

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2019

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	978-91-7555-488-4
Artikelnummer	2019-3-7
Omslagsfoto	Maskot Bildbyrå AB, Johnér Bildbyrå AB
Tryck	Åtta.45 Tryckeri AB, mars 2019

Förord

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

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

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	9
Kostnaderna för LSS ökar	9
Brister i barnperspektivet inom LSS	9
Psykisk ohälsa vanligt inom både SoL och LSS.....	10
Fortfarande begränsade förutsättningar att identifiera våldsutsatthet.....	10
Få övergångar från daglig verksamhet till arbete	10
Utvecklingsarbete pågår för att göra vården mer jämlik	10
Övriga slutsatser och iakttagelser	11
Inledning.....	12
Rapportens syfte och upplägg	12
Datakällor, perspektiv och fokusområden	12
Definitioner och rapportens målgrupp	13
Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen.....	14
Aktuella frågor under året som gått	18
Var tredje beslut om boende för barn är nybeviljat	18
Fortfarande låg krisberedskap inom funktionshindersområdet	21
Fyra av tio får personlig assistans vid indragen assistansersättning.....	22
Utveckling inom LSS och SoL	25
Insatser enligt LSS fortsätter att öka.....	25
Insatser enligt SoL har minskat.....	29
Sammanfattande iakttagelser	31
Kostnadsutveckling	32
Kommunernas kostnader fortsätter att öka	32
Fortsatt kostnadsökning för personlig assistans.....	34
Även landstingens kostnader ökar	35
Sammanfattande iakttagelser	36
Personlig assistans enligt LSS	37
Kommunerna beviljar allt fler personer personlig assistans	37
Förskjutningen mot fler timmar fortsätter	38
Vart femte beslut är nybeviljat	39
Sammanfattande iakttagelser	41
Boendestöd enligt SoL	43
Ökningen inom boendestöd har avstannat	43
En heterogen målgrupp	44
Vart tredje beslut om boendestöd är nybeviljat.....	45
Boendestöd bidrar till att lindra psykisk ohälsa	47

Sammanfattande iakttagelser	48
Meningsfull sysselsättning	49
Daglig verksamhet är den insats som ökar mest	49
Många brukare ger högt betyg till daglig sysselsättning	49
Allt fler kommuner betalar ut habiliteringsersättning	51
Fortfarande få övergångar till arbete	51
Även förutsättningarna för övergångar är begränsade	53
Sammanfattande iakttagelser	56
Jämlik vård	58
Varierande förutsättningar för jämlik vård	58
Utvecklingsarbete pågår	61
Vanligt med kommunal hälso- och sjukvård inom LSS	63
Regionala skillnader i tandvårdsstöd för personer med LSS-insatser	64
Sammanfattande iakttagelser	68
Tillgänglighet och digitalisering	70
Tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning varierar	70
Långsam utveckling av e-tjänster inom funktionshindersverksamheter	72
Många vårdcentraler erbjuder alternativa informationsvägar	73
Begränsad tillgång till internet för brukare	74
Sammanfattande iakttagelser	74
Självbestämmande och inflytande	76
Vanligt med genomförandeplaner	76
Självbestämmande högst i serviceboenden	77
Begränsade förutsättningar för barn att komma till tals	78
Sammanfattande iakttagelser	79
Helhetssyn och individfokus	80
Våldsutsattheten uppmärksammas alltmer	80
Vanligt med policys som rör jämställdhet	84
Socialpsykiatri - en heterogen målgrupp	86
Sammanfattande iakttagelser	89
Handläggning och myndighetsutövning	91
Uppsökande verksamhet inom socialpsykiatri minskar	91
Vanligt med rutiner för handläggning av barnärenden inom LSS	91
Varierande förekomst av strukturerad dokumentation	93
Utredningstiderna har slutat öka	94
Tiden mellan beslut och verkställighet fortsätter att öka	95
Ovanligt att systematiska uppföljningar används för verksamhetsutveckling	98
Sammanfattande iakttagelser	99
Kunskap och kompetens	101

Vanligt med socionomexamen bland barnhandläggare.....	101
Andelen kompetensutvecklingsplaner ökar.....	101
Var tredje handläggare får kontinuerlig handledning	103
Hälften av kommunerna kompetensutvecklar inom AKK.....	103
Kunskap om funktionsnedsättningar är fortfarande en utmaning	104
Sammanfattande iakttagelser	106
Bilaga 1. Kostnadsutveckling i löpande priser	107
Referenser	109

Sammanfattning

Antalet personer med insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, fortsätter att öka och i oktober 2017 hade knappt 73 000 personer en eller flera LSS-insatser. Antalet personer 0–64 år med insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL har i sin tur minskat något och år 2017 hade 52 200 personer i den åldersgruppen en eller flera insatser enligt SoL. Den kraftiga ökningen av boendestöd enligt SoL har avstannat och mellan 2016 och 2017 ses istället en minskning. Kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS fortsätter i sin tur att öka. År 2017 var 20 procent av besluten nybeviljade.

Andelen kvinnor som beviljas insatser är fortfarande lägre än andelen män. År 2017 utgjorde kvinnorna 41 procent av de knappt 73 000 personer som hade insatser enligt LSS. Könsskillnaden är fortfarande störst bland de yngre. I åldersgruppen 0–12 år var endast 30 procent av LSS-insatserna beviljade till flickor.

Kostnaderna för LSS ökar

Resultaten i rapporten visar att kostnaderna fortsätter att öka, och ökningarna gäller framförallt kostnaderna för LSS-insatser. Mellan 2016 och 2017 ökade kostnaden för kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS med 5 procent (cirka 0,5 miljard kronor i fasta priser). Kostnaden för bostad med särskild service ökade i sin tur med 2 procent (cirka 0,4 miljarder kronor i fasta priser).

Den tidigare ökningen av utredningstider har avstannat, däremot fortsätter verkställighetstider av gynnande beslut inom LSS att öka. Detta innebär att den enskilde fortfarande kan få vänta en lång tid från ansökan till att ett gynnande beslut har verkställts.

Brister i barnperspektivet inom LSS

Vissa LSS-insatser till barn fortsätter att minska i antal, exempelvis korttidsvistelse. För de yngsta, 0–12 år, kvarstår minskningen även när hänsyn tagits till befolkningsutvecklingen. Trots att boende för barn fortsätter att minska så är inflödet högt, och 2017 utgjorde de nya besluten en tredjedel av samtliga beslut om boende för barn. Omkring 15 procent av de nya besluten avsåg barn som året innan hade personlig assistans enligt LSS eller SFB året, vilket är en ökning jämfört med föregående års mätning.

Barnperspektivet uppfylls inte i tillräckligt stor utsträckning vid tillämpningen av LSS, framförallt när det gäller barns delaktighet. Det saknas dessutom kunskap på nationell nivå om i vilken utsträckning barnperspektivet uppfylls i utförarleden, vilket blir särskilt bekymmersamt eftersom det i cirka 10 procent av kommunerna inte ingår i LSS-handläggarnas uppgifter att ge utförarna en uppdragsbeskrivning som handlar om det enskilda barnets behov.

Psykisk ohälsa vanligt inom både SoL och LSS

Personer med psykisk funktionsnedsättning som får stöd från socialtjänsten är inte homogen. Schizofreni och ångestsjukdomar är vanligt, men även adhd, ångestsyndrom och psykisk sjukdom till följd av missbruk förekommer i relativt hög grad. Analyser visar även att psykisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa är utbredd inom LSS, Det handlar både om att personer med psykisk funktionsnedsättning får stöd genom LSS men också om en hög förekomst av psykisk ohälsa bland personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism. Detta pekar på vikten av att inkludera perspektivet psykisk ohälsa i LSS, både när det gäller verksamhets- och kompetensutveckling på lokal nivå liksom vid framtagande av nationella kunskapsstöd.

Fortfarande begränsade förutsättningar att identifiera våldsutsatthet

Personer med funktionsnedsättning har en hög utsatthet för våld, i synnerhet kvinnor. Utsattheten förstärks många gånger av beroendeställningen gentemot personal inom socialtjänsten. Förutsättningarna att identifiera och agera vid misstanke om våldsutsatthet är dock begränsade inom socialtjänstens funktionshindersverksamheter. En tredjedel av kommunerna använder standardiserade bedömningsmetoder för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna inom LSS, andelen är något högre inom socialpsykiatri, knappt hälften. Många kommuner saknar dessutom fortfarande rutiner för hur de ska agera vid indikation på våldsutsatthet.

Få övergångar från daglig verksamhet till arbete

Ett syfte med daglig verksamhet enligt LSS är att stärka brukarnas arbetsförmåga, men fortfarande går få personer från daglig verksamhet vidare till arbete eller studier. Mellan 2017 och 2018 skedde sådana övergångar i var tredje kommun. Socialstyrelsens analyser visar att det dessutom är ovanligt med varaktiga övergångar, det vill säga att personerna har ett lönearbete under minst två år efter avslutad daglig verksamhet. Denna andel utgjorde 0,2 procent av samtliga personer med daglig verksamhet 2014. Den låga andelen varaktiga övergångar är anmärkningsvärd, i synnerhet då förekomsten av rutiner för att pröva arbetsförmåga är låg liksom samverkansöverenskommelser med Arbetsförmedling och Försäkringskassan.

Utvecklingsarbete pågår för att göra vården mer jämlik

En fjärdedel av vårdcentralerna i Region Västerbotten, Region Dalarna och Region Skåne har en handlingsplan för jämlik vård, och av dessa har drygt

var tredje inkluderat personer med funktionsnedsättning. För att vården ska bli mer jämlik för denna grupp är det viktigt att perspektivet synliggörs i handlingsplaner. Hälften av vårdcentralerna i de tre regionerna bedriver någon form av tillgänglighetsarbete, och en hög andel av vårdcentralerna gör dessutom, vid behov, hembesök hos personer med funktionsnedsättning, vid behov.

För att personer med funktionsnedsättning ska få sina behov tillgodosedda krävs det många gånger insatser från flera aktörer. Förutsättningarna för samordning och samverkan är dock fortfarande begränsade och endast var tredje kommun har samverkansöverenskommelse mellan sin LSS-verksamhet och habiliteringens verksamhet. Allt fler kommuner har dock rutiner om att den enskilde ska informeras om sina möjligheter att få en samordnad individuell plan, SIP.

Övriga slutsatser och iakttagelser

- Kommunernas krisberedskap i verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning ökar. Fortfarande har dock bara omkring hälften av kommunerna har beredskapsplaner vid höga temperaturer eller evakueringsplaner för boenden för personer med funktionsnedsättning i egen regi.
- Utvecklingen av e-tjänster i kommunernas funktionshindersverksamheter går långsamt. Till exempel erbjuder endast 18 procent av kommunerna ansökan om bistånd eller insats digitalt. Utvecklingen går dock i positiv riktning.
- Hälften av landets bostäder med särskild service och dagliga verksamheter enligt LSS har under året erbjudits kompetensutveckling inom alternativ kompletterande kommunikation (AKK). Samtidigt har färre än hälften av kommunernas handläggare av barnärenden inom LSS tillgång till kommunikationsstöd. AKK är en viktig förutsättning för att möjliggöra självbestämmande och inflytande för brukare, och det är därför angeläget att kunskapen ökar hos personalen.

Inledning

Rapportens syfte och upplägg

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

Rapporten innefattar insatser till personer med funktionsnedsättning enligt 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, SFB. Rapporten omfattar även insatser till personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I denna rapport avgränsas insatserna enligt SoL till personer 0–64 år.

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

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

- jämställdhet
- barnperspektivet
- mänskliga rättigheter.

Datakällor, perspektiv och fokusområden

Rapporten fokuserar på väsentliga förändringar och är därför inte heltäckande för området. Den redogör för tillståndet och utvecklingen på nationell nivå och bara till viss del för regionala variationer. Inrapportering till nationella register och publicering av officiell statistik sker med viss fördröjning, varför viss statistik i denna rapport avser tidigare år än 2018. Innehållet utgår delvis från befintligt material som har vägts samman i övergripande analyser. Dessa analyser och slutsatser bygger på

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

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

Rapporten bidrar till arbetet med Agenda 2030

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

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

Definitioner och rapportens målgrupp

Denna rapport handlar om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Med *funktionsnedsättning* menar Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av sjukdom, annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada.² Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara bestående eller av övergående natur. Begreppet *funktionshinder* används när myndigheten vill beskriva de begränsningar som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, men också när myndigheten avser politikområdet.

I rapporten använder Socialstyrelsen begreppet *socialpsykiatri*. Socialpsykiatri avses i detta sammanhang kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning.

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

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

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

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

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



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

Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

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

Rådgivning och annat personligt stöd enligt 9 § 1 LSS syftar till att tillförsäkra människor med stora funktionsnedsättningar och deras närstående tillgång till kvalificerat expertstöd från till exempel kurator, psykolog, sjukgymnast eller logoped³. I denna rapport benämns insatsen som ”råd och stöd enligt LSS”.

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 varakt-

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

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

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

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

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

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

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

Boende för barn enligt 9 § 8 LSS ges som boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdomar. Insatsen ges till barn eller ungdomar som av olika skäl behöver bo utanför föräldrahemmet.

Boende för vuxna enligt 9 § 9 LSS ges som bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna. Insatsen ges i form av bostäder till personer i vuxen ålder som har behov av stöd, service och omvårdnad som kan utformas på olika sätt. Gruppboende och serviceboende är de vanligaste formerna. En gruppboende är ett bostadsalternativ för personer med ett omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov där stöd kan ges alla tider på dygnet av en fast, kollektiv bemanning. I en gruppboende bör i regel bara tre till fem personer bo (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2002:9] om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS). En serviceboende består av ett antal lägenheter där de boende har tillgång till gemensam service och fast anställd personal. I annan särskilt anpassad bostad för vuxna ingår inte stöd av personal och inte omvårdnad.¹⁰

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

⁵ Se Prop. 1992/93:159 s. 74.

⁶ Se Prop. 1992/93:159 s. 75.

⁷ Se Prop. 1992/93:159 s. 77 och 178.

⁸ Se Prop. 1992/93:159 s. 77.

⁹ Se Prop. 1992/93:159 s. 78 och 178.

¹⁰ Se 9 § 10, 9 e § och prop. 1992/93:159 s. 85 f och s. 180.

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

Socialtjänstlagen

Kommunernas ansvar för vård och omsorg om personer med funktionsnedsättning regleras även i SoL. Enligt 5 kap. 7 § SoL ska kommunerna verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden ska enligt samma paragraf medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra (3 kap. 6 § SoL). Vidare ska kommunen inrätta bostäder med särskild service för de som behöver sådan bostad (5 kap. 7 § tredje stycket SoL). Personer med funktionsnedsättning kan ansöka om insatser enligt SoL, och vissa av dem har dessutom rätt till insatser enligt LSS.

Habilitering och hjälpmedel

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

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

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

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

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

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

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

Patientlagen

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

Aktuella frågor under året som gått

I detta kapitel lyfter Socialstyrelsen några områden som har haft särskilt aktualitet under året som gått: boende för barn enligt LSS, jämställdhet inom hjälpmedelsområdet samt konsekvenser vid indragning av statlig assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, SFB.

Var tredje beslut om boende för barn är nybeviljat

Under året har barnboende enligt LSS uppmärksammats, bland annat utifrån att det förekommer att barn beviljas LSS-boende istället för personlig assistans enligt LSS eller SFB.

Antalet barn och unga med insatsen barnboende enligt LSS fortsätter att minska. I oktober 2017 hade 912 barn och unga insatsen boende enligt LSS, av dessa bodde 44 i familjehem och resten i bostad med särskild service (tabell 1). I vissa boenden bor unga som går i gymnasiesärskola under veckorna medan andra boenden fungerar mer som hem där barnen bor även på helger. Det senare handlar om barn med omfattande funktionsnedsättningar och komplexa behov. Socialstyrelsens tidigare analyser visar samtidigt att boende för barn enligt LSS ibland beviljas när annat stöd dras in, såsom statlig assistansersättning [1, 2].

Tabell 1. Boende för barn enligt LSS

Antal barn med beslut om boende enligt LSS, uppdelat på boendeform, personkrets och kön, 2017.

Person-krets	Familjehem, barn			Bostad med särskild service, barn		
	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt
1	21	21	42	327	585	912
2	0	0	0	<5	0	<5
3	<5	<5	<5	6	5	11

Källa: Statistik över insatser enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade 2017 (Socialstyrelsen, 2018).

Den vanligaste åldersintervallen är 13–22 år, och 97 procent av barnen med beslut om boende för barn var i denna ålder. Insatsen är vanligast bland pojkar.

Sedan 2007 har andelen barn och unga i boende för barn enligt LSS minskat med 29 procent. Socialstyrelsens tidigare analyser visar att majoriteten är 19 år eller äldre under sista året med insatsen, det vill säga insatsen upphör i samband med att de unga har avslutat sin gymnasieutbildning [1]. Minskningen av boende för barn tycks med andra ord förklaras av att personerna blir äldre, samtidigt som allt färre barn söker och beviljas insatsen.

Var tredje beslut om boende för barn är nybeviljat

Trots att insatsen boende för barn enligt LSS minskar så fattas ändå nya beslut. Mellan 2016 och 2017 fattades 260 nya beslut (tabell 2), vilket innebär att 29 procent av samtliga beslut om boende för barn enligt LSS i oktober 2017 var nybeviljade. En mindre del av de nya besluten avsåg barn upp till 12 år, 14 procent.

Antalet beslut om boende för barn enligt LSS är något färre 2017 än året innan, men andelen nya beslut är ungefär lika stor för båda åren.

Tabell 2. Nybeviljanden av boende för barn enligt LSS

Antal nya beslut om boende för barn enligt LSS, uppdelat på ålder och kön, 2017.

	Antalet beslut	
	Flickor	Pojkar
0–12 år	0	13
13–22 år	93	154

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Flertalet av dessa barn beviljades troligen insatsen på grund av skolgång på annan ort och några på grund av omfattande funktionsnedsättningar vars behov inte kan tillgodoses i hemmet. Samtidigt beviljades några av barnen troligen blivit beviljade insatsen till följd av att annat stöd har dragits in. Socialstyrelsens analyser visar att flera av barnen och de unga som fått boende för barn hade andra insatser året innan (tabell 3):

- 11 barn bodde i andra boendeformer, varav 10 barn i särskilt boende enligt SoL
- 28 barn hade annat stöd i hemmet, 23 hade personlig assistans enligt LSS och 5 hade hemtjänst enligt SoL.
- Knappt 15 barn hade assistansersättning enligt SFB.

Årets analyser visar en viss ökning av antalet beslut om boende för barn, där barnen året innan hade kommunalt beslutad personlig assistans eller statlig assistansersättning. År 2017 hade knappt 40 barn ett beslut om personlig assistans eller assistansersättning året innan beslut om boende för barn, året innan var motsvarande antal 15. Ökningen förklaras av ett ökat inflöde från kommunalt beslutad personlig assistans.

Tabell 3. Insatser året innan ett första beslut om boende för barn enligt LSS

Insatser året innan ett första beslut om boende för barn enligt LSS, uppdelat på ålder och kön, antal, 2016.

Insats år 2016	Antal med respektive insats	
	0–12 år	13–22 år
Assistansersättning enligt SFB	<5	8
Personlig assistans enligt LSS	0	23
Ledsagarservice enligt LSS	6	12
Kontaktperson enligt LSS	11	66
Avlösarservice enligt LSS	0	33

Insats år 2016	Antal med respektive insats	
Korttidsvistelse enligt LSS	0	<5
Korttidstillsyn enligt LSS	0	27
Boende, vuxna enligt LSS	0	<5
Särskilt boende enligt SoL	0	10
Hemtjänst enligt SoL	<5	<5
Annat bistånd enligt SoL	-	30

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

Omkring 220 barn och unga hade året innan ett första beslut om boende för barn enligt LSS varken kommunalt beslutad personlig assistans, statlig assistansersättning eller någon annan boendeform. Majoriteten av dessa fick sannolikt insatsen på grund av skolgång. Socialstyrelsen kan emellertid inte utesluta att det till viss del även kan handla om barn som fått avslag på ansökan om personlig assistans, antingen hos kommunen eller hos Försäkringskassan. Det är inte heller uteslutet att några av dessa barn kan ha vårdats på sjukhus en längre tid.

Brist på kunskap om kvalitet i boenden för barn

Det saknas samlad, aktuell kunskap på nationell nivå om kvalitet i barnboenden enligt LSS. Viss kunskap om brister i kvalitet fås via anmälningar enligt Lex Maria¹⁴, eftersom dessa handlar om händelser som medfört eller skulle kunnat medföra vårdskador. Av IVO:s statistik framgår att dessa har ökat marginellt mellan 2015 och 2017, från 2 till 5 anmälningar. Det framgår emellertid inte av myndighetens statistik vilka händelser det handlar om.

År 2014 kartlade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) hur barn och unga med beslut om insatsen upplever insatsen. Resultaten visade att knappt 10 procent av barnen upplevde att de sällan eller aldrig fick vara med och påverka. Ungefär samma andel upplevde att personal sällan eller aldrig lyssnar. Resultaten besvarades till stor del av barn som bor i internatliknande boendeformer, det vill säga de barn som har beslut om boende på grund av skolgång på annan ort. Nästan alla barnen var mellan 13 och 18 år. Det betyder att de yngre barnen samt de barn som bodde i dessa boenden på grund av omfattande funktionsnedsättningar var underrepresenterade. [3, 4]

¹⁴ 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.

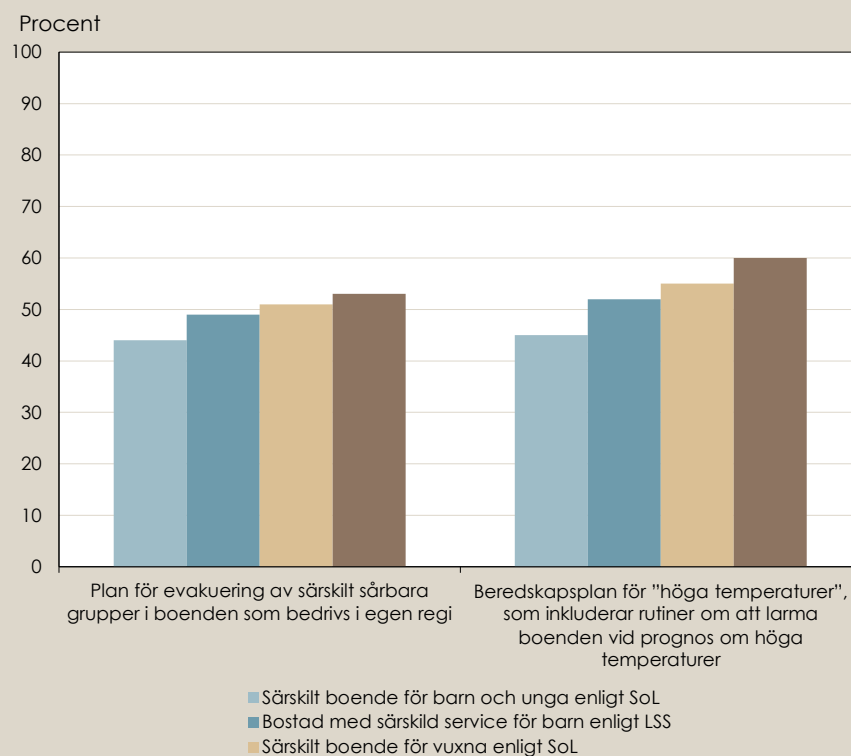
Fortfarande låg krisberedskap inom funktionshindersområdet

Under 2018 aktualiserades frågor som rör krisberedskap, med anledning av de extrema väderförhållanden som rådde under sommaren då en klass 2 varning utfärdades för höga temperaturer av SMHI. Personer med funktionsnedsättning utgör en sårbar grupp när det kommer till höga temperaturer¹⁵.

