	2013	2014	2015	Förändring 2011-2015		Andel
						mdkr	%	%
Summa insatser enligt Sol/HSL	10,1	10,6	11,9	12,1	12,9	2,9	28,7	21,5
Vård och omsorg i särskilt boende enl. Sol/HSL	3,6	3,8	4,1	4,3	4,6	1,1	30,4	7,7
Vård och omsorg i ord. boende enl. Sol/HSL.	5,8	6,1	7,1	7,1	7,6	1,8	30,7	12,6
Varav								
hemtjänst/boendestöd	4,2	4,5	5,3	5,4	5,7	1,6	38,1	9,5
Korttidsboende	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,1	19,6	1,2
övriga biståndsbedömda insatser	1,1	1,0	1,1	1,2	1,2	0,1	8,2	1,9
Vård och omsorg i öppen verksamhet	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,0	3,6	1,2
Summa insatser enligt LSS och SFB **	39,3	41,2	43,2	44,9	47,4	8,1	20,6	78,5
Boende	20,6	21,8	23,0	24,0	25,4	4,8	23,2	42,1
Varav								
Vuxna	19,1	20,1	21,4	22,4	23,7	4,7	24,5	39,3
Barn	1,5	1,7	1,6	1,6	1,7	0,1	7,4	2,7
Personlig assistans	7,9	8,5	8,9	9,2	9,8	1,9	23,5	16,2
Daglig verksamhet	6,3	6,5	6,8	7,0	7,5	1,2	18,5	12,4
Övriga insatser	4,5	4,4	4,5	4,6	4,7	0,3	6,2	7,8

*Socialförsäkringsbalken **Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2011–2015, Statistiska centralbyrån.

*Socialförsäkringsbalken

**Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2011–2015, Statistiska centralbyrån.

Tabell 2. Kostnadsutveckling för personlig assistans enligt LSS, löpande priser

Kostnadsutveckling för kommunernas kostnader för personlig assistans 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015	Förändring 2011-2015		Andel
						mdkr	%	
Personlig assistans exkl. ersättning från Försäkringskassan	7,9	8,5	8,9	9,2	9,8	1,9	23,5	57
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare	8,5	8,4	8,0	7,7	7,5	- 1,0	- 12,3	43
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	16,4	16,8	16,9	17,0	17,2	0,8	4,9	100

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2011-2015, Statistiska centralbyrån.

Tabell 3. Kostnadsutveckling för personlig assistans enligt LSS, fasta priser

Kostnadsutveckling för kommunernas kostnader för personlig assistans 2011-2015, fasta priser, 2015 års pris.

	2011	2012	2013	2014	2015	Förändring 2011-2015		Andel
						mdkr	%	
Personlig assistans exkl. ersättning från Försäkringskassan	8,7	9,0	9,2	9,4	9,8	1,1	12,6	57
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare	9,3	8,9	8,3	7,9	7,5	- 1,9	- 20,1	43
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	18,0	17,9	17,5	17,3	17,2	- 0,8	- 4,3	100

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2011-2015 och Konsumtionsindex 2015, Statistiska centralbyrån.

Bilaga 2 Metodbeskrivningar

I denna bilaga redogörs för metoder rörande undersökningar som presenteras för första gången i denna lägesrapport: brukarundersökning inom hjälpmedelsområdet, kartläggning av habiliteringsverksamheter och kartläggning av tillgänglighet inom kommuner och landsting.

Brukarundersökning inom hjälpmedelsområdet

Undersökningen genomfördes mellan den 13 maj och 28 juli 2016 och riktades till drygt 3000 hjälpmedelsanvändare i åldrarna 18 – 65 år. De hjälpmedelsområden som fanns med i urvalet är sådana som hjälpmedelscentraler ansvarar för vilket på en övergripande nivå är:

- hjälpmedel till personer med rörelsenedsättning, förutom ortopedtekniska hjälpmedel
- hjälpmedel till personer med kommunikations- eller kognitiva funktionsnedsättningar.

Utifrån dessa områden drogs urvalet utifrån 14 olika hjälpmedelstyper exempelvis manuella rullstolar, stimulator för smärtlindring och samtalsapparater. Urvalet drogs från hjälpmedelscentralernas verksamhetssystem Sesam i följande landsting:

- Blekinge
- Dalarna
- Gävleborg
- Jämtland
- Kronoberg
- Region Skåne
- Stockholm
- Sörmland
- Västerbotten

Undersökningens samlade svarsfrekvens uppgick till 46 procent. I redovisningen presenteras endast resultat för de hjälpmedelstyper där över 20 enkätinsvar inkommit.

Enkätundersökning om habiliteringsverksamheter

Enkätundersökningen genomfördes under perioden 6 december 2016 – 9 januari 2017. Urvalet bestod av samtliga habiliteringsverksamheter i Sverige, 38 stycken. Mottagare av enkäten var verksamhetschefer. Svarsfrekvensen var 79 procent (30 stycken), samtliga landsting/regioner var representerade i svarsfrekvensen.