Många boenden för personer med funktionsnedsättning har emellertid fortfarande en låg krisberedskap, det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser [5]. Omkring hälften av kommunerna har beredskapsplaner för "höga temperaturer" som inkluderar att larma boenden (figur 1). Andelen är högst för boenden för vuxna enligt LSS, 60 procent och lägst för boenden för barn enligt SoL, 45 procent. Andelen kommuner med evakueringsplaner i boenden som drivs i egen regi är något färre och andelen är lägst i boenden för barn enligt SoL, 44 procent.

Figur 1. Krisberedskap inom funktionshindersområdet

Andelen kommuner med rutiner eller planer som rör krisberedskap för boenden inom LSS och SoL, andelen angiven i procent, 2018.



Källa: Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap (Socialstyrelsen, 2018)

¹⁵ Andra sårbara grupper är äldre, kroniskt sjuka, små barn och gravida samt personer som tar vissa mediciner som påverkar kroppens förmåga att anpassa kroppsvärme och vätskebalans, till exempel vätskedrivande eller antidepressiva läkemedel och neuroleptika.

Krisberedskapen inom socialtjänstens funktionshindersverksamheter har emellertid förbättrats sedan mätningen föregående år. Andelen kommuner med beredskapsplaner för ”höga temperaturer” har ökat med uppemot fem procentenheter inom samtliga boendeformer för personer med funktionsnedsättning. En beredskapsplan för olika typer av verksamheter behöver bland annat säkerställa att dessa blir larmade vid prognos om höga temperaturer. Personer med en psykisk funktionsnedsättning kan det vara svårare att uppfatta risker och tolka kroppens varningssignaler. Även vid olika typer av fysisk funktionsnedsättning kan kroppens signalsystem vara satt ur funktion. Personer med någon form av fysisk funktionsnedsättning kan i sin tur behöva praktisk hjälp. [6] Värmens negativa effekter på hälsan omfattar ett vitt spektrum från relativt milda symtom såsom uttorkning och nedsatt allmäntillstånd, till mer allvarliga symtom såsom värmeslag och hjärtinfarkt. De negativa hälsoeffekterna av värme uppstår ofta redan samma dag eller en till två dagar efter att höga temperaturer noterats. För särskilt sårbara personer ökar risken för bland annat uttorkning och värmeslag och för personer som redan finns i socialtjänstens verksamheter kan det vid en krissituation krävas nya eller mer omfattande insatser. [7]

Även andelen kommuner med evakueringsplaner har ökat med några procentenheter inom varje boendeform, den största ökningen återfinns inom boende för barn enligt LSS: sju procentenheter. 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. Olika situationer såsom elavbrott och dricksvattensstörningar kan leda till ett behov av att evakuera personer i socialtjänstens boenden och äldre personer och personer med funktionsnedsättningar i ordinära boenden.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att följa upp och utvärdera socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera krissituationer såsom vid höga temperaturer och vid evakuering¹⁶. I uppdraget nämns personer med funktionsnedsättning som har stöd från socialtjänsten. Resultaten från uppdraget kommer att bidra ytterligare med ytterligare kunskap inom området, samt de erfarenheter som ansvariga och personal inom socialtjänstens verksamheter har av att hantera krissituationer.

Fyra av tio får personlig assistans vid indragen assistansersättning

Socialstyrelsen har vid flera tillfällen analyserat konsekvenserna av att statlig assistansersättning dras in [1, 2]. I årets lägesrapport har Socialstyrelsen analyserat konsekvenserna för personer vars statliga assistansersättning drogs in mellan 1 januari 2016 och 30 juni 2017. Under denna period avslutades assistansersättningen för 316 personer¹⁷, vilket är en minskning jämfört med perioden 1 januari 2015–30 juni 2016 då antalet indragningar var omkring 1 000 [8].

¹⁶ Uppdraget görs i samverkan med, Folkhälsomyndigheten, Länsstyrelserna, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

¹⁷ För ytterligare 628 personer avslutades insatsen på grund av att de avlidit.

Årets analyser visar att ett mindre antal av indragningarna av statlig assistansersättning gällde barn i ålder 0–12 år, 30 stycken. Den vanligaste orsaken till indragning av assistansersättning var att de grundläggande behoven bedömdes vara mindre än 20 timmar per vecka, 225 beslut.

Av dessa personer fick knappt 38 procent (121 personer) kommunalt beslutad personlig assistans istället för statlig assistansersättning, och 6 procent fick hemtjänst eller boendestöd enligt SoL (20 personer), se tabell 5. Flera fick någon form av särskilt boende:

- 20 procent fick bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (60 personer)
- 4 procent fick boende för barn enligt LSS (12 personer), motsvarande andel i åldersgruppen 0–12 år var 13 procent
- 4 procent fick särskilt boende enligt SoL (13 personer).

Omkring 15 procent (40 personer) hade ingen insats enligt LSS eller SoL. I årets lägesrapport har Socialstyrelsen inte haft möjlighet att analysera hur många som hade återfått den statliga assistansersättning året efter att den dragits in. Uppgiften om hur många som inte hade någon insats bör därför tolkas med försiktighet.

Tabell 5. Insatser* året efter att statlig assistansersättning har upphört

Insatser året efter att statlig assistansersättning enligt LSS har upphört, uppdelat på insatser, kön och ålder, antal, oktober 2017.

	0–12 år	13–22 år	23–44 år	45–64 år	65 år–
<i>Insatser enligt LSS</i>					
Personlig assistans	15	28	40	36	<5
Boende för barn	<5	8	0	0	0
Bostad med särskild service för vuxna	0	11	24	15	<5
Korttidsvistelse	8	11	0	0	0
Avlösarservice	<5	<5	0	0	0
Korttidsfillsyn	0	17	0	0	0
Ledsagarservice	0	<5	<5	<5	0
Övriga insatser enl. LSS	0	12	44	22	0
<i>Insatser enligt SoL</i>					
Hemtjänst	<5	0	6	<5	<5
Ledsagning	0	0	0	0	0
Boendestöd	0	0	<5	<5	0
Särskilt boende	0	0	0	6	7
Övriga insatser enl. SoL	0	<5	12	23	<5
Avliden	0	0	<5	<5	13
Inga insatser enligt SoL eller	9	15	11	7	<5

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

Rättsutvecklingen är en bidragande orsak till att många får sin assistansersättning indragen. I en rapport som publicerades 2017 konstaterade Socialstyrelsens att två domar från Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) har fått både direkta och omfattande konsekvenser för både kommuner och brukare med personlig assistans [2]. Dessa två vägledande avgöranden från Högsta

förvaltningsdomstolen kom 2012 och 2015^{18 19} och påverkar vilka hjälpbehov som räknas som grundläggande och vilka personer som kan få personlig assistans för sådan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen, det så kallade femte grundläggande behovet.

¹⁸ HFD 2015 ref. 46 meddelades i juni 2015. Personen i det aktuella målet hade en fysisk funktionsnedsättning, cystisk fibros, och behövde hjälp med avancerad andningsgymnastik för att lossa och hosta upp slem från lungorna samt tillsyn på grund av risk för livshotande tillstånd vid lungblödningar. Personen hade varit beviljad assistansersättning för dessa behov sedan år 1996. I skälen för avgörandet hänvisar HFD till uttalanden i de förarbeten som föregick införandet av 9 a § LSS, se ovan. HFD uttalade att tillägget i lagtexten om ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade” måste förstås på det sättet att det uteslutande tar sikte på personer med psykiska funktionsnedsättningar. Eftersom personen i målet inte hade en psykisk funktionsnedsättning berättigade inte det aktuella hjälpbehovet denne till assistansersättning.

¹⁹ HFD 2012 ref. 41 meddelades i juli 2012. Målet rörde ett barn med en bindvävssjukdom. Sjukdomen orsakade smärta och behövde behandlas med varma bad och massage för att lindra smärtan. Barnet hade även autism. Frågan i målet var om behandlingsinsatserna varma bad och massage var att betrakta som sådana grundläggande behov som avses i 9 a § LSS. HFD uttalade att insatser som åvilar sjukvårdshuvudmännen ligger utanför LSS tillämpningsområde. Det medför enligt HFD att behov av sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen principiellt inte kan beaktas vid bedömningen av om rätt föreligger till personlig assistans enligt LSS. Sådana behov kan således inte räknas till de grundläggande behoven. En annan sak är enligt HFD att sjukvårdande insatser i form av så kallad egenvård kan berättiga till personlig assistans för andra personliga behov i de fall där den enskilde har rätt till personlig assistans för sina grundläggande behov. Högsta förvaltningsdomstolens slutsats i HFD 2012 ref. 41 var att insatser i form av varma bad och massage inte är av sådan karaktär att det kan räknas som ett grundläggande behov enligt 9 a § LSS.

Utveckling inom LSS och SoL

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för omfattningen och utvecklingen av insatser enligt LSS och SoL. Utvecklingen av insatserna personlig assistans enligt LSS, boendestöd enligt SoL samt sysselsättning enligt SoL eller LSS beskrivs ytterligare i separata kapitel.

Insatser enligt LSS fortsätter att öka

Den 1 oktober 2017 hade 73 000 personer minst en verkställd insats enligt LSS från kommunerna. Dessa personer hade sammanlagt 115 800 insatser och majoriteten av insatserna beviljades till personer i ålder 23–64 år (tabell 2). En mindre andel av insatserna beviljades till barn 0–12 år, sex procent. En lika stor andel insatser beviljades till personer 65 år eller äldre, sju procent. [9]

Daglig verksamhet och bostad med särskild service för vuxna är fortfarande de vanligaste insatserna och tillsammans stod de för 55 procent av samtliga insatser enligt LSS (tabell 6). Även kontaktperson enligt LSS var vanligt och stod för 16 procent av insatserna.

Tabell 6. Insatser enligt LSS 2017

Antalet insatser* enligt LSS, uppdelat på ålder och kön, avrundade värden, 1 oktober 2017.

Insats enligt LSS	0–12 år		13–22 år		23–64 år		65– år		Samtliga		
	Flicka	Pojke	Flicka	Pojke	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Totalt
Personlig assistans**	270	450	310	470	1 280	1 400	360	360	2 230	2 680	4 900
Ledsagar-service	85	200	1 073	1 730	1 700	2 060	470	390	3 330	4 370	7 700
Kontakt-person	35	95	1 469	2 210	6 140	7 440	990	920	8 640	10 700	19 300
Avlösar-service	730	1 840	381	680	95	110	20	15	1 230	2 650	3 870
Korttids-vistelse	890	2 030	1 970	3 370	460	700	10	25	3 320	6 120	9 450
Korttids-tillsyn	10	20	1 640	2 720	<5	0	0	0	1 650	2 740	4 390
Boende, barn	35	35	320	570	<5	<5	0	0	360	610	970
Boende, vuxna	0	0	463	800	9 490	13 350	1 720	2 020	11 700	16 200	27 800
Daglig verksamhet	0	0	1 290	2 140	14 100	19 100	350	440	15 800	21 700	37 500

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

**Avser endast kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS.

Källa: Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2017 (Socialstyrelsen, 2018)

Vilka insatser som är de vanligaste skiljer sig mellan åldersgrupperna:

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

Insatser enligt LSS fortsätter att öka

Såväl antalet insatser enligt LSS som antalet personer med insatser fortsätter att öka. Sedan 2007 har antalet personer som får stöd enligt LSS ökat med 29 procent och det totala antalet insatser har i sin tur ökat med 17 procent.

Daglig verksamhet enligt LSS står fortfarande för den största ökningen och sedan 2007 har antalet personer med insatsen ökat med 36 procent (tabell 7). Även bostad med särskild service för vuxna ökar, sedan 2007 har antalet personer med insatsen ökat med 25 procent. Kontaktperson enligt LSS har ökat över tid, men under de senaste åren har antalet insatser varit relativt oförändrat.

Tabell 7. Insatser enligt LSS över tid

Antal personer med insatser* enligt LSS, avrundade värden, 2007–2017.

	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Personlig assistans	3 300	3 400	3 800	3 900	4 300	4 900
Ledsagarservice	9 700	9 600	9 200	8 500	8 300	7 700
Kontaktperson	18 000	19 200	19 500	19 400	19 500	19 300
Avlösarservice	3 400	3 400	3 400	3 500	3 800	3 900
Korttidsvistelse	10 100	10 000	9 900	9 600	9 700	9 500
Korttidstillsyn	5 100	5 100	5 000	4 500	4 400	4 500
Boende, barn	1 300	1 400	1 300	1 100	1 000	1 000
Boende, vuxna	21 600	22 900	23 900	25 000	26 500	27 800
Daglig verksamhet	27 000	29 000	31 100	32 400	35 300	37 500
Totalt antal insatser	99 500	104 000	107 100	107 900	112 800	116 100

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

Källa: Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2007, 2009, 2011, 2013, 2015 och 2017 (Socialstyrelsen, 2008; 2010; 2012; 2014; 2016; 2018;)

Alla insatser ökar inte och bland annat minskar vissa insatser som primärt beviljas till barn och unga. Sedan 2007 har såväl korttidstillsyn som korttidsvistelse och boende för barn minskat (figur 2). [2]. Även insatsen ledsagarservice minskar, sedan 2007 har antalet personer med insatsen minskat med 26 procent.

Befolkningsutvecklingen förklarar bara en del av ökningen inom LSS

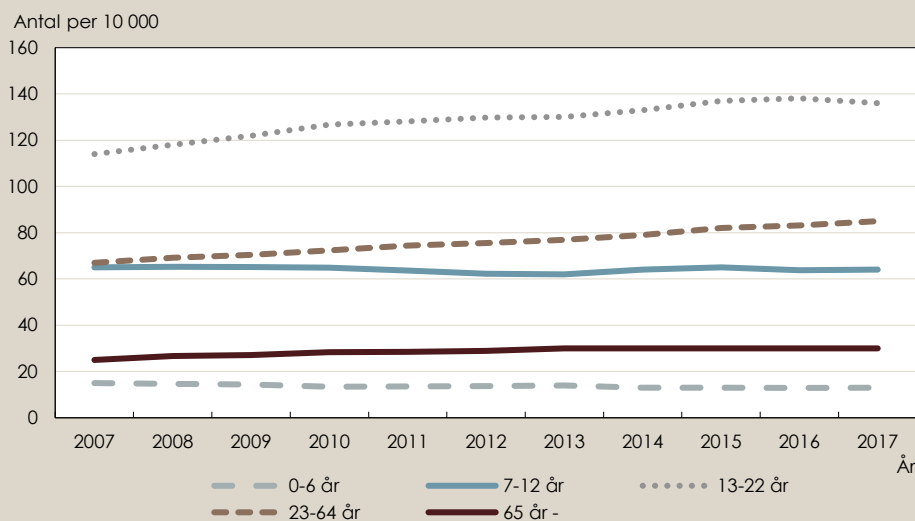
Att allt fler personer får LSS-insatser kan bara till viss del förklaras av att befolkningen ökar, det konstaterade Socialstyrelsen i föregående års lägesrapport [1]. Denna slutsats kvarstår.

År 2017 hade 72 personer per 10 000 i befolkningen en eller flera insatser enligt LSS²⁰, det visar årets analyser. Det är en mindre ökning mot föregående mätår, då andelen var 71. Över en längre tidsperiod har det emellertid skett en större ökning och 2007 var motsvarande andel 62.

Utvecklingen sedan 2007 ser olika ut för olika åldersgrupper (figur 2). Den största ökningen har skett i åldersgruppen 13–22 år, från 114 till 136 personer per 10 000 i befolkningen, följt av gruppen 23–64 år, som har ökat från 67 till 85 personer per 10 000 i befolkningen.

Figur 2. Utvecklingen inom LSS i förhållande till befolkningsökning

Andelen personer i befolkningen med insatser enligt LSS, uppdelat på ålder, andel angivet i antal per 10 000 invånare, 2007–2017.



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

I de yngre åldrarna ser utvecklingen annorlunda ut, med en minskning i åldersgruppen 7–12 år från 65 till 64 personer per 10 000 i befolkningen. Även i åldersgruppen 0–6 år har andelen minskat, från 15 till 13 personer per 10 000 i befolkningen. Att andelen har minskat i de yngsta åldersgrupperna kan bero på att insatserna beviljas allt senare och att föräldrarna får ta ett allt större ansvar. Det kan också bero på att informationen till föräldrar är otillräcklig när det gäller möjligheten att få stöd. Den tydligaste ökningen syns i åldersgruppen 65 år eller äldre, som sedan 2007 har ökat från 25 till 30 personer per 10 000 i befolkningen.

Könsskillnaderna kvarstår

Det är fortfarande fler män än kvinnor som får en insats enligt LSS. År 2017 hade 42 900 män och 30 000 kvinnor en eller flera insatser enligt LSS, vilket innebär att kvinnorna utgjorde 41 procent av målgruppen. Andelen är oförändrad jämfört med 2016. Skillnaderna mellan könen är fortfarande störst bland de yngre och år 2017 beviljades 32 procent av insatserna i åldersgruppen 0–12 år till flickor. Andelen män är högre än andelen kvinnor inom varje

²⁰ Exklusive insatsen råd och stöd enligt LSS.

insats. Skillnaden är störst för insatser som framförallt beviljas till barn: avlösarservice, korttidsvistelse, korttidstillsyn och boende för barn enligt LSS. År 2017 gällde mindre än 40 procent av besluten om dessa insatser kvinnor och flickor.

Vissa könsskillnader inom LSS kan förklaras av skillnader i förekomst av olika diagnoser. Det har Socialstyrelsen konstaterat i tidigare lägesrapporter [1, 10]. Vissa diagnoser är vanligare bland män än kvinnor i totalbefolkningen, till exempel utvecklingsstörning och autism. Dessa diagnoser är också kopplade till personkretsarna i LSS och därmed också rätten till insatser. Samtidigt visar forskningen att flickor många gånger får diagnoser senare än pojkar, exempelvis när det gäller Aspergers syndrom, vilket kan förklara varför könsskillnaderna inom LSS minskar i de högre åldersgrupperna. [1, 10]

Regionala skillnader i råd och stöd kvarstår

Minskningen av antalet beslut om råd och stöd enligt LSS fortsätter, och under perioden 2007–2017 har antalet personer med insatsen minskat successivt från 8 200 personer till 2 960 [11]. Insatsen råd och stöd har minskat i antal sedan slutet av 1990-talet²¹ efter att Högsta förvaltningsdomstolen i fyra prejudicerande domar slog fast att habiliteringsåtgärder inte är att betrakta som råd och stöd²².

Under 2017 handlade landstingen totalt 1 018 ansökningar om råd och stöd²³, det visar Socialstyrelsens uppföljning av statsbidraget inom området [12]. Av dessa ansökningar bifölls 825, 65 avslogs och 128 ansökningar återtogs. En vanlig orsak till att ansökningar återtas är att icke tidsbegränsade gynnande beslut om råd och stöd avslutas i dialog med brukaren som inte längre har behov av insatsen eller att insatsen erbjuds inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Den vanligaste orsaken till avslag är att den sökta insatsen bedömts kunna erbjudas på annat sätt än inom ramen för råd och stöd enligt LSS. Antalet ansökningar skiljer sig åt mellan landstingen och tio landsting har handlagt fem eller färre ansökningar under året. Det totala antalet ansökningar har halverats jämfört med föregående år.

Den vanligaste insatsen inom råd och stöd var stödsamtal från kuratorer och tolv landsting uppgav insatsen som en av de tre vanligaste. Den näst vanligaste insatsen var råd och stöd vid myndighetskontakter. Sex landsting uppgav detta som en av de tre mest förekommande insatserna. Landstingen erbjuder även råd och stöd på annat sätt än som insats enligt LSS (tabell 8). Samtliga 21 landsting uppgav att de erbjuder råd och stöd inom ramen för barn- och ungdomshabiliteringen samt vuxenhabiliteringen.

²¹ År 1998 hade 22 000 personer insatsen råd och stöd enligt LSS.

²² Se bland annat RÅ 1997 ref 49.

²³ Socialstyrelsens fråga gällde totalt antal handlagda ansökningar, det vill säga både nya och pågående ärenden som normalt följs upp årligen.

Tabell 8. Förekomst av råd och stöd inom habiliteringens verksamhet

Andel landsting som erbjuder råd och stöd inom ramen för habiliteringens verksamhet, uppdelat på verksamhetsgren, andel angivet i procent, 2018.

Verksamhet	Antal landsting
Barn- och ungdomshabilitering	21
Vuxenhabilitering	21
Övrig habilitering/rehabilitering på sjukhus	12
Övrig habilitering/rehabilitering inom primärvården	11
Annan verksamhet	7
Särskilda habiliteringscenter eller enheter	1

Källa: Redovisning av medel för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS (Socialstyrelsen, 2018).

Inom ramen för återrapporteringen av statsbidraget för råd och stöd lämnade 11 landsting synpunkter på insatsen. Flera landsting angav att det är svårt att veta vad som ingår i insatsen råd och stöd enligt LSS. Eftersom behandling inte bedöms ingå i insatsen blir det naturligt att personer i behov av behandling hänvisas till verksamhet som regleras i HSL. Ett landsting menade på att det låga antalet ansökningar om råd och stöd enligt LSS antyder att behoven tillgodoses inom HSL. Ett annat landsting gav följande förklaring till att antalet insatser med råd och stöd skiljer sig mellan landstingen:

Insatsen är otydlig och i de allra flesta fall tillgodoses behovet inom HSL. Vid nätverk med andra regioner framgår att bedömningen av vad som ingår i insatsen råd och stöd till stora delar är styrd av vilket utbud regionen har i övrigt. Vissa regioner med sämre uppbyggnad av stöd inom HSL hänvisar till exempel patienter som blivit utredda och fått diagnosen autism till att söka råd och stöd för att få veta vad diagnosen innebär, då de inte ger den informationen på utredande enhet inom sjukvården. Andra regioner ger denna information som ett led i behandlingen inom vanlig sjukvård. Det gör att vissa regioner har fler fall av bifall till råd och stöd, medan andra som ger stöd inom sjukvården istället har främst avslag till råd och stöd då behovet är tillgodosett. [12]

Insatser enligt SoL har minskat

I oktober 2016 hade 52 200 personer i åldern 0–64 år en eller flera insatser enligt SoL. Vanligast var stöd i hemmet i form av boendestöd. Knappt 21 000 personer hade denna insats, varav kvinnorna utgjorde 51 procent (tabell 9). Även hemtjänst var vanligt. Drygt 16 000 personer hade denna insats, och här var andelen kvinnor 54 procent. Boendestöd syftar till att ge den enskilde stöd i den dagliga livsföringen, både praktiskt och socialt, och är vanligen riktat till personer med psykisk funktionsnedsättning i eget boende. Det förekommer även att andra grupper beviljas boendestöd, till exempel personer inom personkrets 1²⁴. Hemtjänst i sin tur kan bland annat innefatta service och personlig omvårdnad.

²⁴ Ytterligare information om definitionen av boendestöd finns på termbanken: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?FTid=274>

Antalet insatser är flest i de övre åldersgrupperna. Omkring 1 100 insatser beviljades till åldersgruppen 0–19 år men i åldersgruppen 55–64 år var det 18 700 insatser.

Tabell 9. Insatser enligt SoL 0–64 år

Antalet insatser enligt SoL 0–64 år, uppdelat på åldersgrupp och kön, avrundade värden, oktober 2018.

Insats enligt SoL	0–19 år		20–34 år		35–44 år		55–64 år		Samtliga		Totalt
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
Särskilt boende	5	20	210	330	620	1 020	940	1 300	1 780	2 670	4 450
Hemtjänst i ordi- närt boende	70	100	690	620	3 370	2 480	4 430	4 190	8 550	7 400	15 900
Trygghetslarm	10	15	270	200	1 900	1 420	3 320	2 850	5 510	4 490	10 000
Matdistribution	<5	0	40	70	310	450	710	1 140	1 060	1 660	2 700
Ledsagning	55	65	190	190	920	600	1 150	890	2 320	1 750	4 100
Avlösning	95	170	10	5	30	30	100	70	240	270	510
Dagverksamhet	<5	<5	570	630	1 240	1 270	810	810	2 630	2 710	5 340
Korttidsplats	50	110	70	110	105	200	180	280	410	690	1 100
Kontaktperson/ -familj	65	100	500	430	1 070	910	730	560	2 360	2 000	4 360
Boendestöd	100	110	3 590	3 780	5 010	4 410	2 010	1 980	10 700	10 300	20 970
Annat bistånd	65	130	260	350	370	390	230	240	920	1 110	2 020

*Dagverksamhet kan även ges som serviceinsats utan beslut, varför uppgiften i tabellen kan vara en underskattning av det totala antalet personer med insatsen.

Källa: Statistik om socialtjänstens insatser till personer med funktionsnedsättning 2017 (Socialstyrelsen, 2018).

Det finns vissa åldersskillnader när det gäller vilka insatser som beviljas. I den yngsta åldersgruppen (0–19 år) är det vanligt med boendestöd och avlösning. Även i åldersgruppen 20–54 år är boendestöd en vanlig insats, medan hemtjänst dominerar i åldersgruppen 55–64 år.

Minskningen av särskilt boende har avstannat

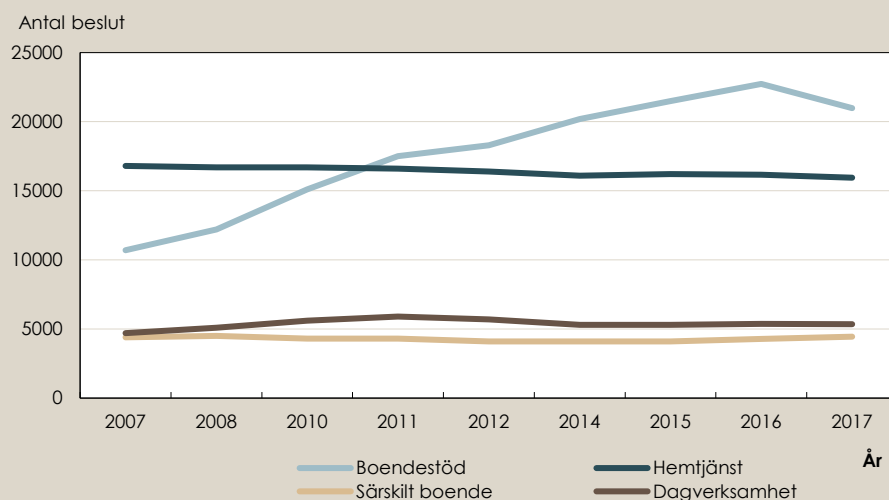
Antalet insatser enligt SoL fortsätter att öka, och har sedan 2007 ökat med 35 procent. Ökningen förklaras framförallt av att boendestöd har ökat med 110 procent (figur 3) (läs vidare i *Boendestöd*). Mellan 2016 och 2017 minskade dock antalet insatser, från 53 000 till 52 200. Huruvida detta är en tillfällighet eller ett trendbrott går ännu inte att fastställa.

Även dagverksamhet enligt SoL fortsätter att öka, sedan 2007 har insatsen ökat med 14 procent. Dagverksamhet kan även ges som serviceinsats utan biståndsbeslut och uppgiften bör därför tolkas med försiktighet eftersom uppgiften troligen är behäftad med viss underskattning. Hemtjänst har i sin tur minskat med 4 procent.

Antalet personer med insatsen särskilt boende enligt SoL har under flera år legat på 4 100 personer. Statistiken för 2017 visar emellertid en ökning till drygt 4 400 personer.

Figur 3. Utvecklingen av vissa insatser enligt SoL över tid

Antalet insatser enligt SoL, 0-64 år, uppdelat på insatstyp, 2007-2017.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen.

Sammanfattande iakttagelser

- Antalet personer med LSS-insatser fortsätter att öka. År 2017 beviljades en mindre andel av LSS-insatserna till barn 0–12 år, sex procent. En lika stor andel insatser beviljades till personer 65 år eller äldre, sju procent.
- För vissa åldersgrupper är befolkningsökningen en bidragande förklaring till den långvariga ökningen inom LSS. Den tydligaste ökningen syns i åldersgruppen 65 år eller äldre, som sedan 2007 har ökat från 25 till 30 personer per 10 000 i befolkningen. I åldersgruppen 0–6 år ses istället en minskning, från 15 till 13 personer per 10 000 i befolkningen. Minskningen i de yngsta åldersgrupperna kan bero på att insatserna beviljas allt senare och att föräldrarna får ta ett allt större ansvar. Det kan också bero på att informationen till föräldrar är otillräcklig när det gäller möjligheten att få stöd.
- Antalet personer med insatser enligt SoL 0–64 år ligger kvar på samma nivå som föregående mätår, vilket innebär att den tidigare successiva ökningen har avstannat.
- De insatser som ökat mest sedan 2007 är daglig verksamhet och bostad med särskild service för vuxna enligt LSS samt boendestöd enligt SoL. Skillnaden i antalet beviljade insatser mellan män och kvinnor kvarstår och den är särskilt stor bland barn. I åldersgruppen 0–12 år har 32 procent av insatserna beviljats till flickor.
- Vissa insatser enligt LSS fortsätter att minska, men för vissa insatser tycks utvecklingen ha stannat av (korttidstillsyn och avlösarservice). Sedan 2007 har såväl korttidstillsyn som korttidsvistelse och boende för barn minskat. Även insatsen ledsagarservice minskar, sedan 2007 har antalet personer med insatsen minskat med 26 procent.

Kostnadsutveckling

I det här kapitlet beskriver Socialstyrelsen förändringar avseende resurser i de offentligt finansierade verksamheterna för insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Kostnaderna är baserade på kommunernas räkenskapssammandrag som publiceras av Statistiska centralbyrån. Som kostnadsmått används kommunernas kostnader för det egna åtagandet²⁵. För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2017 års priser²⁶. I bilaga 1 redovisas kostnaderna i löpande priser. I bilagan redovisas även andelen av kostnader för socialtjänsten, kommunernas kostnader och bruttonational produkten (BNP) i löpande priser.

Kommunernas kostnader fortsätter att öka

År 2017 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 66,8 miljarder kronor. Det motsvarar 28,5 procent av de totala kostnaderna för socialtjänsten (äldreomsorgen står för 52 procent och individ- och familjeomsorgen för 19 procent). Kommunernas kostnader för stöd till målgruppen har sedan 2013 ökat med cirka 1 procentenhet, sett som andel av socialtjänstens kostnader (tabell 10). Kostnaderna som andel av kommunernas totala kostnader är dock oförändrad.

Tabell 10. Kostnader för funktionshindersverksamheter som andel av kommunernas kostnader

Kostnader för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning angivet som andel av övriga kostnader i kommuner, andel angivet i procent, fast pris, 2017 års pris.

	2013	2014	2015	2016	2017
Kostnader för stöd personer med funktionsnedsättning, andel av socialtjänstens kostnader	27,6	27,4	27,7	28,4	28,5
Kostnader för stöd till personer med funktionsnedsättning, andel av kommunernas kostnader	10,5	10,5	10,5	10,3	10,5
Kostnader för stöd till personer med funktionsnedsättning, andel av BNP	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2013–2017 och Konsumtionsindex 2017, Statistiska centralbyrån

Majoriteten av kostnaderna 2017 för insatser till personer med funktionsnedsättning, 79 procent, utgjordes av kostnader för insatser enligt LSS och SFB (tabell 11). Den största delen av dessa kostnader gällde boende för vuxna, som utgjorde 28,4 miljarder, eller 43 procent, av kostnaderna. Den näst

²⁵ Det egna åtagandet innefattar den verksamhet som kommuner har definierat som sin, och som riktar sig till den egna befolkningen. Den definieras även som bruttokostnad exklusive interna intäkter och försäljning till andra kommuner och landsting.

²⁶ Som underlag för uppräkningsindex används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2017 för respektive verksamhetsområde. Detta gör att siffrorna fram till år 2016 skiljer sig något från de rapporterade i tidigare års lägesrapporter då en annan konsumtionsindex användes.

största kostnadsposten var kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS som utgjorde 11,4 miljarder kronor, eller 17 procent, av kostnaderna.

Kostnaderna för insatser enligt SoL/HSL uppgick till 14 miljarder kronor, eller 21 procent, av kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning, varav den största delen utgjordes av kostnader för vård och omsorg i ordinärt boende (8 miljarder kronor). Kostnaderna för särskilt boende uppgick till 5,1 miljarder kronor och vård och omsorg i öppen verksamhet till 1 miljard kronor.

Tabell 11. Kommunernas kostnader över tid

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angivet i procent, fast pris, 2017 års pris, 2013–2017.

	2013	2014	2015	2016	2017	Förändring 2013– 2017	Andel 2017
<i>Miljarder kronor om inget annat anges</i>						mdkr	%
Summa kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning	63,2	64,2	64,1	66,2	66,8	3,6	100,0
Boende enligt LSS	26,4	27,0	27,0	28,0	28,4	2,0	42,5
varav boende för vuxna	24,5	25,3	25,2	26,2	26,6	2,1	39,8
varav boende för barn	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	0,0	2,7
Personlig assistans enligt LSS	10,2	10,4	10,4	10,9	11,4	1,1	17,0
Daglig verksamhet enligt LSS	7,8	7,9	8,0	8,0	8,1	0,3	12,2
Övriga insatser enligt LSS	5,2	5,1	5,0	5,1	4,9	-0,2	7,4
Summa insatser enligt LSS och SFB*	49,6	50,5	50,4	52,1	52,8	3,2	79,1
Särskilt boende enligt SoL	4,7	4,8	4,9	5,1	5,1	0,5	7,7
Stöd i ordinärt boende enligt SoL	8,1	8,0	8,1	8,4	8,1	-0,1	12,1
varav hemtjänst/boendestöd enligt SoL	6,1	6,0	6,1	6,3	6,1	0,0	9,2
varav korttidsboende enligt SoL	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,0	1,1
Övriga biståndsbedömda insatser enligt SoL	1,3	1,3	1,2	0,9	0,8	-0,5	1,3
Dagverksamhet enligt SoL				0,4	0,4	0,4	0,6
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	-0,1	1,1
Summa insatser enligt SoL/HSL	13,6	13,7	13,8	14,1	14,0	0,3	20,9

*Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2013–2017 och Konsumtionsindex 2017, Statistiska centralbyrån.

Under 2013–2017 ökade kommunernas totala kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning med 5,7 procent i fasta priser, motsvarande 3,6 miljarder kronor (tabell 11).

Inom verksamhetsområdet LSS har kostnaderna ökat väsentligt. Mellan 2013 och 2017 ökade kommunernas kostnader för insatser enligt LSS med 6,5 procent, motsvarande 3,2 miljarder kronor. Kostnaderna för bostad med särskild service för vuxna har haft den starkaste utvecklingen med en ökning om 8 procent. Anledningarna till detta är troligen flera. En bidragande orsak till förändringen är troligen indragningar av den statliga assistansersättning, och att många assistansanvändare istället beviljades boende enligt LSS.

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

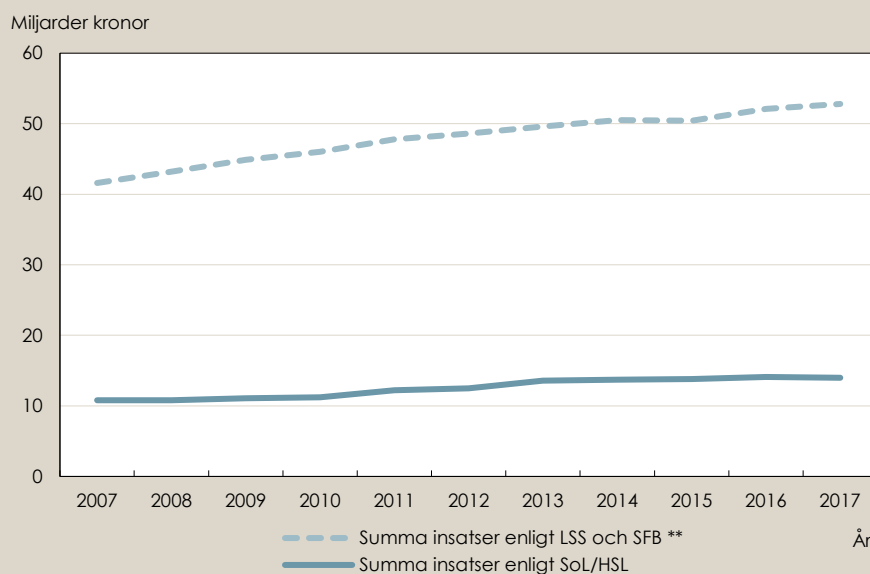
Under 2013–2017 period ökade kommunernas kostnader för insatser enligt SoL/HSL till personer 0–64 år med 2,5 procent, motsvarande 0,3 miljarder kronor. Vård och omsorg i särskilt boende stod för den största kostnadsökningen inom SoL, 0,5 miljarder kronor (tabell 11).

Under perioden har kostnaderna inom funktionshindersområdet sammantaget ökat med 5,7 procent (3,6 miljarder kronor) i fasta priser. Detta mått utgår från 2017 års konsumtionsindex. De löpande priserna har emellertid ökat mer under samma period, 21,4 procent (11,9 miljarder kronor) (tabell 3, bilaga 1). De löpande priserna tar emellertid inte hänsyn till prisutveckling, varför jämförelser över tid bör göras med viss försiktighet.

Sett över en längre tidsperiod har kostnadsökningen varit relativt jämn vad gäller insatser enligt LSS (figur 4). Kostnadsutvecklingen inom SoL ser något annorlunda ut, sedan 2007 har kostnaderna för dessa insatser ökat med 2,5 procent. Den största ökningen skedde under perioden 2010–2013. Kostnaderna minskade något mellan 2016 och 2017 vilket till stor del förklaras av att antalet insatser enligt SoL inte längre ökar.

Figur 4. Kostnadsutveckling inom funktionshindersområdet över tid.

Kostnadsutveckling av insatser enligt LSS och SoL 2007–2017 i miljarder kronor, fasta



* Avser insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning 0–64 år.

** Exklusive ersättning från Försäkringskassan.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen.

Fortsatt kostnadsökning för personlig assistans

Mellan 2013 och 2017 har kommunernas kostnader för personlig assistans ökat med cirka 11 procent (tabell 12). År 2017 uppgick dessa kostnader till 11,4 miljarder kronor. Särskilt tydlig är ökningen mellan 2015 och 2017

med 1 miljard kronor. Kostnadsökningen mellan 2015 och 2016, som konstaterades i 2018 års lägesrapport, fortsätter med andra ord. Även antalet personer med personlig assistans har ökat mellan dessa år, och många som beviljades insatsen beviljades dessutom ett högt antal timmar. En bidragande orsak till ökningen torde vara det ökande antalet indragningar och avslag på ansökningar av assistansersättning enligt SFB, en utveckling som har varit särskilt tydlig sedan 2015. Många av dessa personer har istället fått kommunal beslutad personlig assistans enligt LSS. Socialstyrelsen kan emellertid inte utesluta att även andra faktorer har påverkat kostnadsutvecklingen, till exempel förskjutning från hemtjänst enligt SoL till kommunalt beslutad personlig assistans.

Tabell 12. Kostnadsutveckling för personlig assistans

Kommunernas kostnader för personlig assistans, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angivet i procent, 2013–2017, fast pris, 2017 års pris.

	2013	2014	2015	2016	2017	Förändring 2013–2017	Andel
						mdkr	
Personlig assistans exkl. ersättning från Försäkringskassan	10,2	10,4	10,4	10,9	11,4	1,1	64
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare	9,2	8,7	7,9	7,3	6,4	-2,8	36
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	19,4	19,1	18,3	18,2	17,8	-1,7	100

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2013–2017 och Konsumtionsindex 2017, Statistiska centralbyrån.

Samtidigt fortsätter kostnaderna att minska för den personliga assistans som kommunerna utför som anordnare av statlig assistansersättning enligt SFB. Mellan 2013 och 2017 har denna kostnad minskat med 30 procent. Anledningen till kostnadsminskningen är att allt fler mottagare av statlig assistansersättning väljer privata utförare istället för kommunen.

I kommunernas kostnader för personlig assistans ingår ett kostnadsansvar för de första 20 timmarna per vecka för personer med statlig assistansersättning enligt SFB. År 2017 betalade kommunerna sammanlagt 4,6 miljarder kronor till Försäkringskassan för detta ändamål. Kostnaden varierar över tid, mellan 2014 och 2015 minskade den med 300 miljoner. Därefter har kostnaden åter ökat.

Även landstingens kostnader ökar

Även landstingens kostnader för funktionshinders- och hjälpmedelsverksamhet ökar. År 2017 uppgick kostnaden till 7,5 miljarder kronor (tabell 13). Hit räknas övergripande funktionshinderfrågor och verksamhet vid hjälpmedelscentraler, till exempel hörselvårdcentraler, syncentraler och inkontinenshjälpmedelsfunktionen. Även bidrag till organisationer för funktionshindrade ingår i dessa kostnader, liksom tolkservice till döva och dövblinda med mera.

Tabell 13. Landstingens kostnader inom funktionshindersområdet

Kostnader för vissa av landstingens insatser till personer med funktionsnedsättning, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angivet i procent, fast pris, 2017 års pris, 2013–2017.

	2013	2014	2015	2016	2017	Förändring 2013–2017	
						mdkr	%
Funktionshinder- / hjälpmedelsverksamhet	5,7	6,1	6,9	7,3	7,5	1,8	31,4

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2013–2017 och Konsumtionsindex 2017, Statistiska centralbyrån.

Sammanfattande iakttagelser

- År 2017 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 67 miljarder kronor. Under 2013–2017 ökade kommunernas totala kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning med 5,7 procent i fasta priser, motsvarande 3,6 miljarder kronor.
- Mellan 2013 och 2017 har kostnaden för bostad med särskild service för vuxna enligt LSS ökat kraftigt. En drivande kraft bakom utvecklingen är sannolikt att indragningar av assistansersättning enligt SFB har skapat ett ökat behov av denna boendeform. Mellan 2015 och 2017 har det även skett en kraftig ökning av kostnaden för personlig assistans enligt LSS. En drivande kraft bakom utvecklingen är sannolikt att indragningar av assistansersättning enligt SFB har skapat ett ökat behov av kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS. Ett visst inflöde har även skett från socialtjänstens verksamhet, framförallt hemtjänst enligt SoL.

Personlig assistans enligt LSS

I detta kapitel fördjupar Socialstyrelsen analyserna av insatsen personlig assistans enligt LSS. Olika aktuella frågeställningar blir belysta, till exempel hur inflödet till insatsen ser ut och hur många nya beslut som fattas varje år. Insatsen har koppling till konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (artikel 19 om rätt att leva självständigt och att delta i samhället). Fördjupade analyser av indragningar av assistansersättning finns i *Aktuella frågor under året som gått*.

Kommunerna beviljar alltfler personer personlig assistans

Antalet personer med kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS fortsätter att öka. I oktober 2017 hade 4 900 personer beslut om insatsen, vilket är en ökning med 48 procent sedan 2007. Särskild tydlig har ökningen varit under de senaste två mätåren, sedan 2014 har insatsen ökat med 14 procent.

Om personen behöver personlig assistans för grundläggande behov som i genomsnitt omfattar mer än 20 timmar i veckan kan han eller hon ha rätt till statlig assistansersättning enligt 51 kap. SFB. I de fall personen ansöker om assistansersättning är det Försäkringskassan som utreder, beslutar och betalar ut ersättningen. Det är med andra ord naturligt att timantalet är högre inom statlig assistansersättning. Tabell 15 visar emellertid att det genomsnittliga antalet timmar inom kommunalt beslutad personlig assistans också är högt. År 2017 hade till exempel 12 procent av personer med kommunalt beslutad personlig assistans 100 timmar per vecka eller mer.

Tabell 15. Genomsnittligt antal timmar per vecka inom personlig assistans

Antal personer med kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS, uppdelat på genomsnittligt antal timmar per vecka, timklasser, oktober 2017.

	Genomsnittligt antal timmar per vecka						Totalt antal
	0–19 timmar/vecka	20–39 timmar/vecka	40–59 timmar/vecka	60–79 timmar/vecka	80–99 timmar/vecka	100– timmar/vecka	
Personlig assistans enligt LSS	519	1 553	1 242	647	341	595	4 897

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Att personer med kommunalt beslutad personlig assistans har mer än 20 timmar assistans per vecka förklaras av att personlig assistans även kan beviljas för andra personliga behov än de grundläggande²⁷. Exempel på sådana livsområden där sådana behov kan vara aktuella är arbete, studier, hushållsarbete och socialt umgänge.