Enkätundersökningen bestod av 22 frågor, Socialstyrelsen kommer att redovisa resultatet av samtliga frågor under 2017.

Kartläggning av tillgänglighet på vårdcentraler och socialtjänstkontor

Enkätundersökningen genomfördes under 2016 och urvalet bestod av ett urval på 150 kommuner och stadsdelar samt 600 vårdcentraler. Ett slumpmässigt obundet urval (OSU) genomfördes av 150 kommuner och stadsdelar från urvalsramen.

Det var 113 kommuner och stadsdelar som besvarade enkäten, ger en svarsfrekvens på 75 procent. Svarsfrekvensen för vårdcentraler var lägre, 65 procent, 371 vårdcentraler. Det finns stor spridning både bland kommunerna och bland vårdcentralerna för svarsfrekvensen på län.

Bortfallet består dels av de kommuner och stadsdelar samt vårdcentraler som inte besvarat enkäten och av partiellt bortfall, det vill säga att de inte besvarat vissa frågor i enkäten. Om bortfallet skiljer från de svarande kan skattningarna vara skeva. Bortfallet för kommunerna är 25 procent. Dock bör noteras att i två län, Blekinge och Jämtlands län, har ingen kommun svarat samt att i två län är bortfallet över 60 procent. I tre län har alla kommuner besvarat enkäten så där är bortfallet 0 procent. För vårdcentralerna är bortfallet 35 procent. Det har inkommit svar från vårdcentraler i alla län dock är bortfallet över 60 procent för tre län. Då det för två län inte finns data från någon kommun blir denna kartläggning inte heltäckande avseende den geografiska fördelningen över landet.

Referenser

1. Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS, tilläggsuppdrag avseende insatsen personlig assistans. Socialstyrelsen; 2015.
2. Assistansersättning och kommunala stöd till personer med funktionsnedsättning. Rapport 2014:19. Inspektionen för socialförsäkringen; 2014.
3. Respekt. Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd. Barnombudsmannen; 2016.
4. Om barn med funktionsnedsättning i Sverige och deras utsatthet för våld och kränkningar. Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Nationellt kompetenscentrum Barnfrid; 2016.
5. Delrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för ”En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011– 2016”. Dnr 00599/2014. Folkhälsomyndigheten; 2015.
6. Öppna jämförelser av våld i nära relationer <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/valdinararelationer>. [cited 2016 December]
7. Kvalitet i skyddade boenden. En enkätundersökning 2016. Socialstyrelsen; 2016.
8. Socialstyrelsens enkätundersökning till Habiliteringen. 2016.
9. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen; 2016.
10. Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2015. Socialstyrelsen; 2016.
11. Öppna jämförelser av kostnadsmått i socialtjänsten. 2016 [cited 2016 December]
12. Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2016.
13. Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning. Socialstyrelsen; 2016.
14. Vad gör min LSS-handläggare? Tillsyn av myndighetsutövning inom LSS och hur de som söker en insats uppfattar handläggningsprocessen. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
15. Delredovisning av nationell LSS-utbildning för handläggare. Diarienumr 1186/2014. Socialstyrelsen; 2016.
16. Öppna jämförelser 2016. Stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2016.
17. Med makt följer ansvar. Socialtjänstens myndighetsutövning inom LSS och hemtjänst. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
18. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - lägesrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.
19. Edin, UG, Annette; Tegnevik, Tomas; Broqvist, Marie (red). Att prioritera i team i tvärprofessionell verksamhet. Ett exempel från habiliteringen. 2011.6. Linköpings universitet: Prioriteringscentrum; 2011.
20. www.finsam.se. 2017 [cited 2017 januari]

21. Samordningsförbunden och unga med aktivitetsersättning. Socialförsäkringsrapport 2016:4. Försäkringskassan; 2016.
22. Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
23. Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Uppföljning av 2015 års verksamhetsbidrag. Diarienummer: 5.3–29978/2015 Socialstyrelsen; 2016.
24. Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Uppföljning av 2014 års verksamhetsbidrag Socialstyrelsen; 2015.
25. Socialstyrelsens brukarundersökning inom hjälpmedelsområdet. Socialstyrelsen; 2016.
26. Uppdrag inom hjälpmedelsområdet, del- och slutredovisning av vissa uppdrag 1 oktober 2015. Socialstyrelsen; 2015.
27. Stöd vid förskrivning av hjälpmedel <http://www.socialstyrelsen.se/hjalpmedel/stodochutbildning>. 2016 [cited 2016 December]
28. Riktlinjer för tillgänglighet. Riv hindren. Myndigheten för delaktighet; 2015.
29. Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv. En kartläggning av vårdcentraler och socialtjänstkontor. Socialstyrelsen; 2010.
30. Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
31. Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? En kartläggning. Socialstyrelsen; 2017.
32. Öppna jämförelser 2016 - krisberedskap inom socialtjänsten. Guide för att tolka resultaten. Socialstyrelsen; 2016.