²⁷ En förutsättning är dock att personen har beviljats personlig assistans för grundläggande behov.

Förskjutningen mot fler timmar fortsätter

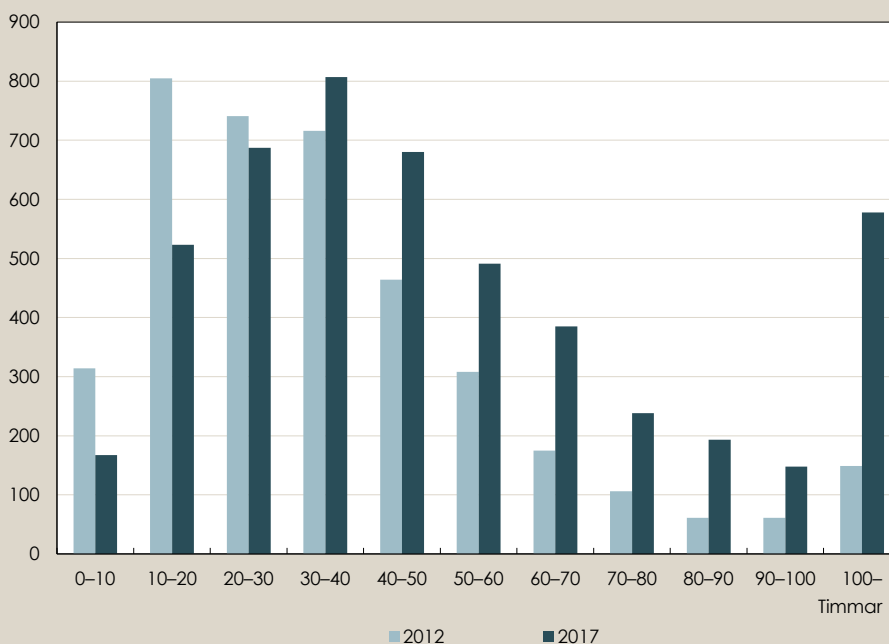
Det är inte bara antalet personer med kommunal personlig assistans som ökar, även det genomsnittliga antalet timmar ökar. Denna utveckling har pågått under flera år. År 2017 hade 595 personer beslut om 100 timmar per vecka eller mer (figur 5), vilket innebär närmare en tredubbling sedan 2013. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att en bidragande orsak till ökningen troligen är att de personer som beviljas kommunalt beslutad personlig assistans vid indragen statlig assistansersättning ofta beviljas många timmar [1, 2]. Socialstyrelsen kan inte utesluta att även andra faktorer kan ha bidragit till ökningen.

Under samma period har antalet personer med beslut om 0–10 timmar personlig assistans per vecka minskat, från 8 till 3 procent (figur 5). Även andelen personer med 10–20 timmar per vecka har minskat, från 21 till 11 procent. Förskjutningen mot ett allt högre genomsnittligt antal timmar per vecka åtföljs med andra ord av att allt färre personer har upp till 20 timmar.

Figur 5. Utveckling av genomsnittligt antal timmar per person inom personlig assistans

Antal personer med personlig assistans uppdelat på genomsnittligt antal timmar per vecka, 2012–2017.

Antal



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS

Vart femte beslut är nybeviljat

Mellan 2016 och 2017²⁸ fattade kommunerna 1 015 nya beslut om personlig assistans enligt LSS²⁹, vilket är något högre än föregående mätår. Det innebär att 21 procent av det totala antalet beslut om personlig assistans i oktober 2017 utgjordes av nybeviljanden. Knappt hälften av de nya besluten avsåg kvinnor, 42 procent.

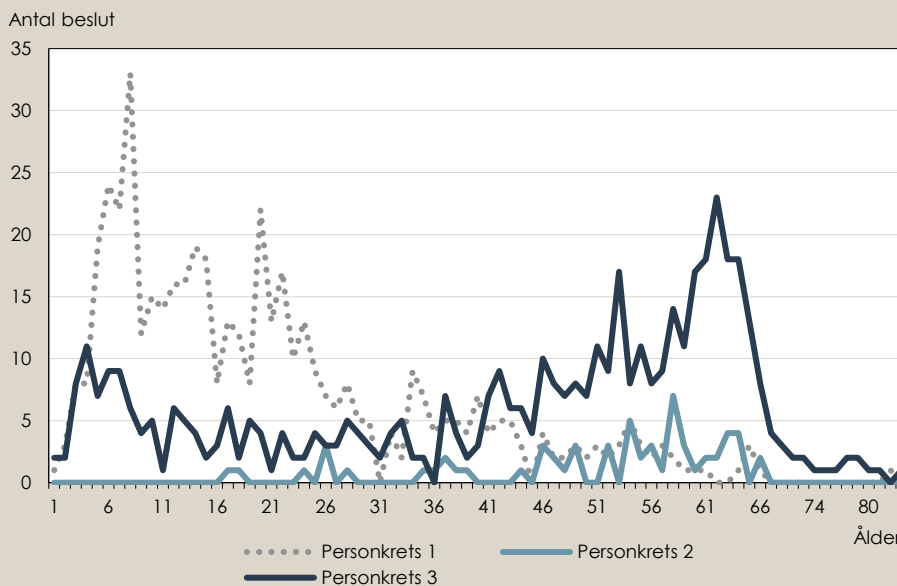
Mellan 2016 och 2017 skedde de flesta nybeviljanden för personer i åldersgrupperna 6–10 år (14 procent³⁰) samt 60–65 år (14 procent³¹), figur 6. Av de nya besluten avsåg 17 procent emellertid personer som var 65 år eller äldre. Personlig assistans nybeviljas endast upp till och med 64 år³², varför den höga andelen nya beslut för personer över 65 år är anmärkningsvärd. Flertalet av dessa personer fick emellertid sin assistans när de var 65 eller 66 år och förklaringen kan därför vara långa utrednings- och verkställighetstider. Men det förekommer även nybeviljanden av kommunalt beslutad personlig assistans till personer som är 70 år eller äldre.

De flesta nybeviljanden avser personer som tillhör personkrets 3:

- Personkrets 1: 49 procent (493 personer)
- Personkrets 2: 6 procent (62 personer)
- Personkrets 3: 46 procent (469 personer)

Figur 6. Nybeviljanden av personlig assistans uppdelat på personkrets

Antal nybeviljade kommunala beslut om personlig assistans enligt LSS, uppdelat på ålder och personkrets, 2017.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

²⁸ Mellan 1 oktober 2015 och 1 oktober 2016.

²⁹ Med nytt beslut avses att personen hade insatsen 2016, men inte 2014 och 2015.

³⁰ Andel av nybeviljanden.

³¹ Andel av nybeviljanden.

³² Se 9 b § LSS.

Inflödet till kommunalt beslutad personlig assistans är med andra ord stort i förhållande till hur många som har insatsen, inflödet är dock inte enhetligt. Omkring 120 personer hade statlig assistansersättning året innan de fick beslutet om kommunal personlig assistans och drygt 150 personer hade hemtjänst enligt SoL (tabell 16)³³. Förklaringen till inflödet från statlig assistansersättning är bland annat Högsta förvaltningsdomstolens domar (se fotnot 19 och 20 på sidan 22). Det är inte lika tydligt varför så många fick personlig assistans istället för hemtjänst, men en trolig förklaring är att personernas behov har ökat, exempelvis till följd av fortskridande sjukdomar som förvärras över tid. Socialstyrelsen har dock inte funnit någon orsak till varför en sådan förändring skulle uppstå just nu.

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

- 12 personer bostad med särskild service för vuxna enligt LSS
- Ett fåtal personer (färre än fem) hade boende för barn enligt LSS
- Ett fåtal personer (färre än fem) särskilt boende enligt SoL.

Tabell 16. Insatser året innan ett första beslut om personlig assistans enligt LSS

Insatser året innan ett första beslut om personlig assistans enligt LSS, uppdelat på ålder, kön och insats, 2016.

Insats året innan beslut om personlig assistans		
	0–12 år	13 år –
Statlig assistansersättning enligt SFB		
<i>Insatser enligt LSS</i>	15	106
Ledsagarservice enligt LSS	8	49
Kontaktperson enligt LSS	<5	22
Avlösarservice enligt LSS	68	16
Korttidsvistelse enligt LSS	52	44
Korttidstillsyn enligt LSS	0	29
Boende, barn enligt LSS	0	<5
Boende, vuxna enligt LSS	0	12
Daglig verksamhet enligt LSS	0	98
<i>Insatser enligt SoL</i>		
Särskilt boende	0	<5
Hemtjänst	<5	150
Boendestöd	<5	12
Ledsagning	<5	29
Avlösning	<5	8
Korttidsplats	<5	13
Annat bistånd enligt Sol	<5	73

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

³³ Avser de personer som hade ett nytt beslut om personlig assistans enligt LSS i oktober 2016.

Något fler timmar per person bland nya beslut

Personer som nybeviljas kommunalt beslutad personlig assistans beviljas i genomsnitt 55 timmar/vecka, vilket är något högre än det genomsnittliga antalet timmar per vecka för samtliga med insatsen (49 timmar)³⁴. Detta indikerar att förskjutningen mot allt fler timmar per person fortsätter.

Tabell 17. Antal timmar per vecka för nybeviljanden av personlig assistans

Genomsnittligt antal timmar per vecka för nybeviljanden av kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS, uppdelat på ålder och kön, medelvärde och percentiler, andel angivet i procent, 2017,

	Antal	p10	Medelvärde	p90
Män*	585	20,0	55,0	127,0
Kvinnor*	430	18,0	50,0	123,5
Pojkar 0–12 år	152	16,0	38,5	96,0
Flickor 0–12 år	93	16,0	39,0	112,0
Pojkar 13–22 år	119	17,0	62,0	119,0
Flickor 13–22 år	65	12,0	47,0	109,0

*Avser alla åldrar.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Det finns även vissa könsskillnader bland de nya besluten om kommunal personlig assistans. Män beviljas i genomsnitt fler timmar per vecka jämfört med kvinnor, 55 timmar jämfört med 50. Skillnaden är tydligast i åldersgruppen 13–22 år, där pojkarna beviljades i genomsnitt 62 timmar per vecka och flickorna 47. Inom ramen för årets lägesrapport har Socialstyrelsen inte kunnat utröna huruvida skillnaden handlar om skillnader i behov eller skillnader i behovsbedömning.

Sammanfattande iakttagelser

- Kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS fortsätter att öka och i oktober 2017 hade 4 900 personer insatsen. Förskjutningen mot allt fler timmar i genomsnitt per vecka fortsätter och 2017 hade 595 personer beslut om 100 timmar per vecka eller mer, vilket innebär närmare en tredubbling sedan 2013.
- En femtedel av besluten om personlig assistans enligt LSS i oktober 2017 var nybeviljade. Inflödet till personlig assistans fortsätter och kommer framförallt från assistansersättning och hemtjänst, men även från olika boendeformer.
- Personer som nybeviljas personlig assistans beviljas i genomsnitt 55 timmar per vecka, vilket är något högre än det genomsnittliga antalet timmar per vecka för samtliga med kommunalt beslutad personlig assistans 2017 (49 timmar). Detta indikerar att förskjutningen mot allt fler timmar per person fortsätter.

³⁴ Avser 1 oktober 2016.

- Det finns vissa könsskillnader bland de nya besluten. Män beviljas i genomsnitt fler timmar per vecka jämfört med kvinnor. Skillnaden är tydligast i åldersgruppen 13–22 år, där pojkarna beviljades i genomsnitt 62 timmar per vecka och flickorna 47.

Boendestöd enligt SoL

I detta kapitel fördjupar Socialstyrelsen analyserna av boendestöd enligt SoL i syfte att öka kunskapen om insatsen. I kapitlet fokuserar myndigheten dels på utveckling, kvalitetsaspekter och utmaningar, dels på beskrivning av målgruppen.

Ökningen inom boendestöd har avstannat

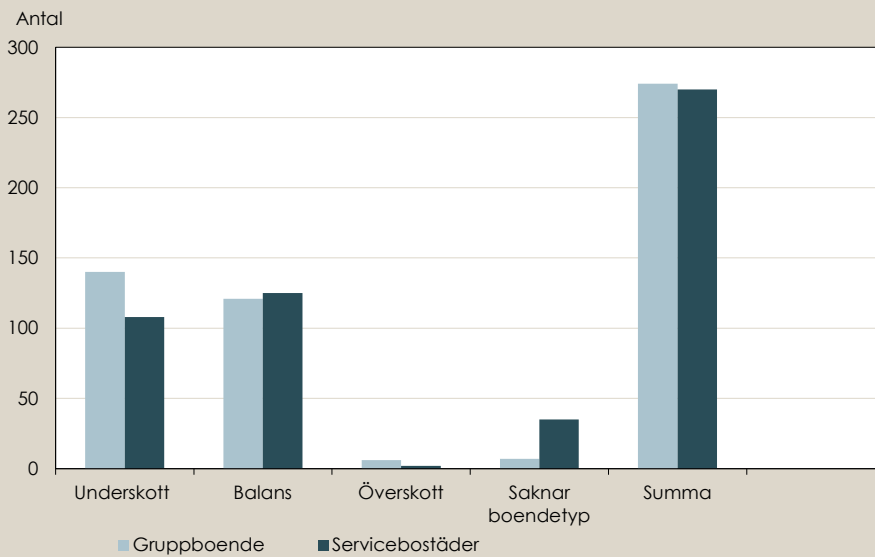
År 2017 hade närmare 21 000 personer boendestöd enligt SoL [13]. Insatsen är därmed den största inom SoL till personer med funktionsnedsättning. Med boendestöd avses bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till personer med funktionsnedsättning i eget boende. Boendestöd kan vara ett såväl praktiskt som socialt stöd för att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället.

Fördelningen mellan män och kvinnor är jämn, år 2017 var andelen kvinnor med insatsen 51 procent. Antalet personer med boendestöd har ökat konstant under de senaste åren. Förklaringen bakom denna ökning är inte fastställd, men det kan handla om att fler personer med psykisk funktionsnedsättning få sina behov av stöd i den dagliga livsföringen tillgodosett. Ökningen kan också vara en konsekvens av att andra grupper beviljas insatsen i allt högre utsträckning, till exempel personer som tillhör personkrets 1 i LSS.

Ökningen av boendestöd har dock avstannat och mellan 2016 och 2017 minskade antalet med insatsen med 8 procent. Om detta är ett trendbrott eller en tillfällig förändring går ännu inte att säga. Ökningen över tid kvarstår dock, sedan 2012 har antalet personer med insatsen ökat med 15 procent. Ökningen har varit som störst i åldersgruppen 25–34 år, där antalet personer med insatsen har ökat med 39 procent (figur 7).

Figur 7. Antal personer 0-64 år med boendestöd enligt SoL över tid

Antal personer 0-64 år med beslut om boendestöd enligt SoL, pågående insats 31 oktober, 2012 och 2017.



Källa: Socialstyrelsens officiella statistik om insatser enligt socialtjänstlagen till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2013 och 2018).

En heterogen målgrupp

De brukare som har insatsen boendestöd är framförallt personer med psykisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa, det visar de analyser som Socialstyrelsen gjort i årets lägesrapport. Av de som hade insatsen 2017, hade knappt 5 200 personer fått någon form av schizofrenidiagnos och 7 600 hade någon form av förstämningssyndrom (tabell 18). Det var även vanligt att personer med psykisk sjukdom till följd av missbruk hade beslut om boendestöd, 3 100 personer.

Personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism var också relativt vanligt, 1 100 respektive 4 800 personer. Dessa två grupper tillhör vanligen personkrets 1 inom LSS. Socialstyrelsen har under de senaste åren fått signaler från kommuner om att det blir allt vanligare att personer med dessa funktionsnedsättningar beviljas boendestöd enligt SoL. Socialstyrelsens har inte analyserat utvecklingen över tid, men analyserna i årets rapport bekräftar likväl att det är relativt vanligt att personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism har boendestöd. Personer som får boendestöd enligt SoL bör med andra ord ses som en heterogen grupp.

Tabell 18. Psykiatriska diagnoser hos personer 0–64 år med boendestöd

Förekomst av psykiatriska diagnoser hos personer med funktionsnedsättning 0–64 år med beslut om boendestöd enligt SoL, psykiatriska diagnoser angivet per ICD-kod, 2017.

	Antal
<i>Totalt personer boendestöd med någon diagnosgrupp F00-F99*</i>	20 860
Antal per ICD-kod	
F00-F09 Organiska, inklusive symtomatiska, psykiska störningar (exempelvis demens)	444
F10-F19 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser (exempelvis drogutlöst psykos)	3 102
F20-F29 Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	5 195
F30-F39 Förstämningssyndrom (exempelvis depression, bipolärt syndrom)	7 589
F40-F49 Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (exempelvis generaliserad ångest, fobi)	8 351
F50-F59 Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (exempelvis ätstörningar)	779
F60-F69 Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	3 261
F70-F79 Psykisk utvecklingsstörning (intellektuell funktionsnedsättning)	1 123
F80-F89 Störningar i psykisk utveckling (exempelvis autism)	4 789
F90-F98 Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (exempelvis adhd)	6 759
F99 Ospecificerad psykisk störning	360

* En person kan ha flera diagnoser varför antalet i kolumnen inte kan summeras.

Källa: Socialstyrelsens patientregister och register över insatser enligt socialtjänstlagen.

Vart tredje beslut om boendestöd är nybeviljat

År 2017 fattades totalt 7 120 nya beslut om boendestöd enligt SoL³⁵ (tabell 19). Det innebär att 32 procent av samtliga beslut om boendestöd var nybeviljade. Majoriteten av dessa beslut gällde personer i åldern 30–64 år, 62 procent. En mindre andel av de nya besluten avsåg personer upp till 18 år, 2 procent. Fördelningen mellan kvinnor och män är någorlunda jämn, 47 procent av de nya besluten gällde kvinnor. Andelen kvinnor är två procentenheter lägre bland de nya besluten i jämförelse med samtliga beslut om boendestöd.

Tabell 19. Ålder vid första beslut om boendestöd enligt SoL

Ålder vid första beslut om boendestöd enligt SoL för personer med funktionsnedsättning 0–64 år, avrundade värden, antal, 2017.

	Man	Kvinna	Antal
0 till 18 år	60	70	130
19 till 29 år	1 290	1 320	2 600
30 till 64 år	2 020	2 370	4 390
<i>Totalt</i>	<i>3 370</i>	<i>3 760</i>	<i>7 120</i>

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen.

Socialstyrelsens analyser visar att de flesta brukare inte hade någon annan insats året innan ett första beslut om boendestöd (tabell 20). Ett fåtal hade någon form av stöd i hemmet:

³⁵ Med nybeviljad avses att personen hade insatsen 2017, men inte 2016 och 2015.

- 28 personer hade beslut om statlig assistansersättning enligt SFB eller kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS
- 129 personer hade beslut om bostad med särskild service för vuxna enligt LSS
- Ett fåtal (färre än fem) personer hade beslut om särskilt boende enligt SoL
- 374 personer hade beslut om hemtjänst enligt SoL.

Socialstyrelsen har inom ramen för årets lägesrapport inte kunnat fastställa varför så få många med nytt beslut om boendestöd inte hade något stöd från socialtjänsten året innan. En trolig orsak är att det handlar om en hög andel nyinsjuknade eller personer med psykisk funktionsnedsättning vars behov av stöd har ökat.

Tabell 20. Insats året innan beslut om boendestöd

Insats året innan beslut om boendestöd enligt SoL för personer med funktionsnedsättning 0–64 år, uppdelat på insats, antal, 2016.

Insats år 2016	Antal personer
Statlig assistansersättning enligt SFB	10
<i>Insatser enligt LSS</i>	
Personlig assistans enligt LSS	18
Ledsagarservice enligt LSS	123
Kontaktperson enligt LSS	307
Avlösarservice enligt LSS	12
Korttidsvistelse enligt LSS	59
Korttidsbistånd enligt LSS	27
Boende, vuxna enligt LSS	129
Daglig verksamhet enligt LSS	455
<i>Insatser enligt SoL</i>	
Särskilt boende enligt SoL	<5
Hemtjänst enligt SoL	374
Ledsagning enligt SoL	45
Avlösning enligt SoL	<5
Korttidsplats enligt SoL	70
Kontaktperson-familj enligt SoL	165
Dagverksamhet enligt SoL	191
Annat bistånd enligt SoL	159

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

Boendestöd bidrar till att lindra psykisk ohälsa

Innehållet i insatsen boendestöd varierar och kansliet för Nationell psykiatrisamordning har tidigare beskrivit insatsen som ”ett socialt stöd som ges till den enskilde i dennes bostad och som har anpassats efter de behov som finns hos personer med psykisk funktionsnedsättning” [14]. Följande tre aspekter har beskrivits ingå i boendestöd:

- innehållet – stöd i vardagen
- arenan – både i och utanför bostaden
- relationsaspekten – brukaren och boendestödjaren tillsammans. [14]

Exempel på boendestödets utformning och innehåll ges i en FOU-rapport som kartlagt och jämfört insatsen i tre kommuner [15]. I studien framkom en skillnad mellan kommunerna när det gällde kunskaps- och kompetenskraven på boendestödjare. I två av kommunerna fanns specificerade utbildningskrav som fastslog att boendestödjarna skulle ha mentalskötarutbildning eller gymnasial vård- och omsorgsutbildning. I den tredje kommunen fanns ett mindre specifikt krav på att boendestödspersonalen skulle ha ”lämplig utbildning och erfarenhet”.

En annan skillnad gällde tillgänglighet. I en kommun skulle boendestödet finnas tillgängligt kontorstid måndag till fredag och brukaren skulle ha möjlighet att få stöd på kvällar. I två av kommuner var tillgängligheten större, och boendestödet skulle finnas tillgängligt både dagtid och kvällstid alla veckodagar. Även omfattningen av boendestödet varierade, från 1 timme varannan vecka till fyra gånger per vecka.

Det flesta brukare fick hjälp med praktiska göromål, men det förekom att boendestödet enbart var inriktat på sociala aspekter som samtal och promenader. Såväl brukare som boendestödjare framhöll följande faktorer som hjälpande:

- Ett mångfacetterat stöd, både praktiskt och socialt. Det sociala stödet bestod exempelvis av samtal. Boendestödet bidrar till att brukaren vill, vågar och orkar komma igång med sysslor och aktiviteter. Boendestödjare beskrevs också ha en viktig roll i det professionella nätverket, exempelvis genom att följa med brukaren på möten med myndigheter.
- Ett flexibelt stöd både på lång och kort sikt, bland annat genom att uppläget formas i dialog mellan boendestödjare och brukare. I intervjuerna framkom att det även förekom begränsningar, till följd exempelvis policyförändring på kommunal nivå.
- Kontinuitet, möjlighet att bygga upp en relation med boendestödjaren över tid.

I studien framkom också att boendestödet bidrar till:

- Konkreta resultat i vardagslivet, boendestödet möjliggör att brukarna tar sig an och får saker gjorda.
- Bättre självförtroende och självkänsla hos brukarna, samt lindrad oro och ångest. Såväl brukare som boendestödjare beskrev att boendestödet varit

en bidragande faktor till att brukarnas psykiska problem minskat över tid.
[15]

Många brukare är nöjda med boendestöd

Ytterligare kunskap om kvalitet i boendestödet fås via SKL:s brukarundersökning³⁶[16]. Mellan 80 och 90 procent av de brukare som besvarat brukarundersökningen svarade ja på frågor om självbestämmande, trygghet, boendestödjarens bemötande och tillgodoseende av behov (tabell 21). Lägst andel ja fick frågan om brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt med boendestödet. Här var även skillnaden mellan kvinnor och män som tydligast, 66 procent av kvinnorna svarade ja, motsvarande andel bland männen var 75 procent.

Tabell 21. Brukarnas uppfattning om boendestöd

Brukarbedömningar om boendestöd enligt SoL, 0–64 år, uppdelat på kön, samtliga kommuner*, ovägt medel, andel angivet i procent, 2018.

	Kvinnor	Män
"Får du bestämma om saker som är viktiga?"	83	81
"Får du den hjälp som behövs av boendestödet?"	85	88
"Känner du dig trygg med alla i personalen?"	81	82
"Vet du vem du ska kontakta om något är dåligt med boendestödet?"	66	75
"Pratar personalen pratar så du förstår?"	86	85

*Undersökningen är ej en totalundersökning varför resultatet för en kommun kan vara baserat på ett mindre antal brukares svar, dock minst fem. För en del kommuner ingår brukare i både kommunens egen regi och annan regi (privat/ideell), för en del endast brukare i egen regi och för andra endast brukare i annan regi. Undersökningen har genomförts med ett webbaserat verktyg för enkäter, anpassat till personer med funktionsnedsättning.

Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Sammanfattande iakttagelser

- De brukare som har insatsen boendestöd är framförallt personer med psykisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa, men det är även vanligt att personer med psykisk sjukdom till följd av missbruk har beslut om boendestöd. Likaså är det relativt vanligt att personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism har insatsen. Personer som får boendestöd enligt SoL bör med andra ord ses som en heterogen grupp.
- Ökningen inom boendestöd har avstannat och mellan 2016 och 2017 skedde en minskning av antalet beslut, men insatsen är fortfarande den största bland insatser enligt SoL (0–64 år).
- År 2017 fattades totalt 7 660 nya beslut om boendestöd enligt SoL. Majoriteten av dessa gällde personer i åldern 30–64 år. De flesta brukare hade inte någon annan insats året innan ett första beslut om boendestöd. Ett fåtal hade någon form av stöd i hemmet, framförallt hemtjänst.
- Brukarbedömningar ger högt betyg åt verksamheterna, lägst skattning får frågan om brukarna vet vart de ska vända sig om något är dåligt.

³⁶ Brukarundersökningen genomfördes i 140 kommuner och alla brukare som besvarat enkäten har gjort det själva (med hjälp av exempelvis pictogram). Svarsfrekvensen var 57 procent (antalet svar var drygt 24 000 svar). Undersökningen genomfördes den 1 september–31 oktober 2018.

Meningsfull sysselsättning

I detta kapitel fördjupar Socialstyrelsen beskrivningen och analyserna av daglig verksamhet enligt LSS och dagverksamhet enligt SoL. I kapitlet fokuserar myndigheten både på kvalitet i den dagliga verksamheten samt på övergångar till arbetsmarknaden.

I förarbetena till LSS anges att den dagliga verksamheten bör kunna rymma såväl aktiviteter med habiliterande inriktning som mer produktionsinriktade uppgifter. Insatsen bör ha som syfte att bidra till den personliga utvecklingen och att främja delaktigheten i samhället. Ett övergripande mål bör vara att på kortare eller längre sikt utveckla den enskildes möjlighet till arbete.³⁷

Daglig verksamhet är den insats som ökar mest

Daglig verksamhet är den insats enligt LSS som ökar mest, i oktober 2017 hade 37 500 personer insatsen. Sedan 2007 har antalet ökat med 16 procent. Vid samma tidpunkt hade 5 340 personer biståndsbeslut om dagverksamhet enligt SoL.

Tabell 22. Sysselsättning för personer med funktionsnedsättning över tid

Antal personer med daglig verksamhet enligt LSS och dagverksamhet enligt SoL*, avrundade värden, 2012–2017,

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Daglig verksamhet enligt LSS	32 200	32 400	33 800	35 300	36 600	37 500
Sysselsättning enligt SoL	5 700	-	5 300	5 300	5 370	5 340

*0–64 år.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och register över insatser enligt socialtjänstlagen.

Många brukare ger högt betyg till daglig sysselsättning

Många brukare ger högt betyg till daglig verksamhet, det visar SKL:s brukarundersökning³⁸ (tabell 23). Mellan 70 och 80 procent av de brukare som besvarat enkäten upplever att de får bestämma över saker som är viktiga. Drygt 80 procent upplever att de får den hjälp de behöver. Skillnaden mellan kvinnor och män är liten, och är som högst tre procentenheter.

³⁷ Se prop. 1992/93:159 s. 90.

³⁸ Brukarundersökningen genomfördes i 140 kommuner och alla brukare som besvarat enkäten har gjort det själva (med hjälp av exempelvis pictogram). Svarsfrekvensen var 57 procent (antalet svar var drygt 24 000 svar). Undersökningen genomfördes den 1 september–31 oktober 2018.

Tabell 23. Brukarnas uppfattning om kvalitet i daglig verksamhet och dagverksamhet

Brukarnas bedömning av kvalitet i daglig verksamhet enligt LSS och dagverksamhet enligt Sol*, uppdelat på kön, samtliga kommuner ovägt medel, andel angivet i procent, 2018.

	Kvinnor	Män
"Får du bestämma om saker som är viktiga?"		
Daglig verksamhet enligt LSS	74	75
Dagverksamhet enligt Sol	75	72
"Får du den hjälp som du behöver?"		
Daglig verksamhet enligt LSS	85	85
Dagverksamhet enligt Sol	80	83
"Känner du dig trygg med alla i personalen?"		
Daglig verksamhet enligt LSS	82	82
Dagverksamhet enligt Sol	78	81
"Trivs du alltid på sin dagliga verksamhet/verksamhet?"		
Daglig verksamhet enligt LSS	83	85
Dagverksamhet enligt Sol	78	77
"Pratar personalen så du förstår?"		
Daglig verksamhet enligt LSS	75	75
Dagverksamhet enligt Sol	74	77
"Vet du vem du ska kontakta om något är dåligt?"		
Daglig verksamhet enligt LSS	91	89
Dagverksamhet enligt Sol	93	91

*0–64 år.

Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Ytterligare kunskap om kvalitet i daglig verksamhet fås från Riksförbundet FUB som konstaterar att det är stora kvalitetsskillnader mellan olika dagliga verksamheter, ibland även i en och samma kommun [17]. Riksförbundet lyfter även viktiga faktorer för en välfungerande dagliga verksamhet:

- riktiga arbetsuppgifter och meningsfulla aktiviteter
- personalens kompetens och engagemang
- flexibilitet och individuell anpassning vid utformning av den dagliga verksamheten.

Många brukare som har utflyttad daglig verksamhet i kommunal verksamhet eller på företag tycks nöjda, enligt FUB. En viktig förutsättning för att den utflyttade dagliga verksamheten ska upplevas som meningsfull och utvecklande är dock att den enskilde får individuell stöd i form av en kontaktperson eller handledare på arbetsplatsen [17]. FUB lyfter även några utmaningar, till exempel:

- centralisering av daglig verksamhet och allt större enheter
- bristande planering och bristande inflytande för den enskilde
- blandade grupper, av personer som har olika typer av funktionsnedsättning, förutsättningar och behov. [17]

Allt fler kommuner betalar ut habiliteringsersättning

Habiliteringsersättning syftar till att stimulera den enskilde att delta i verksamheten. Förutom den symboliska likheten med lön finns det ytterligare skäl som talar för att betala ut ersättning. Personer i daglig verksamhet har ofta kostnader för sitt deltagande, till exempel för arbetsresor och lunch. Av förarbetena till LSS förordas att huvudmannen betalar ut någon form av ersättning till den enskilde för medverkan i daglig verksamhet (Prop. 1992/93:159 s. 90).

Under 2018 betalade en majoriteten av landets kommuner (89 procent) ut habiliteringsersättning till personer med beslut om daglig verksamhet enligt LSS. Andelen har ökat med 1 procentenhet jämfört med föregående år och 4 procentenheter sedan 2016. [18]

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att under 2018 betala ut statsbidrag till kommunerna i syfte att införa eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt LSS (habiliteringsersättning).³⁹ Medlen kunde rekvideras från Socialstyrelsen till och med sista juni 2018.

Sammanlagt har 198 kommuner rekviderat medel från Socialstyrelsen, varav 24 kommuner inte hade habiliteringsersättning innan⁴⁰. Anledningarna till att så många kommuner valt att inte rekvidera medel är flera, bland annat har kommunerna kommunicerat osäkerhet kring var gränsen går för låg ersättning samt oro för långsiktigheten i statsbidraget. Som ett led i att stärka den långsiktiga hållbarheten har regeringen fattat beslut om att statsbidraget även får användas för att bibehålla en tidigare höjning⁴¹.

Fortfarande få övergångar till arbete

Möjligheterna att gå från daglig verksamhet enligt LSS till lönearbete uppmärksammas allt mer, både av regeringen och av andra aktörer. Fortfarande gör få personer denna övergång, de senaste uppgifterna från Socialstyrelsen visar att:

- I 33 procent av kommunerna har minst en person som deltagit i daglig verksamhet enligt LSS fått arbete på den reguljära arbetsmarknaden det senaste året. Motsvarande andel inom dagverksamhet enligt SoL är 47 procent.

³⁹ Uppdraget gavs till Socialstyrelsen i myndighetens regleringsbrev för 2018: "Socialstyrelsen ska fördela 350 000 000 kronor till kommunerna i stimulansbidrag för habiliteringsersättning under 2018. Medlen ska fördelas utifrån antalet deltagare som finns i daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i kommunen, enligt den senaste statistik som Socialstyrelsen har. Medlen ska rekvideras från Socialstyrelsen utan ansökningsförfarande. Socialstyrelsen ska ange de villkor som ska vara uppfyllda för att få del av medlen. Medel som inte har rekviderats, det datum som Socialstyrelsen beslutar, får fördelas till de kommuner som angivit att de önskar ta del av dessa medel."

⁴⁰ Jämförelse görs med öppna jämförelser av LSS våren 2018. Uppgifterna ska tolkas med viss försiktighet då det förekommer vissa bortfall i öppna jämförelser.

⁴¹ Ändring av regleringsbrev för budgetår 2019 för Socialstyrelsen, S2019/00637/FS.

- I 24 procent av kommunerna har minst en person som deltagit i daglig verksamhet enligt fått skyddat arbete det senaste året. Motsvarande andel för dagverksamhet enligt SoL är 39 procent. [18]

Detta betyder att i majoriteten av kommunerna gick ingen person med daglig verksamhet över till arbete eller praktikplats under det senaste året. Andelen har dock ökat några procentenheter sedan 2016.

Det saknas information om hur många av de med daglig verksamhet som har en arbetsförmåga som medger arbete eller praktikplats. Detta komplicerar resonemangen av övergångar från daglig verksamhet, eftersom det är svårt att avgöra hur stor andelen bör vara.

Inom ramen för årets lägesrapport har Socialstyrelsen valt att göra särskilda analyser av övergångar från daglig verksamhet enligt LSS till arbete eller utbildning, i syfte att öka kunskapen om målgruppen. Undersökningsgruppen utgjordes av personer som hade daglig verksamhet enligt LSS 2014, men inte 2015 och 2016, det vill säga personer som gjorde en varaktig övergång till arbete eller studier.

Undersökningsgruppen utgjordes av 878 personer⁴², och två år efter avslutad daglig verksamhet hade endast 72 av dessa personer inkomst från lönearbete (tabell 24). En tredjedel hade istället ålderspension (279 personer), vilket indikerar att relativt många som avslutar sin dagliga verksamhet gör det på grund av hög ålder.

Tabell 24. Inkomstkällor efter avslutad daglig verksamhet

Inkomstkällor för personer som hade daglig verksamhet enligt LSS år 2014 men inte år 2015 eller år 2016*, uppdelat på personkrets och kön, antal, 2016.

Inkomstkälla	Personkrets 1		Personkrets 2		Personkrets 3		Total
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
Förvärvsarbete	44	26	0	0	<5	0	72
Studerande	<5	<5	0	0	0	0	<5
Vård av barn/anhörig	0	<5	0	0	0	0	<5
Sjuk	<5	<5	0	0	0	0	5
Förtidspensionär	282	186	17	7	9	6	507
Ekonomiskt bistånd	5	<5	0	0	0	0	6
Arbetsmarknadspolitisk åtgärd	<5	<5	0	0	0	0	<5
Ålderspensionär	131	127	10	10	0	<5	279
Saknar inkomst	0	<5	0	0	0	0	<5

*Personer som avlidit mellan 2014 och 2016 har exkluderats.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt SCB:s register över aktivitetsbaserad statistik.

Samtidigt så visar analyserna att 507 personer hade aktivitets- eller sjukersättning två år efter avslutad daglig verksamhet, vilket kan betyda att de avslutat sin dagliga verksamhet utan att gå till någon annan verksamhet. Detta kan bero på flera saker, till exempel försämrad hälsa. Det även kan handla om att den dagliga verksamhetens utformning inte motsvarat behoven hos den enskilde.

⁴² Personer som avlidit har exkluderats.

Ekonomiskt bistånd minskade något i undersökningsgruppen, år 2014 (det vill säga sista året med daglig verksamhet) hade 17 personer ekonomiskt bistånd, år 2016 var antalet ner vid 6.

Socialstyrelsens analyser visar sammanfattningsvis att av de 32 400 som hade daglig verksamhet 2014 gick totalt 0,2 procent över till ett lönearbete eller sysselsättning som varade minst två år.

Att analysera inkomstkälla för att studera övergångar till arbetsmarknad är ett relativt trubbigt verktyg, men analyserna ger ändå viktig information om sysselsättning för de personer som avslutar sin dagliga verksamhet. Analyserna omfattar endast personer som avslutat sin dagliga verksamhet och inte återfick den inom två år. Det medför att det troligen förekom att ytterligare personer avslutade sin dagliga verksamhet, men som återfick den efter ett eller två år.

Även förutsättningarna för övergångar är begränsade

Forskning har identifierat flera hinder för personer med intellektuell funktionsnedsättning att komma i arbete, bland annat:

- Samverkan mellan olika aktörer, exempelvis olika regelverk samt bristande stöd i att gå från daglig verksamhet till ett lönearbete.
- Bristande flexibilitet i daglig verksamhet, som kan försvåra en stegvis övergång till arbetsmarknaden. [19]

Socialstyrelsens öppna jämförelser ger ytterligare kunskap om förutsättningar för övergång till arbete eller studier. Fortfarande har få kommuner överenskommelser om samverkan mellan LSS-verksamheter och Försäkringskassan samt Arbetsförmedlingen, knappt 15 procent (tabell 25) [18, 20]. Motsvarande andel är någon procentenhet högre inom socialpsykiatri.

Tabell 25. Samverkansöverenskommelser mellan kommuner och andra aktörer

Andel kommuner vars LSS-verksamheter eller socialpsykiatri har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad överenskommelse med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om samverkan i enskilda ärenden, uppdelat på verksamhet, andel angivet i procent, 2018.

Aktuell överenskommelse med...	LSS-vuxen	Socialpsykiatri
Försäkringskassan (vuxna)	13	16
Arbetsförmedlingen	12	16

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2018); Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, LSS (Socialstyrelsen, 2018).

Inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser redogörs för ytterligare förutsättningar för övergång till arbete:

- Andelen kommuner som har en rutin för att pröva möjligheten till arbete eller praktikplats för personer med daglig verksamhet enligt LSS varje år.
- Andelen kommuner som erbjuder arbetslivsinriktad rehabilitering genom IPS – supported employment till personer med psykisk funktionsnedsättning.

Andelen kommuner som svarar positivt på någon av ovanstående punkter är emellertid låg, vilket tyder på att förutsättningar för övergångar är begränsade. Endast 14 procent av kommunerna har rutiner för att årligen pröva den enskildes möjligheter till arbete eller praktikplats. En högre andel kommuner erbjuder IPS till personer med psykisk funktionsnedsättning, 40 procent⁴³. [20]

Statsbidrag främjar övergångar till arbetsmarknaden för personer med psykisk funktionsnedsättning

Socialstyrelsen har sedan 2009 regeringens uppdrag att årligen fördela statsbidrag enligt förordningen (2009:955) om statsbidrag till vissa juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning.

Enligt 1 § i förordningen är målen med statsbidraget att förstärka och komplettera kommunernas och landstingens insatser för att ge personer med en psykisk funktionsnedsättning ett varierat utbud av meningsfull sysselsättning, ökad valfrihet genom att urvalet av sysselsättningsplatser lokalt utökas och breddas. Det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning som möter betydande svårigheter i sin livsföring och som inte står till arbetsmarknadens förfogande

Personer med psykisk funktionsnedsättning som har en kommunal sysselsättning har vanligen dagverksamhet enligt SoL⁴⁴. Som ett komplement till kommunernas verksamhet fördelas ett statsbidrag till vissa juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning. I den senaste uppföljningen av statsbidraget konstaterar Socialstyrelsen att knappt 4 000 personer deltagit i organisationernas sysselsättningsverksamhet under 2017 (tabell 26) [21]. Omkring hälften av deltagarna var kvinnor. En stor del av deltagarna finns i åldersgruppen 30–59 år.

Tabell 26. Deltagare i sysselsättningsverksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning

Antal personer med psykisk funktionsnedsättning som deltagit i sysselsättningsverksamhet med stöd från statsbidrag, uppdelat på kön och ålder, avrundade värden, antal, 2017*

	Antal kvinnor	Antal män	Antal totalt
18–29 år	400	365	770
30–59 år	1 280	1 320	2 600
60+ år	320	305	625
Totalt	2 000	1 990	3 995

* I tabellen redovisas personer som under hela eller delar av året ingått i organisationernas verksamhet. Källa: Statsbidrag för juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsens återrapportering av 2017 års medel (Socialstyrelsen, 2018).

⁴³ Supported Employment (SE) är en metod utformad för att stödja personer med psykisk funktionsnedsättning till att få och behålla lönearbete. Grundtanken i SE är att alla människor har förmågor som kan utvecklas i rätt miljö samt att hitta arbetsplatser där hindren minimeras och förmågorna kan tas tillvara.

⁴⁴ Personer med psykisk funktionsnedsättning som tillhör LSS personkretsar tillhör för det mesta personkrets 3. Personer som tillhör denna personkrets har inte rätt till daglig verksamhet enligt LSS.

Nästan 80 procent av organisationerna uppgav att de i sin verksamhet arbetat efter en eller flera strukturerade arbetsmetoder. Vanliga metoder som används är bland annat:

- fontänhusmodellen
- supported Employment
- supported Education
- ett självständigt liv (ESL)
- motiverande samtal.

Nästan 60 procent av organisationerna anger att deras målgrupper har förändrats över tid. Överlag har det blivit fler kvinnor, unga vuxna och personer med utländsk bakgrund som deltagit i verksamheterna. Detta beror enligt organisationerna bland annat på riktat arbete mot dessa grupper men också på att grupperna på egen hand sökt sig till verksamheterna. Flera organisationer har även sett en ökning av personer med komplex problematik med exempelvis trauma och/eller dubbeldiagnoser. Några organisationer vittnar om en generell försämring av den psykiska hälsan hos sina deltagare där det förekommer att deltagare har avbrutit sin sysselsättning på grund av sin psykiska ohälsa.

Flera organisationer beskriver även en positiv utveckling hos sina deltagare. Dessa rör vanligen unga vuxna med lättare psykisk ohälsa som deltar aktivt i verksamheten och har tagit stora steg i sin personliga utveckling och sociala färdigheter. Flera av dessa berörda deltagare har under året fått arbete eller kommit i gång med studier.

Närmare var tionde gick vidare till arbete

Av de som deltagit i organisationernas verksamhet under 2017 har 334 personer, det vill säga åtta procent av deltagarna, fått arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Detta är dock en minskning jämfört med föregående år då 13 procent av deltagarna gått vidare till arbete. Andelen är jämnt fördelad mellan kvinnor och män.

Tabell 27. Övergångar från sysselsättningsverksamhet till arbete

Antal personer som gått vidare från sysselsättningsverksamhet till den reguljära arbetsmarknaden, uppdelat på kön och ålder, 2017.

	Kvinnor	Män	Totalt
18–29 år	47	40	87
30–59 år	113	117	230
60+ år	7	10	17
Totalt	167	167	334

Källa: Statsbidrag för juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsens återrapportering av 2017 års medel (Socialstyrelsen, 2018).

En lägre andel av deltagarna under 2017 gick vidare till studier, 5 procent. En stor del av dessa deltagare finns i åldersgrupperna 18–24 år och 30–59 år. Det är en något större andel kvinnor än män som gått vidare till studier, 56 respektive 44 procent.

Tabell 28. Övergångar från sysselsättningsverksamhet till studier

Antal personer som gått vidare från sysselsättningsverksamhet till studier, uppdelat på kön och ålder, antal, 2017.

	Kvinnor	Män	Totalt
18–29 år	58	46	104
30+ år*	63	51	114
Totalt	121	97	218

*På grund av "småtal" redovisas siffrorna för åldersgruppen 60+ tillsammans med åldersgruppen 30–59.

Källa: Källa: Statsbidrag för juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsens återrapportering av 2017 års medel (Socialstyrelsen, 2018).

Svårt att få deltagare att gå vidare till den reguljära arbetsmarknaden eller studier

I redovisningen uppger ett flertal organisationer att det är svårt att bidra till målet att få deltagare att gå vidare till den reguljära arbetsmarknaden eller till studier [21]. Detta avspeglar det faktum att många av deltagarna i verksamheterna på grund av sin psykiska ohälsa står långt från en anställning på den reguljära arbetsmarknaden. Organisationerna menar att ett första viktigt steg för dessa personer togs när de börjar i sysselsättningsverksamheten, men att det sedan kan vara en lång väg innan en återgång till den reguljära arbetsmarknaden kan ske.

Omkring 80 procent av organisationerna anger att de möter olika hinder när det gäller att få deras deltagare att närma sig arbetsmarknaden. Exempel på sådana hinder är:

- En rädsla hos arbetsgivare att anställa personer med psykisk funktionsnedsättning.
- Deltagarna kan ha svårt i konkurrensen om arbete eftersom många i målgruppen saknar fullgjord gymnasieutbildning, körkort och inte heller har förmåga att arbeta heltid.
- Svårigheter för deltagare att komma in på arbetsmarknaden då de varit sjukskriven och stått utanför arbetsmarknaden en längre tid.
- En stor del av deltagarna har dåligt självförtroende och betvivlar själva sin förmåga och kompetens.
- Svårigheter att hitta lämpliga arbetsmiljöer där det både finns passande arbetsuppgifter och en stöttande och förstående omgivning.

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

Sammanfattande iakttagelser

- Många brukare ger högt betyg till daglig verksamhet, det visar SKL:s brukarundersökning. Mellan 70 och 80 procent upplever att de får bestämma

över saker som är viktiga. Drygt 80 procent upplever att de får den hjälp de behöver. Skillnaden mellan kvinnor och män är liten, och är som högst tre procentenheter. Riksförbundet FUB lyfter i sin tur några utmaningar inom daglig verksamhet, till exempel:

- centralisering av daglig verksamhet och allt större enheter
- bristande planering och bristande inflytande för den enskilde
- blandade grupper, av personer som har olika typer av funktionsnedsättning, förutsättningar och behov.
- Majoriteten av landets kommuner betalar ut habiliteringsersättning till deltagare i daglig verksamhet enligt LSS, 89 procent.
- Märkbart få personer går från daglig verksamhet enligt LSS till arbete eller studier. Förekomsten av rutiner för att pröva arbetsförmåga är låg och samverkansöverenskommelserna är få, varför Socialstyrelsen kan konstatera att förutsättningarna för att möjliggöra övergångar kan öka.
- Statsbidraget för juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning för personer med funktionsnedsättning bidrar till att målgruppen får ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Samtidigt uppger majoriteten av organisationerna att de möter olika hinder när det gäller att få deras deltagare att närma sig arbetsmarknaden. Exempel på sådana hinder är en rädsla hos arbetsgivare att anställa personer med psykisk funktionsnedsättning och att deltagarna kan ha svårt i konkurrensen om arbete eftersom många i målgruppen saknar fullgjord gymnasieutbildning, körkort och inte heller har förmåga att arbeta heltid.

Jämlik vård

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen olika aspekter av jämlik vård inklusive tandvård, med fokus på både förutsättningar och utvecklingsarbete. Området lyfts i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (artikel 25 om hälsa och artikel 26 om habilitering och rehabilitering) [22]. Jämlik vård utgör även ett av Socialstyrelsens prioriterade områden [23]. I kapitlet *Tillgänglighet och digitalisering* tas tillgänglighet inom hälso- och sjukvården upp, det vill säga framkomlighet och användbarhet av tjänster, anpassad information och anpassade arbetssätt.

Varierande förutsättningar för jämlik vård

Socialstyrelsens undersökning om jämlik vård visar att 24 procent av vårdcentralerna i region Västerbotten, region Dalarna och region Skåne har en handlingsplan för hur patienter ska få en jämlik vård [22]. Av dessa har 36 procent inkluderat personer med vissa funktionsnedsättningar i handlingsplanen, exempelvis Downs Syndrom. Vidare uppger 26 procent av vårdcentralerna att de håller på och utarbetar en sådan handlingsplan.

Att var tredje handlingsplan lyfter personer med funktionsnedsättning är i sig positivt, samtidigt kan andelen öka. Personer med funktionsnedsättning har en sämre hälsa än övrig befolkning och den somatiska vården är inte alltid jämlik, det visar studier och analyser som bland annat Socialstyrelsen har gjort. Till exempel:

- Kvinnor med insatser enligt LSS löper en nästan fördubblad risk att dö i bröstcancer jämfört med andra bröstcancerpatienter⁴⁵ [24].
- Personer med insatser enligt LSS som insjuknar i cancer löper en fördubblad risk att dö i cancer jämfört med övriga cancerpatienter^{46 47} [24].
- Sannolikheten att få halskärlskirurgi utförd vid åderförkalkning⁴⁸ är lägre för personer med varaktig psykisk sjukdom som insjuknar i stroke, jämfört med övriga strokepatienter⁴⁹ [25].

För att vården för personer med funktionsnedsättning ska bli mer jämlik, är det angeläget att gruppen synliggörs i handlingsplaner med mera. Då ökar sannolikheten att lämpliga åtgärder också identifieras/vidtas, exempelvis vad gäller tillgänglighet och anpassningar.

⁴⁵ Riskkvot 1,66.

⁴⁶ Den fördubblade risken kvarstår även när andra dödsorsaker än cancer har uteslutits (så kallad orsaksspecifik dödlighet).

⁴⁷ Riskkvot 2,17.

⁴⁸ En orsak till hjärminfarkt kan vara att förkalkning (plack) orsakar en förträngning i halspulsådern. Halskärlskirurgi innebär ett ingrepp i halspulsådern vid förkalkning och bör skyndsamt utföras inom två veckor efter en infarkt i hjärnan i syfte att minska risken för en svårare eller dödlig infarkt. Ingreppet genomförs då förträngning av halspulsådern (karotisstenos) konstaterats med exempelvis ultraljudsundersökning. Förutsättningen för skyndsamt halskärlskirurgi är att symtom på hjärminfarkt behandlas akut.

⁴⁹ Riskkvot 0,6.

Kommunikationen vid vårdmötet fungerar inte alltid

En viktig förutsättning för jämlik vård är fungerande kommunikation, vilket bland annat ställer krav på en tillgänglig miljö och på kompetens hos personalen. Detta fungerar ofta men inte alltid för personer med funktionsnedsättning.

Tabell 29 visar hur verksamhetscheferna på vårdcentralerna bedömer att kommunikationen vid vårdmötet har fungerat. Drygt 85 procent av vårdcentralerna bedömer att kommunikationen fungerar ofta eller nästan alltid i vårdmöten med personer som har en hörselskada. Andelen är väsentligt lägre när det gäller vårdmöten med personer som har en dövblindhet, 33 procent. Utifrån verksamhetschefernas kommentarer i enkätundersökningen går att utläsa att patienter med kognitiv funktionsnedsättning ofta har stödpersonal eller anhöriga som kan assistera i patientmötet och att kommunikationen då fungerar bra. För personer med dövhet/dövblindhet tycks kommunikationen fungera väl när en tolk har bokats i förväg.

Tabell 29. Kommunikation vid vårdmöten

Personalens bedömning av hur ofta kommunikationen vid vårdmöten på vårdcentraler fungerat för vissa patientgrupper*, andelen angiven i procent, 2018.

Patienter med...	Nästan alltid	Ofta	Sällan	Aldrig/nästan aldrig	Vet inte/inte relevant
hörselskada	49	35	0	0	16
dövhet	36	32	4	2	26
vuxendövhet	34	23	6	4	32
dövblindhet	21	12	7	6	53
kognitiv funktionsnedsättning	30	50	4	3	13

*Kommunikationen ska ha fungerat tillräckligt bra för ett meningsfullt vårdmöte med eller utan tolk eller annat kommunikationsstöd. **Undersökningen genomfördes i region Västerbotten, Region Dalarna samt Region Skåne (N=80)

Källa: Jämlik hälso- och sjukvård – för vem? (Socialstyrelsens, 2019). Publicering april 2019.

Flera verksamheter uppger att de arbetar med att förbättra personalens möjligheter att kommunicera med enskilda patienter:

- I 26 procent av verksamheterna har personalen under det senaste året deltagit i utbildningar/seminarier i syfte att förbättra sin förmåga att delge information på ett sätt som är lätt att förstå.
- I 26 procent av verksamheterna finns tillgång till kommunikationsstöd, såsom strukturerat samtalsstöd för att försäkra sig om att patienten har förstått informationen.
- I 38 procent av verksamheterna har personalen tillgång till bildkort för att exempelvis visa patienter hur de ska ta sin medicin och för att patienter ska kunna förmedla var de har ont.
- I 35 procent av verksamheterna finns möjlighet att ge patienter information på ett språk hen förstår alternativt information på lättläst svenska. [22]

Var tredje kommun har samverkansöverenskommelser med landstingen

För att personer med funktionsnedsättning ska få sina behov tillgodosedda krävs många gånger insatser från flera aktörer. Stödet behöver dessutom ofta samordnas. Behovet av rutiner för samverkan är därför stort mellan LSS-området och andra verksamheter och huvudmän. Alla kommuners LSS-verksamheter har emellertid inte överenskommelser om samverkan med andra huvudmän. Trettio procent av kommunernas LSS-verksamheter har överenskommelser med landstingens vuxenpsykiatri, vilket är en minskning sedan föregående år (tabell 30). Andelen är någon procentandel högre för barnpsykiatri [26]. Det är färre kommuner som har överenskommelser om samverkan med landstingens habiliteringsverksamhet för vuxna, 25 procent. Motsvarande andel är något högre för barn- och ungdomshabiliteringen, 33 procent.

Tabell 30. Överenskommelser om samverkan mellan kommuners LSS-verksamheter och landstingen

Andelen kommuner som har en aktuell överenskommelse med landstingen om samverkan i enskilda ärenden, uppdelat på verksamhetsområden inom landstinget, andelen angiven i procent, 2018.

Aktuell överenskommelse med landstingens...	Andel	
	2017	2018
habiliteringsverksamhet för vuxna	27	25
vuxenpsykiatri	33	30
habiliteringsverksamhet för barn	34	33
barn- och ungdomspsykiatri	35	34
barn- och ungdomsmedicin	29	27

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, LSS (Socialstyrelsen, 2017 och 2018).

Personer med insatser enligt LSS behöver ofta insatser från habiliteringen och det är viktigt att stödet kring den enskilde samordnas. Socialstyrelsen anser därför att det är bekymmersamt att så få kommuner har samverkansöverenskommelser med exempelvis habiliteringsverksamheterna. Samtidigt kan samverkan mellan kommuner och landsting regleras i olika rutiner och andra former av överenskommelser, till exempel samordnad individuell plan (SIP)⁵⁰.

Alltfler kommuner har rutiner om att den enskilde ska informeras om sina möjligheter att få en SIP, men fortfarande saknar drygt hälften av kommunerna sådana rutiner:

- Inom socialpsykiatri är andelen 51 procent, motsvarande andel året innan var 43 procent.
- Inom LSS för barn och unga är andelen 48 procent, motsvarande andel året innan var 40 procent.

⁵⁰ När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska kommun och landsting tillsammans upprätta en individuell plan. Lagregeln om individuell plan finns både i 2 kap. 7 § SoL och i 16 kap. 4 § HSL.

- Andelen inom LSS för vuxna är 47 procent, motsvarande andel året innan var 40 procent. [18, 20]

Genom att ha rutiner säkerställer verksamheterna att brukarna får kännedom om dessa möjligheter.⁵¹ Det är därför positivt att andelen rutiner har ökat inom kommunernas verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning. Andelen är dock fortfarande låg och hälften av kommunerna saknar rutiner för att informera den enskilde om sina möjligheter att få en SIP.

Samtidigt uppger omkring 40 procent av vårdcentralerna som besvarade Socialstyrelsens enkät om jämlik vård att de samordnar vårdkontakter om patienterna ber om det⁵² [22]. Vidare framkommer att 66 procent av vårdcentralerna samordnar vårdkontakter när patienterna har särskilda behov, till exempel patienter med funktionsnedsättning.

Viss samordning sker även inom ramen för råd och stöd enligt LSS. I Socialstyrelsens uppföljning av statsbidraget inom området framkommer att planer är ett vanligt verktyg för att underlätta samordning, till exempel habiliteringsplan⁵³, individuell plan enligt LSS⁵⁴ eller SIP. Över hälften, 13 landsting, uppger dessutom att de har riktlinjer eller rutiner för samordning i enskilda ärenden av råd och stöd. [12] Nio av landstingen erbjuder personliga samordnare till personer i LSS personkrets samt till deras närstående. Med personlig samordnare avses en namngiven handläggare som fungerar som stöd för brukaren och närstående att hitta rätt i utbudet av vård, omsorg och service [12]. Flertalet av dessa landsting uppger att en personlig samordnare utses i samband med att en SIP upprättas. Tre landsting uppger vidare att de erbjuder en fast vårdkontakt⁵⁵, det vill säga en namngiven kontaktperson med ansvar att samordna vårdinsatserna.

Utvecklingsarbete pågår

Under de två senaste åren har medvetenheten ökat om jämlik vård för personer med funktionsnedsättning och på flera håll i landet finns exempel på hur verksamheter arbetar för en förbättring. I skriften *Hur skapar vi bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning* lyfter SKL goda exempel och pekar ut möjliga vägar framåt [27]. Några av exemplen som SKL lyfter är:

⁵¹ 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.

⁵² Avser vårdcentraler i region Västerbotten, Region Dalarna samt Region Skåne.

⁵³ Landstingen upprättar habiliterings- och rehabiliteringsplaner. Enligt 8 kap. 7 § HSL ska habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel planeras i samverkan med den enskilde. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

⁵⁴ I 10 § LSS finns bestämmelser om individuell plan (IP). I samband med att en insats enligt denna lag beviljas ska den enskilde erbjudas att en IP med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom eller henne. Den som har beviljats en insats ska när som helst kunna begära att en plan upprättas, om det inte redan har skett. I planen ska även åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget redovisas. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång om året.

⁵⁵ Enligt 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

- *Specialanpassade vårdcentraler.* I Sörmland finns specialanpassade vårdcentraler för personer som tillhör LSS personkrets ett och två, eller som har omfattande rörelsehinder såsom cerebral pares eller ryggmärgsbråck⁵⁶. För att förbättra vården för målgruppen infördes ett flertal åtgärder. Personalen har nu kompetens om personer med funktionsnedsättning och avsätter längre tid (en timme) vid varje besök. Vårdcentralens personal har regelbundna möten med habiliteringen och kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns dessutom ”vårdlotsar” som stöttar i att hitta rätt hjälp och tillser att årliga läkarkontroller genomförs.
- *Årliga läkarkontroller, speciellt utsedda habiliteringsläkare och regional, medicinsk riktlinje.* Västra Götalands-regionen har specialutsedda habiliteringsläkare och genomför årliga läkarkontroller av samtliga personer inom LSS-personkrets. Regionen har en medicinsk riktlinje vars syfte är att säkerställa en medicinskt säker och effektiv vård för vuxna med medfödd funktionsnedsättning. Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelning mellan primärvård, länssjukvård respektive vuxenhabilitering.
- Region Dalarna har infört *bildstöd* inom många delar inom landstingets verksamhet, till exempel primärvård, provtagning och inom psykiatrin. Initialt togs bildstödet fram som ett kommunikationsstöd vid möten med nyanlända (då tolk inte alltid fanns på plats eller att tillgå). Kommunikationsstödet visade sig vara användbart i kontakten med flera andra grupper, såsom personer med funktionsnedsättning, strokepatienter och vid demenssjukdomar.[27]

Ett annat perspektiv på jämlik vård och hälsa är barn med funktionsnedsättning och deras närstående. I ett nyligen publicerat kunskapsstöd lyfter Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) hälsa för barn och unga med flerfunktionsnedsättning, med fokus på bland annat fysisk aktivitet, sömn och munhälsa. Kunskapsstödet riktar sig primärt till närstående och till personal och innehåller både rekommendationer samt fakta och evidens. [28]

⁵⁶ Detta utifrån att de kunde konstatera att målgruppen ofta för illa. De sökte antingen ingen vård alls eller konsumerade stora mängder vård. För de personer som inte sökte vård var hälsan ofta kraftigt nedsatt när vården väl kopplades in. Ingen tog ansvar för patientgruppen, utan de hänvisades hela tiden vidare till andra vårdinrättningar.

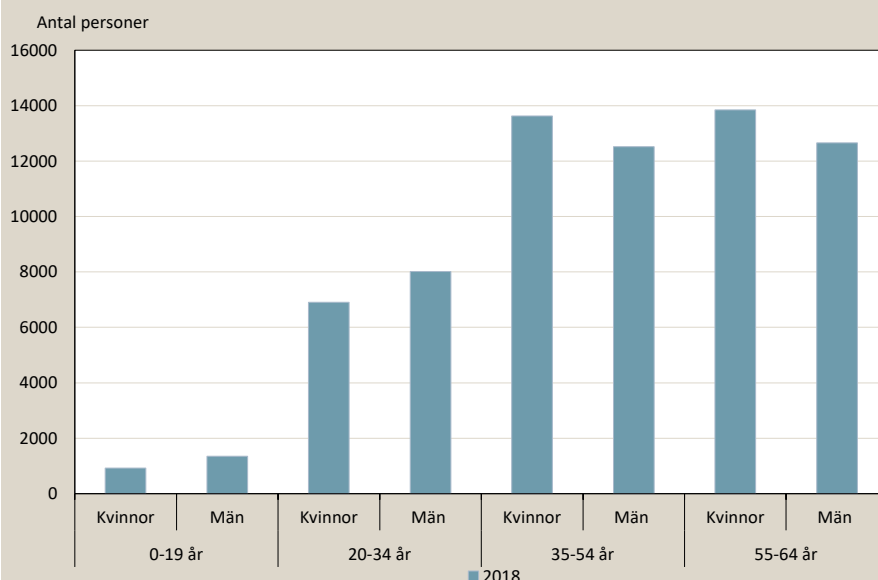
Vanligt med kommunal hälso- och sjukvård inom LSS

Kommuner har skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård till personer som efter beslut bor i särskilt boende enligt SoL eller i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. Kommunen ska även erbjuda hälso- och sjukvård åt dem som vistas i dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. (12 kap 1 § HSL). Därutöver får kommunen erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) efter överenskommelse med landstinget (12 kap. 2 § HSL). Sedan hösten 2015 ansvarar samtliga kommuner för den kommunala hälso- och sjukvården. Personer boende i bostad med särskild service för vuxna samt de som deltar i daglig verksamhet inkluderades i kommunernas ansvar i samband med att LSS började gälla i januari 1994. Stockholmskommunerna undantogs dock från övertagandet fram till 2015.

År 2017 hade knappt 70 000 personer 0–64 år kommunal hälso- och sjukvård, vilket motsvarar 0,7 procent av befolkningen [29]. Det är med andra ord en relativt liten andel i åldersgruppen som har kommunal hälso- och sjukvård. Könsfördelningen är jämn, 50 procent av personer med kommunal hälso- och sjukvård utgörs av kvinnor. Figur 8 visar att det finns viss könsskillnad mellan åldersgrupper; upp till 34 års ålder är männen i knapp majoritet, därefter är kvinnorna i majoritet.

Figur 8. Antal personer 0-64 år med kommunal hälso- och sjukvård

Antal personer 0-64 år med beslut om kommunal hälso- och sjukvård uppdelat på åldersgrupp och kön, 2018.



Källa: Officiell statistik över kommunal hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2018).

Många personer med beslut om insats enligt LSS har kommunal hälso- och sjukvård, det visar förstudie som Socialstyrelsen genomfört⁵⁷ I oktober 2017 hade

- 37 500 personer med daglig verksamhet enligt LSS även kommunal hälso- och sjukvård. Av dessa var 800 personer 65 år eller äldre.
- 27 800 personer med bostad med särskild service enligt LSS även kommunal hälso- och sjukvård. Av dessa var 3 700 personer 65 år eller äldre.

Regionala skillnader i tandvårdsstöd för personer med LSS-insatser

Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård är två delar av det tandvårdsstöd som kan ges till personer som omfattas av LSS eller som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser (8 a § tandvårdslagen (1985:125)). Uppsökande verksamhet innebär att personerna i målgruppen ska erbjudas en avgiftsfri uppsökande munhälsobedömning. Munhälsobedömningen ska innefatta en bedömning av behovet av munhygieninsatser och en preliminär bedömning av behovet av nödvändig tandvård (8 § tandvårdsförordningen (1998:1338)). Munhälsobedömningar inom uppsökande verksamhet innebär inte att personen erhåller tandvård vid dessa tillfällen. Den tandvård som eventuellt behövs ges inom tandvårdsstödet ges som nödvändig tandvård. Den nödvändiga tandvården ska enligt 9 § tredje stycket tandvårdsförordningen vara sådan tandvård som i det enskilda fallet påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala.

I Socialstyrelsens rapport *Utvärdering av tandvårdsstöden som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget* redovisas bland annat hur tandvårdsstöden når olika målgrupper [30]. En av målgrupperna är personer som omfattas av LSS⁵⁸. Myndigheten drar bland annat följande slutsatser:

- Det finns stora variationer mellan landstingen i hur många personer som tar del av tandvårdsstöden.
- Det är svårt att bedöma vilka personer som har rätt till tandvårdsstöd.
- Förfarandet kring läkarintyg för tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning beskrivs som krångligt, både av tandvården och av patient- och brukarorganisationer.
- Det finns behov av kompetensutveckling hos vård- och omsorgspersonal om tandvård och munhälsa.

⁵⁷ Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – en förstudie.

⁵⁸ Målgrupperna för tandvårdsstöden är följande: 1) Personer som omfattas av LS, 2) Särskilt boende: personer som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 12 kap. 1 § HSL och har ett omfattande behov av vård och omsorgsinsatser, 3) Hemsjukvård: personer som får hälso- och sjukvård i hemmet, 4) Egen bostad, omfattande behov av vård och omsorg: personer som bor i ordinärt boende och som har omfattande behov av vård och omsorg. Vården ges av hemtjänst eller av en närstående.

Olika tolkningar av i landstingens anvisningar

Socialstyrelsens utvärdering visar att landstingen tolkar ”omfattas av LSS” på olika sätt [30]:

- Sex av landstingen (Dalarna, Blekinge, Gotland, Kalmar, Örebro och Skåne) kräver att patienten ska ha en pågående insats för särskilt stöd och service via LSS.
- Fjorton av landstingen (Gävleborg, Jämtland/Härjedalen, Jönköping, Norrbotten, Stockholm, Värmland, Västerbotten, Västernorrland, Västra Götaland, Södermanland, Halland, Kronoberg, Uppsala, Västmanland) kräver att insatser enligt LSS ska vara beslutade eller beviljade⁵⁹. Flera landsting skriver att de även gör en individuell bedömning.
- I ett av landstingen (Östergötland) behöver patienten endast tillhöra personkretsen för att omfattas av LSS.

Socialstyrelsen har tidigare haft ett uppdrag att definiera och tydliggöra målgruppen för de särskilda tandvårdsstöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård [31]. Eftersom begreppet *omfattas av LSS* kan tolkas på olika sätt föreslog Socialstyrelsen inom ramen för ett tidigare uppdrag föreslagit att det av regleringen ska framgå att det krävs en beviljad insats enligt LSS för att ingå i målgruppen. De personer som inte har någon pågående LSS-insats kan ändå få del av tandvårdsstöden om de bedöms ha ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser

Få personer med insatser enligt LSS har fått nödvändig tandvård

Under perioden 2013–2016 fick knappt 900 personer per 100 000 med LSS insatser nödvändig tandvård, en knapp majoritet utgjordes av kvinnor. Andelen som fått nödvändig tandvård är något högre i särskilda boenden (tabell 31). Majoriteten av dessa (58 procent) tillhör personkrets ett, 2 procent tillhör personkrets två och 7 procent personkrets tre. Drygt 30 procent återfinns inte i Socialstyrelsens LSS-register vilket kan bero på att personerna får personlig assistans från Försäkringskassan och därför inte finns med i LSS-registret, det kan även förekomma felklassificeringar i statistiken.

Tabell 31. Andel per 100 000 invånare som har fått nödvändig tandvård

Andel unika personer per 100 000 invånare som har fått nödvändig tandvård minst en gång under perioden 1 januari 2013–31 december 2016, avser 14 landsting*, uppdelat på kön, åldersstandardiserade siffror**, andel angivet per 100 000 invånare.

Målgrupp	Män	Kvinnor	Samtliga
Omfattas av LSS	947	839	894
Särskilt boende enligt SoL	1 305	1 479	1 423
Hemsjukvård enligt HSL	206	207	207
Egen bostad, omfattande omsorg	841	800	822

*Avser Södermanland, Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Blekinge, Halland, Västra Götaland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna, Gävleborg och Västerbotten. Västerbottens läns landsting statistik endast för 2015–2016.

⁵⁹ Beslutade och beviljade insatser betyder samma sak.

**Åldersstandardisering är ett mått som underlättar jämförelsen mellan könen, olika regioner och olika år, genom att det eliminerar de skillnader som hänger samman med olikheter i ålderssammansättningen.

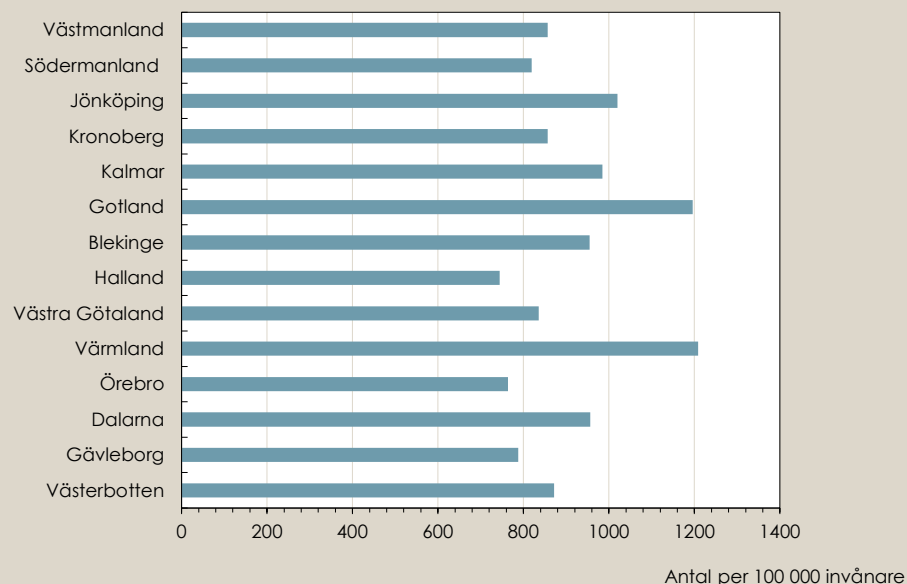
Källa: Utvärdering av tandvårdsstöden som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget (Socialstyrelsen, 2018).

Regionala skillnader i hur många personer som tar del av tandvårdsstöden

Det finns regionala skillnader i hur många personer med LSS-insatser som får nödvändig tandvård. Andelen varierar mellan 744 respektive 1 209 personer per 100 000 invånare i de olika landstingen (figur 9). Siffrorna är uppdelade per målgrupp inom nödvändig tandvård och ska tolkas med försiktighet, eftersom grupperna kan redovisas olika beroende på landsting.

Figur 9. Nödvändig tandvård för personer som omfattas av LSS, per landsting

Andel invånare som omfattas av LSS och som fått nödvändig tandvård minst en gång, per landsting*, åldersstandardiserade siffror**, andelen angivet i antal per 100 000 invånare, 2013–2016.



*Västerbottens läns landsting statistik endast för 2015-2016.** Åldersstandardisering är ett mått som underlättar jämförelsen mellan könen, olika regioner och olika år, genom att det eliminerar de skillnader som hänger samman med olikheter i ålderssammansättningen.

Teckenförklaring: punkt= värdet är noll, finns inget att redovisa. 0=mindre än 0,5.

Källa: Utvärdering av tandvårdsstöden som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget (Socialstyrelsen, 2018).

Personer som omfattas av LSS gör flest besök för nödvändig tandvård

Personer som omfattas av LSS gjorde genomsnittligen fler antal tandvårdsbesök för nödvändig tandvård under åren 2013–2016, jämfört med personer i särskilt boende, med hemsjukvård eller som bodde i ordinarie boende med omfattande vård och omsorg.

Tabell 32. Genomsnittligt antal besök för nödvändig tandvård

Genomsnittligt antal besök för nödvändig tandvård per person*, uppdelat på kön, i 14 landsting**, 2013–2016.

Målgrupp	Män		Kvinnor		Samtliga	
	Medel-värde	Median	Medel-värde	Median	Medel-värde	Median
Omfattas av LSS	6,9	6	6,9	6	6,9	6
Särskilt boende	4,7	3	5	3	4,9	3
Hemsjukvård	3,4	2	3,6	2	3,5	2
Egen bostad, omfattande vård och omsorg	5,4	4	5,2	3	5,3	3

* Personer som har avlidit under tidsperioden är exkluderade.** Avser Södermanland, Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Blekinge, Halland, Västra Götaland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna, Gävleborg och Västerbotten. Västerbottens läns landsting statistik endast för 2015–2016.

Källa: Utvärdering av tandvårdsstöden som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget (Socialstyrelsen, 2018).

Ovanligt med regelbundna tandvårdsbesök innan tandvårdsintyg utfärdats

Personer som omfattas av LSS är sällan regelbundna besökare till tandvården innan de fått intyg om nödvändig tandvård (tabell 33), det visar Socialstyrelsens analyser^{60 61}. Knappt 40 procent av de personer som omfattades av LSS gjorde minst ett regelbundet besök, vilket innebär att omkring 60 procent inte var regelbundna besökare.

Viktigt att notera är att uppgifterna endast gäller 12 landsting och att resultaten därför bör tolkas med försiktighet.

Tabell 33. Besök i tandvården innan intyg om nödvändig tandvård utfärdats

Andel regelbundna och oregelbundna besökare i tandvården innan intyget om nödvändig tandvård utfärdats, 12 landsting*, uppdelat på kön, andel angivet i procent, avser personer som är 25 år och äldre som har beviljats intyg om nödvändig tandvård under tidsperioden 1 januari 2013–31 december 2016.

Målgrupp	Kön	Regel-bundna besök*	Slutat besöka tandvården regelbundet**	Besökt tandvården akut***	Ej besökt tandvården****	Antal personer
Omfattas av LSS	Män	35	12	10	43	1 738
	Kvinnor	36	14	12	38	1 533
	Samtliga	36	13	11	41	3 271
Särskilt boende	Män	58	19	8	16	9 243
	Kvinnor	57	21	7	14	15 561

⁶⁰ Analyserna omfattade uppgifter om personer som har fått sitt tandvårdsintyg under perioden 2013–2016. Uppgifterna kommer från Landstinget Blekinge, Landstinget Dalarna, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jönköpings län, Region Kronoberg, Landstinget i Värmland, Västerbottens läns landsting, Region Västmanland, Västra Götalandsregionen, Landstinget i Kalmar län och Region Örebro.

⁶¹ En regelbunden besökare definieras som en person som har gjort något besök i tandvården för en basundersökning högst två år innan hans eller hennes beslut om nödvändig tandvård utfärdades.

Målgrupp	Kön	Regelbundna besök*	Slutat besöka tandvården regelbundet**	Besökt tandvården akut***	Ej besökt tandvården****	Antal personer
	Samtliga	57	21	7	15	24 804
Hemsjukvård	Män	65	16	8	12	1 383
	Kvinnor	66	17	7	10	1 805
	Samtliga	66	16	7	11	3 188
Egen bostad, omfattande vård- och omsorg	Män	62	15	9	14	4 797
	Kvinnor	65	16	8	11	5 781
	Samtliga	64	16	8	12	10 578

*Har varit på basundersökning både 0–2 år innan intygets utfärdande och 3–5 år innan intygets utfärdande. **Har varit på basundersökning >2 år innan intygets utfärdande, men inte gjort någon basundersökning 0–>2 år innan kortet. *** Har besökt tandvården någon gång under perioden 1/7 2008 - datum då intyget utfärdades, men de har aldrig gjort någon basundersökning. ****Har inte besökt tandvården mellan 1/7 2008 fram till intygets utfärdande. *****Har gjort en basundersökning 0–2 år innan utfärdandet av intyget men inte 3–5 år innan.

*Avser Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Blekinge, Halland, Västra Götaland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Västerbotten. Västerbottens läns landsting endast statistik för 2015–2016.

Källa: Utvärdering av tandvårdsstöden som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget (Socialstyrelsen, 2018).

Det finns en risk för att patienter som slutat ha regelbunden kontakt med tandvården endast gör besök i akuta fall. Tandvården registrerar inte besök i akuta fall separat. En tolkning är därför att personer som besökt tandvården men som inte gjort någon basundersökning enbart har gjort akuta besök. Detta eftersom revisionspatienter, det vill säga patienter som blir kallade regelbundet till tandvården, i regel inleder sin behandling med en basundersökning.

Ungefär 11 procent av de patienter som omfattas av LSS har endast besökt tandvården utan att göra någon basundersökning⁶². [30]

Sammanfattande iakttagelser

- En fjärdedel av vårdcentralerna i Region Västerbotten, Region Dalarna samt Region Skåne har en handlingsplan för jämlik vård, och av dessa har drygt var tredje inkluderat personer med funktionsnedsättning. För att vården ska bli mer jämlik för denna grupp är det viktigt att perspektivet synliggörs i handlingsplaner.
- En viktig förutsättning för vårdmötet är fungerande kommunikation. Majoriteteten av vårdcentralerna i Region Västerbotten, Region Dalarna samt Region Skåne uppger att, med hjälp av kommunikationsstöd, så fungerar detta nästan alltid i vårdmöten med personer som har en hörselskada eller kognitiv funktionsnedsättning. Andelen är väsentligt lägre när det gäller vårdmöten med patienter som har en dövblindhet.
- För att personer med funktionsnedsättning ska få sina behov tillgodosedda krävs det många gånger insatser från flera aktörer, och stödet behöver

⁶² Avser tidsperioden mellan den 1 juli 2008 och datumet för intygets utfärdande.

dessutom ofta samordnas. Förutsättningarna för samordning är dock fortfarande begränsade och till exempel har endast var tredje kommun samverkansöverenskommelse mellan sin LSS-verksamhet och habiliterings verksamhet. Samtidigt har alltför många kommuner rutiner om att den enskilde ska informeras om sina möjligheter att få en SIP, vilket är positivt. Fortfarande saknar dock hälften av kommunerna sådana rutiner inom LSS samt socialpsykiatri. Genom att ha rutiner säkerställer verksamheterna att brukarna får kännedom om dessa möjligheter.

- Kommunal hälso- och sjukvård ökar ibland personer 0–64 år, och år 2017 hade 0,7 procent av befolkning i denna åldersgrupp kommunal hälso- och sjukvård.
- Det finns regionala skillnader i tillgången till tandvårdsstöd för personer med insatser enligt LSS, andelen varierar mellan 744 respektive 1 204 per 100 000 invånare. Landstingen tolkar regelverket för tandvårdsstödet olika, det vill säga skrivningen ”omfattas av LSS” vilket riskerar att skapa ytterligare regionala skillnader.

Tillgänglighet och digitalisering

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom tillgänglighet och digitalisering, kopplat till funktionshindersområdet. Dessa områden lyfts i inriktningspropositionen för funktionshinderspolitiken samt i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (artikel 9 om tillgänglighet) [32]. Digitalisering har även koppling till ett av Socialstyrelsens prioriterade områden, e-hälsa [23].

Tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning varierar

Omkring 25 procent av vårdcentralerna har tagit fram en handlingsplan för tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning, det framkommer av Socialstyrelsens undersökning om jämlik vård⁶³. Ytterligare 18 procent av vårdcentralerna uppger att de arbetar med att ta fram en sådan plan. [22]

En handlingsplan är en viktig förutsättning för ett systematiskt tillgänglighetsarbete [33]. 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. Resultaten får ur det perspektivet därför anses vara relativt lågt.

En jämförelse med andra studier visar att andelen inte tycks ha ökat något under den senaste tioårsperioden. Socialstyrelsens tidigare kartläggningar visar att år 2010 hade 24 procent av vårdcentralerna en handlingsplan för systematiskt tillgänglighetsarbete, år 2016 var motsvarande 44 procent [1, 34]. Dessa uppgifter är inte fullt ut jämförbara med ovan undersökning från 2018, eftersom det handlar om olika urval och enkätfrågor. Samtidigt kan det varierande resultatet över tid vara en indikation på att handlingsplaner för tillgänglighet ofta tas fram som punktinsatser.

Tabell 34. Fysisk tillgänglighet och anpassad information på vårdcentraler

Förekomst av förbättringsarbete rörande fysisk tillgänglighet och anpassad information på vårdcentraler*, andel angivet i procent, 2018. (N=80)

	Ja, vi arbetar för att förbättra detta	Nej, tillgängligheten är tillräcklig	Nej, men vi planerar att arbeta med detta	Nej	Vet inte/kan inte ange
Fysisk tillgänglighet för..					
...patienter med nedsatt rörelseförmåga	33	52	2	7	7
...patienter med nedsatt hörsel	20	39	9	24	8
...patienter med nedsatt syn	22	35	6	26	11

⁶³ Undersökningen genomfördes i region Västerbotten, Region Dalarna samt Region Skåne (N=80).

	Ja, vi arbetar för att förbättra detta	Nej, tillgängligheten är tillräcklig	Nej, men vi planerar att arbeta med detta	Nej	Vet inte/kan inte ange
...patienter med allergi/överkänslighet	29	42	4	15	10
Information i alternativa format	35	13	13	25	13
Kommunikation via e-tjänster	63	18	10	2	7

*Undersökningen genomfördes i region Västerbotten, Region Dalarna samt Region Skåne (N=80).

Källa: Jämlik hälso- och sjukvård – för vem? (Socialstyrelsen, 2019). Publicering april 2019.

Uppgifter från patientenkäten kompletterar ovan resultat. I Region Skåne innehåller patientenkäten frågor om tillgänglighet och de senaste resultaten indikerar att många patienter upplever tillgänglighet som god:

- 98 procent uppgav att de inte hade svårigheter att förflytta sig i lokalerna.
- 98 procent uppgav att inte hade svårigheter att ta sig in i lokalerna.
- 97 procent uppgav att de inte hade svårigheter att hitta i lokalen.
- 94 procent hade inte svårt att höra när deras namn ropades upp.
- 98 procent upplevde inga svårigheter att vistas i lokalerna på grund av parfymdoft eller material.

Uppgifterna från patientenkäten ska tolkas med viss försiktighet på grund av låg svarsfrekvens⁶⁴. Patientenkäten besvarades dessutom av personer med varierande funktionsförmåga och det är därför sannolikt att dessa frågor besvarats av många utan funktionsnedsättning.

Oavsett hur tillgänglig verksamheten är förekommer det att personer med funktionsnedsättning har svårt att ta sig till vårdcentralen. Därför är möjligheten till hembesök en viktig aspekt för att vården ska bli så jämlik som möjligt för personer med funktionsnedsättning. Drygt 70 procent av vårdcentralerna i Socialstyrelsens undersökning (74 procent) uppger att de har möjlighet att erbjuda hembesök till alla patienter, i särskilda situationer. Vidare anger 16 procent att de har möjlighet att erbjuda personer med funktionsnedsättning hembesök, förutom de som kan ha svårt att ta sig till vårdcentralen kan det även gälla personer med insatser enligt LSS. [22]

En annan aspekt av tillgänglighet är längden på besökstiden, exempelvis för personer med intellektuell funktionsnedsättning eller för personer med kommunikationssvårigheter. Drygt hälften av vårdcentralerna (56 procent) anpassar längden på besökstiden utifrån patientens behov oavsett patientgrupp och nästan alla för någon eller några patientgrupper (97 procent). En fjärdedel (24 procent) av vårdcentralerna uppger dessutom att de anpassar besökstiden för personer med funktionsnedsättning. [22]

⁶⁴ Svarsfrekvensen var 37 procent.

Långsam utveckling av e-tjänster inom funktionshindersverksamheter

E-tjänster ska stödja och underlätta för den enskilde och effektivisera verksamheten. De ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar samt vara ett komplement till andra former av service och kontakt med socialtjänsten. E-tjänsterna får däremot inte innebära en försämring för den stora grupp människor som inte använder internet. [34]

Utvecklingen inom socialtjänstens e-hälsa går långsamt, det konstaterar Socialstyrelsen i sin senaste uppföljning [35]. Resultaten för verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning⁶⁵ visar att:

- 18 procent av kommunerna erbjuder digital ansökan om bistånd eller insats.
- 1 procent erbjuder chattforum
- 5 procent erbjuder frågelåda
- 4 procent erbjuder säker kommunikation med socialtjänsten.

Ett fåtal kommuner nämner dessutom möjligheten att få text uppläst eller översatt till lättläst.

Att inte erbjuda den enskilde möjligheten att kommunicera, boka tid med sin handläggare eller ansöka om bistånd digitalt innebär en begränsning för den enskilde att själv styra över sin kontakt med socialtjänsten. För personer med vissa funktionsnedsättningar kan digitala lösningar dessutom vara ett mer tillgängligt alternativ att kommunicera med socialtjänsten. Många andra samhällsfunktioner har öppnat upp för självservice och digitala kommunikationskanaler, vilket medför att kontakterna mellan den enskilde och myndigheten till större del sker på den enskildes villkor. Resultaten från ovan uppföljning visar att socialtjänsten inte följer med i denna utveckling och att möjligheterna till kontakt med socialtjänsten begränsas för personer med funktionsnedsättning. [35]

Det är således få kommuner vars funktionshindersverksamheter erbjuder e-tjänster för brukare. Skillnaden är dock liten jämfört med andra verksamhetsområden inom socialtjänsten. Det skiljer endast någon procentenhet från resultaten för exempelvis äldreomsorgen, missbruksområdet, barn och unga.

Utvecklingen går dock i positiv riktning. Andelen kommuner med webbaserade ansökningar inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning har ökat mellan 2014 och 2018, från 7 till 18 procent. Förändringen är inte lika stor som inom äldreomsorgen eller inom ekonomiskt bistånd, där ökningen under motsvarande period var 7 till 23 procent respektive 3 till 16 procent. [35]

⁶⁵ Avser både insatser enligt LSS och SoL.

Tabell 35. Förekomst av välfärdsteknik inom särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning

Andel kommuner som erbjuder olika typer av välfärdsteknik i boenden enligt LSS eller SoL, andel angivet i procent, 2016–2018.

Typ av välfärdsteknik	2016	2017	2018
	N=236	N=238	N=232
Passiva larm	81	87	83
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	21	47	50
GPS-larm*	-	-	35
Utrustning för påminnelse om till exempel mediciner	17	25	23
Trygghetskameror	5	8	16
Annat	9	8	8

*Frågan ställdes inte uppföljningarna som genomfördes 2016 och 2017.

Källa. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2018. Redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna (Socialstyrelsen, 2018).

E-tjänster för personalen är fortfarande relativt ovanligt inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning. Hälften av kommunerna kan erbjuda vårdplanering eller samordnad individuell vårdplanering med stöd av video för brukare som bor i boenden enligt LSS eller SoL (tabell 35). Andelen har ökat, år 2016 var andelen 21 procent.

Välfärdsteknik finns i begränsad utsträckning i boenden för personer med funktionsnedsättning, med undantag av passiva larm:

- I 23 procent av kommunerna finns tillgång till påminnelseutrustning för mediciner.
- Trygghetskamera för nattillsyn i stöd- och serviceboenden finns i 16 procent av kommunerna.
- Passiva larm återfinns i över 80 procent av kommunerna.
- I 35 procent av kommunerna finns det gps-larm för de som bor i stöd- och serviceboenden.
- Andelen kommuner där boenden har trygghetskameror har ökat, från 5 procent 2016 till 16 procent 2018.

Annan förekommande välfärdsteknik är robotkatt, robotarm, Pict-o-stat, epilepsi-larm, röst- och ljudlarm och digitala signeringslistor för medicin. [35]

Många vårdcentraler erbjuder alternativa informationsvägar

Även om digitalisering kan innebära ökad tillgänglighet för många personer med funktionsnedsättning kan otillgängliga webbplatser eller bristande tillgång till internet medföra behov av alternativa kommunikationsvägar. Inom ramen för Socialstyrelsens undersökning om jämlik vård uppger hälften av vårdcentralerna att det finns möjlighet att boka tid på andra sätt än via dator eller telefon, 51 procent (tabell 36).

Tabell 36. Anpassad tidsbokning och information på vårdcentraler

Antal vårdcentraler* som erbjuder anpassade möjligheter för tidsbokning samt anpassad information, andel angivet i procent, 2018.

	Ja	Nej	Vet inte/kan inte ange
Möjlighet att boka tid på vårdcentralen utan att använda dator eller telefon	51**	4	0
Säkerställer att patienter som inte har tillgång till internet får samma information som andra patienter	76	13	11

*Undersökningen genomfördes i region Västerbotten, Region Dalarna samt Region Skåne. **Avser möjlighet att boka tid i reception.

Källa: Jämläk hälso- och sjukvård – för vem? (Socialstyrelsen, 2019). Publicering april 2019.

Majoriteten av vårdcentralerna arbetar dessutom för att säkerställa att patienter som inte har tillgång till internet får tillgång till samma information som andra patienter, 76 procent. Exempel på andra lösningar är information i pappersform, informationsmaterial i väntrum och muntlig information vid vårdtillfället. [22]

Begränsad tillgång till internet för brukare

Den digitala delaktigheten i exempelvis gruppboenden är fortfarande begränsad [35]. Omkring 60 procent av kommunerna anger att de kan erbjuda internetanslutning för personer som bor i boenden enligt LSS eller SoL. Flera kommuner uppger att internetuppkoppling bara finns i vissa boenden. Andra kommuner menar att det är upp till den enskilde att teckna och bekosta internetabonnemang i sin bostad. Några kommuner beskriver att de planerar att införa möjligheter till internetuppkoppling i särskilda boenden. Möjlighet för den enskilde att koppla upp sig på internet har dock ökat mellan 2016 och 2018, från 44 procent till 61 procent.

Ytterligare uppgifter om tillgång till internet fås via Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada). I databasen redovisas uppgifter om andel boendeplatser enligt LSS där den boende har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet eller lägenheten. Uppgifter för 2018 visar att 74 procent av boendeplatserna i landet har möjlighet till detta, vilket är en ökning från året innan med 7 procentenheter. [36]

Sammanfattande iakttagelser

- Förekomsten av e-tjänster är fortfarande låg inom socialtjänstens verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning. År 2018 erbjöd 18 procent av kommunerna digital ansökan om bistånd eller insats inom funktionshindersområdet. Sedan 2014 har denna andel ökat med 11 procentenheter.
- En fjärdedel av vårdcentralerna har tagit fram en handlingsplan för ökad tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning, ytterligare 17 procent håller på att ta fram en sådan plan. 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. Resultaten får ur det perspektivet därför anses vara relativt lågt.

- Oavsett hur tillgänglig verksamheten är förekommer det att personer med funktionsnedsättning har svårt att ta sig till vårdcentralen. Drygt 70 procent av vårdcentralerna uppger att de har möjlighet att erbjuda hembesök till alla patienter, i särskilda situationer. Vidare anger 16 procent att de har möjlighet att erbjuda personer med funktionsnedsättning hembesök, förutom de som kan ha svårt att ta sig till vårdcentralen kan det även gälla personer med insatser enligt LSS.
- En annan aspekt av tillgänglighet är längden på besökstiden, exempelvis för personer med intellektuell funktionsnedsättning eller för personer med kommunikationssvårigheter. Drygt hälften av vårdcentralerna anpassar längden på besökstiden utifrån patientens behov oavsett patientgrupp och nästan alla för någon eller några patientgrupper. En fjärdedel av vårdcentralerna uppger dessutom att de anpassar besökstiden för personer med funktionsnedsättning. Detta torde öka förutsättningarna för jämlik vård för gruppen, men samtidigt är andelen fortfarande låg.
- Den digitala delaktigheten i exempelvis gruppboenden inom LSS är begränsad. Omkring 60 procent av kommunerna anger att de kan erbjuda internetanslutning för personer som bor i stöd- och serviceboenden. Andelen har ökat över tid.

Självbestämmande och inflytande

Såväl socialtjänstens verksamhet som hälso- och sjukvårdens ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet⁶⁶. Detta lyfts även i FN:s konvention om barnets rättigheter (artikel 12 om barns rätt att uttrycka sin åsikt) och konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (artikel 12 om rättskapacitet och beslutsfattande med stöd). I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för delaktighet och självbestämmande inom LSS, både ur ett verksamhets- och ett brukarperspektiv.

Vanligt med genomförandeplaner

Socialtjänstens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 § SoL). När det gäller insatser enligt LSS ska individen i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges (6 § LSS). Ett verktyg för detta är genomförandeplanen. En genomförandeplan syftar till att skapa en tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Det är viktigt att planen upprättas hos utföraren med hänsyn tagen till den enskildes självbestämmande och integritet. Stöd för att arbeta med genomförandeplan finns i allmänna råd (6 kap. 2 § SOSFS 2014:5).

Majoriteten av personer med bostad med särskild service för vuxna eller daglig verksamhet har en aktuell genomförandeplan (tabell 37). Andelen är något högre inom boenden, 95 procent. Andelen brukare som har en genomförandeplan har ökat med en procentenhet jämfört med föregående år, både inom bostad med särskild service för vuxna och inom daglig verksamhet.

Tabell 37. Förekomst av genomförandeplaner inom LSS

Förekomst av genomförandeplaner, individuella mål i genomförandeplaner och dokumentation om delaktighet i genomförandeplaner, uppdelat på LSS-insats, andel angiven i procent, 2018.

	Bostad med särskild service för vuxna		Daglig verksamhet	
	2017	2018	2017	2018
Aktuell genomförandeplan	94	95	91	92
Individuella mål i genomförandeplan	87	90	88	89
Dokumentation om delaktighet i genomförandeplan	84	88	82	85

Källa: Enhetsundersökning LSS (Socialstyrelsen; 2018).

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

I genomförandeplanen bör det framgå vilket eller vilka mål som gäller dels för insatsen, dels för varje aktivitet⁶⁷. Detta framgår i de flesta planer, men inte alla. Omkring 90 procent har en aktuell plan som innehåller individuellt utformade mål (tabell 37).

Förutsättningar för delaktighet behöver anpassas till den enskilde. Det bör därför framgå av genomförandeplanen på vilket sätt den enskilde har varit delaktig⁶⁸. Knappt 90 procent av individerna hade en genomförandeplan som innehöll sådan dokumentation, 88 procent på boenden för vuxna respektive 85 procent på dagliga verksamheter.

Självbestämmande högst i serviceboenden

Ytterligare perspektiv på självbestämmande inom olika boendeformer fås via SKL:s brukarundersökning⁶⁹. På frågan "Får du bestämma över saker som är viktiga" svarar majoriteten av brukarna ja (tabell 38). Andelen varierar mellan boendeformer och var som högst i servicebostäder enligt LSS. Att självbestämmandet upplevs som högre i denna boendeform kan förklaras av att servicebostäder är en boendeform där brukarna bor i lägenheter med tillgång till gemensam service. Stödet är dock inte lika omfattande som i gruppboendestäder.

Det finns vissa skillnader mellan kvinnor och män, men de är små. Den största skillnaden återfinns inom särskilt boende enligt SoL, där 66 procent av männen upplever att de får bestämma över saker som är viktiga. Motsvarande andel för kvinnorna är högre, 70 procent.

Antalet kommuner som deltar i brukarundersökningen ökar för varje år, varför förändringar över tid även kan bero på att ytterligare kommuners resultat räknas in.

Tabell 38. Brukarinflytande i boenden enligt LSS och SoL

Andelen brukare som svarat ja på frågan "Får du bestämma över saker som är viktiga?", uppdelat på kön, boendeform och sysselsättning, andel angiven i procent, 2016 och 2018.

	2016		2018	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
"Får du bestämma över saker som är viktiga?"				
Särskilt boende enligt SoL	69	74	70	66
Gruppboestad enligt LSS	76	72	76	77
Servicebostad enligt LSS	79	86	78	78

Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Ett sätt att säkra gruppens inflytande är att använda olika metoder för brukarinflytande. Regelbundna möten för att diskutera gemensamma frågor (som

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

⁶⁸ Allmänna råd 6 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

⁶⁹ Brukarundersökningen genomfördes i 140 kommuner och alla brukare som besvarat enkäten har gjort det själva (med hjälp av exempelvis pictogram). Svarsfrekvensen var 57 procent (antalet svar var drygt 24 000 svar). Undersökningen genomfördes den 1 september–31 oktober 2018.

exempelvis gemensamma aktiviteter eller den gemensamma boendemiljön) är ett sätt att främja brukarnas inflytande i verksamheten [37]. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att knappt hälften av boenden för vuxna enligt LSS använder metoder för inflytande i form av gemensamma möten, 48 procent. Motsvarande andel inom dagliga verksamheter är 62 procent.[38]

Under 2017 har Socialstyrelsen publicerat flera kunskapsstöd som handlar om delaktighet och självbestämmande, till exempel *Vägar till ökad delaktighet* [39]. Dessa torde öka förutsättningar för brukarinflytande ytterligare.

Begränsade förutsättningar för barn att komma till tals

Socialstyrelsens uppföljning av barnperspektivet inom LSS-handläggning bidrar med kunskap om förutsättningar för barns självbestämmande [40].

För att lättare informera barn om olika LSS-insatser kan en kommun ta fram eget material såsom broschyrer för barn med lokalt anpassade texter och bilder. Socialstyrelsens uppföljning visar dock att detta inte är vanligt förekommande, endast 22 procent av kommunerna har tagit fram eget material anpassat för barn med funktionsnedsättning (tabell 39). Flera kommuner anger emellertid att det finns planer på att ta fram sådant material.

Tabell 39. Information om LSS utformad för barn

Andel kommuner som tagit fram LSS-information utformad för barn, andel angivet i procent, 2018. (N=221)

	Andel
Ja, använder	22
Nej, använder inte	75
Vet inte	4
Total	100

Källa: Uppföljning av barnkonventionens genomslag vid tillämpning av LSS (Socialstyrelsen, 2019).

De kommuner som tagit fram eget material uppger att det till exempel kan handla om ett kort brev skrivet från handläggare till barnet (ett så kallat ”barnbrev”) eller lokalt framtagna filmer. I vissa kommuner finns lokalt framtaget material om utredningsprocessen och handläggarens roll, men inte om de olika insatserna.

I samtal med barn som har kommunikationssvårigheter är tillgången till alternativ kompletterande kommunikation (AKK) viktig⁷⁰ I knappt hälften (45 procent) av kommunerna har handläggare av LSS-ärenden för barn tillgång till någon form av kommunikationsstöd. Exempel på kommunikationsstöd är tecken eller bildstöd.

⁷⁰ AKK är en samlingsterm för insatser som avser att förbättra en människas möjligheter att kommunicera. AKK står för Alternativ och Kompletterande Kommunikation och innebär att man kompletterar eller ersätter ett bristfälligt tal eller språk. Förutom uttrycksätt som kroppsspråk och gester (ibland kallade naturliga AKK-former), finns specifika AKK-former som tecken, bilder, blissymboler och ord. Behov av AKK finns i olika grupper med funktionsnedsättningar. AKK är inte bara till för den som har en funktionsnedsättning, utan också för omgivningen.

Tabell 40. Tillgång till kommunikationsstöd vid samtal med barn

Andel kommuner där LSS-handläggare har tillgång till någon form av kommunikationsstöd vid samtal med barn, andel angivet i procent, 2018. (N=221)

	Andel
Ja	45
Nej	51
Vet inte	4
Total	100

Källa: Uppföljning av barnkonventionens genomslag vid tillämpning av LSS (Socialstyrelsen, 2019).

Kommunerna beskriver att de som stöd i arbetet att kommunicera med barnet använder teckentolk, arbetsterapeut eller annan kompetens från habiliteringen. Dessutom kan föräldrarna eller skolpersonal som känner barnet hjälpa till vid samtalen. Exempel på hjälpmedel som handläggarna har tillgång till i kommunerna är samtalsmatta, bildstöd, kortspel och känslokort med mera. Ett så kallat KAT-kitt (KAT står för Kognitiv Affektiv Träning) nämns av flertalet kommuner vilket innehåller bland annat bilder och figurer som visar olika ansiktsuttryck. KAT-kitt finns även som en app-version till dator eller på surfplatta. Det förekommer även att kommunikationsstöd finns i en verksamhet men att det ändå inte används i någon större utsträckning.

Inom ramen för Socialstyrelsens uppföljning framkommer även hinder för att fånga upp barnets vilja:

- Kommunikation med barnet, både till följd av att barnet kan ha kommunikationssvårigheter till följd av sin funktionsnedsättning men också på grund av bristande kunskap om alternativ kommunikation hos handläggare.
- Svårt att fånga in barnets vilja om något som ligger i framtiden i de fall barnets funktionsnedsättning gör det svårt för barnet att kognitivt förstå.
- Föräldrarna tycker inte det är lämpligt att barnet är med på mötena.

Sammanfattande iakttagelser

- De flesta brukare i daglig verksamhet och i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS har genomförandeplaner, men alla genomförandeplaner innehåller inte individuella mål. Inte heller framgår det alltid hur den enskilde varit delaktig. Andelen har emellertid ökat från föregående år.
- Många brukare inom särskilda boendeformer och daglig verksamhet bedömer att de har möjlighet att bestämma över sådant som är viktigt. Samtidigt uppger knappt hälften av verksamheterna att de använder gemensamma möten som en metod för brukarinflytande, vilket indikerar att förutsättningarna för inflytande kan stärkas ytterligare.
- Förutsättningarna för självbestämmande för barn med funktionsnedsättning är begränsade. Var femte kommun har tagit fram material om LSS-insatser som har anpassats för barn. I knappt hälften (45 procent) av kommunerna har handläggare av LSS-ärenden för barn tillgång till någon form av kommunikationsstöd.

Helhetssyn och individfokus

I detta kapitel lyfter Socialstyrelsen frågor som särskilda grupper eller perspektiv: våldsutsatthet bland kvinnor med funktionsnedsättning, jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet, socialpsykiatrins målgrupp⁷¹ samt förekomst av psykisk ohälsa.

Våldsutsattheten uppmärksammas alltmer

I tidigare lägesrapporter har Socialstyrelsen uppmärksammat den förhöjda våldsutsattheten bland personer med funktionsnedsättning, liksom att det finns brister i stödet [1, 8]. I årets lägesrapport fortsätter Socialstyrelsen att belysa området.

Kvinnor med funktionsnedsättning är nästan dubbelt så utsatta

Kvinnor med funktionsnedsättning har en högre våldsutsatthet än andra kvinnor. I exempelvis en europeisk studie om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning uppgav 34 procent av kvinnorna med funktionsnedsättning att de utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld efter 15 års ålder. Motsvarande andel bland övriga kvinnor var 19 procent. [41]

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

- blir kvinnor med funktionsnedsättning våldsutsatta under längre perioder än andra kvinnor
- löper kvinnor med funktionsnedsättning större risk än andra kvinnor att utsättas för fysiskt våld såväl före som under graviditet
- är kvinnor med funktionsnedsättning betydligt mer utsatta för övergrepp av vårdpersonal och andra vårdgivare [41].

Under de senaste åren har våldet mot flickor och kvinnor uppmärksammas. Funktionshindersperspektivet lyftes i den svenska debatten som följde efter initiativet *#metoo* och i januari 2018 överlämnades uppropet *#slutvillkorat* till regeringen⁷². I uppropet ställs bland annat krav på

- att hälso- och sjukvården och socialtjänsten och andra verksamheter som arbetar med våld mot kvinnor har funktionshinderskompetens och kunskap om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning

⁷¹ Med socialpsykiatri avses i denna rapport socialtjänstens stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning.

⁷² <http://slutvillkorat.nu/upprop.html>

- att de färdtjänstchaufförer som blir anklagade för sexuella övergrepp ska bli avstängda under utredningen
- att kvinnojourer är tillgängliga för kvinnor med funktionsnedsättning.

Under hösten 2018 genomfördes den nationella satsningen *#upptäck våldet*⁷³. Satsningen syftade till att öka kunskapen inom socialtjänsten och närliggande yrkesområden, om våld och sexuella övergrepp riktade mot bland annat flickor och kvinnor med funktionsnedsättning och mot äldre kvinnor. Satsningen genomfördes av Socialstyrelsen i samverkan med Jämställdhetsmyndigheten, länsstyrelserna och Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK).

Fortfarande begränsade förutsättningar att upptäcka våldsutsatthet inom LSS-verksamheter

Våldsutsattheten hos personer med funktionsnedsättning uppmärksammas med andra ord alltmer och i flera kommuner pågår ett utvecklingsarbete. En hel del arbete återstår dock.

En av de mest grundläggande förutsättningarna för att identifiera våldsutsatthet inom socialtjänsten är att ställa frågor om våld till enskilda som söker stöd. Det gäller även verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning [42]. Det är till exempel viktigt att:

- verksamheten har en rutin för hur frågeproceduren går till
- personalen har utbildning i hur de ska fråga om våld
- verksamheten har rutiner för vart den enskilde kan hänvisas inom organisationen eller till annan verksamhet. [43]

Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera är med andra ord ett stöd för personalen. Endast 34 procent av kommunerna använder emellertid den standardiserade bedömningsmetoden FRED-kortfrågor⁷⁴ för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna inom LSS, andelen är högre inom socialpsykiatri, 47 procent. [18, 20]

Tabell 41. Rutiner rörande våldsutsatthet

Andel kommuner med aktuella rutiner för hur handläggarna ska agera vid indikation på att en vuxen har utsatts för våld, andelen angiven i procent, 2018.

Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld	Andel kommuner	
	2017	2018
inom socialpsykiatri	41	48
inom LSS-vuxen	40	43
inom LSS - barn	40	43

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017 samt 2018), öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017 samt 2018).

Vidare har 43 procent av kommunerna rutiner för LSS-handläggarnas agerande vid indikation på att en vuxen utsatts för våld (tabell 41). Motsvarande andel är något högre inom socialpsykiatri, 48 procent. Sedan föregående

⁷³ <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/konferenser/upptackvaldet>

⁷⁴ FRED-kortfrågor är en standardiserad bedömningsmetod som ska vara ett stöd för att identifiera och bedöma behov av skydd och stöd i arbetet med personer som utsatts för våld i nära relationer.

mätår har andelen kommuner med en sådan rutin ökat. Ökningen är särskilt tydlig inom socialpsykiatri, 7 procentenheter.

Ökningen är positiv men med tanke på målgruppens förhöjda utsatthet för våld är det bekymmersamt att över hälften av kommunerna fortfarande saknar rutiner vid indikation på att brukare utsatts för våld.

Rutiner finns i hälften av verksamheterna

Personalen i verksamheterna är ofta de som först kan observera tecken på våldsutsatthet och agera riskförebyggande. Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera vid indikation på våld kan därför vara ett stöd för dem att agera, helst innan de som berörs har tagit allvarlig skada [44]. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att hälften av alla boenden och dagliga verksamheter enligt LSS har sådana rutiner [38]:

- 54 procent av landets boenden för vuxna enligt LSS
- 50 procent av landets dagliga verksamheter

Uppgifter i Kolada bidrar med ytterligare kunskap om våldsutsattheten i bostäder med särskild service enligt LSS [36]. Under de senaste sex månaderna⁷⁵ hade hot eller våld mot brukare *inte* förekommit på:

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

Detta indikerar att våld eller hot om våld mot brukare har förekommit på åtminstone omkring 40 procent av boenden för vuxna enligt LSS⁷⁶. Uppgifterna har lämnats av personal och inte från brukarna själva och det finns därför risk för ett visst mörkertal.

Bristande tillgänglighet på skyddade boenden

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att skyddade boenden inte alltid är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning som utsatts för våld, cirka 60 procent av boendena tar emot personer med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning [1]. Ett exempel är andelen skyddade boenden som är tillgängliga för rullstolsburna personer. I 86 procent av de kommunalt drivna boendena var minst ett boenderum anpassat för rullstol. Motsvarande andel för boenden som drivs av privata aktörer var lägre, 38 procent. Andelen var lägst för de boenden som drevs av ideella organisationer, 36 procent.

Tillgängligheten på skyddade boenden är med andra ord bristfällig för personer med funktionsnedsättning. Ytterligare kunskap fås via Socialstyrelsens statsbidrag inom området. Socialstyrelsen har i regeringens uppdrag att årligen fördela statsbidrag enligt förordning (2015:454) om statsbidrag till kvinno- och tjejjourer. Förordningen gäller kvinno- och tjejjourer vars verksamhet riktar sig till våldsutsatta kvinnor och deras barn samt våldsutsatta flickor. I uppföljningen av 2017 års medel framkommer att vissa jourer har riktad verksamhet mot kvinnor och flickor med funktionsnedsättning som utsatts för våld [45]: 17 procent av jourerna som tagit emot verksamhetsbidrag

⁷⁵ Avser de senaste sex månaderna vid mättillfället 2018.

⁷⁶ Avser de senaste sex månaderna vid mättillfället 2018.

och 27 procent av jourerna som tagit emot organisationsbidrag. Andelen är ungefär densamma som för våldsutsatta kvinnor och flickor med våldsproblematik och för våldsutsatta kvinnor över 65 år. [45]

Allt fler kommuner har rutiner för skyddade personuppgifter

Fortfarande har en minoritet av kommunernas funktionshindersverksamheter rutiner för skyddade personuppgifter. I drygt var fjärde kommun har LSS-verksamheter rutiner för hur skyddade personuppgifter ska hanteras, både vid handläggning och vid genomförande av insatser (tabell 42). Andelen är några procentenheter högre inom socialpsykiatri. Andelen kommuner med rutiner kring skyddade personuppgifter har dock ökat sedan föregående år inom såväl LSS som socialpsykiatri. Ökningen är störst inom socialpsykiatri, 8 procentenheter.

Tabell 42. Rutiner om skyddade personuppgifter inom socialtjänsten

Andelen kommuner som har aktuella, skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur skyddade personuppgifter ska hanteras*, andelen angivet i procent, 2017 och 2018.

	Socialpsykiatri		LSS-barn		LSS-vuxna	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
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	29	21	27	20	27

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, LSS (Socialstyrelsen, 2017 och 2018), Öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017 och 2018).

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. [44, 46] Mot bakgrund av detta är det positivt att andelen kommuner med rutiner för detta ökar inom funktionshindersområdet.

Vanligt med policys som rör jämställdhet

Jämställdhetsintegrering är en strategi för att säkerställa att kvinnor och män, flickor respektive pojkar får del av verksamhetens resurser på likvärdiga villkor. Det innebär att jämställdhetsperspektivet finns med från idé, beslut till genomförande och uppföljning. Ett jämställdhetsperspektiv integreras på alla nivåer och i alla steg av processen, i den dagliga verksamheten av de som normalt deltar i beslutsfattandet och genomförandet. Det uppnås genom ett uppföljningssystem som hantearr könsuppdelad statistik, att medarbetare och chefer har kunskap om genus och jämställdhet så de kan analysera resultat för att göra förbättringar och att omotiverade skillnader som hittas åtgärdas. Jämställdhetsintegrering motverkar att jämställdhetsarbetet bedrivs i skymundan eller vid sidan av annan verksamhet. Det blir i stället en del i det ordinarie arbetet och utförs av medarbetarna i organisationen och inte utav speciellt utsedda eller speciellt anställda personer. [46]

Förekomsten av systematiskt jämställdhetsarbete varierar inom hjälpmedelsområdet, det visar de preliminära resultaten från Socialstyrelsens kartläggning⁷⁷. Flertalet av hjälpmedelsverksamheterna bedriver någon form av jämställdhetsarbete, exempelvis uppger 30 procent av de verksamheter som besvarat Socialstyrelsens enkät att de analyserar könsuppdelad statistik ur ett jämställdhetsperspektiv. Vidare uppger 19 procent av verksamheterna att de genomför verksamhetsutveckling och uppföljning med hjälp av könsuppdelad statistik.

Resultaten tyder också på att det är relativt vanligt med styr- eller policydokument som innefattar jämställdhet, 68 procent av verksamheterna anger att sådana finns (tabell 43). Det vanligaste tycks vara landstingsövergripande dokument om jämlikhet/jämställdhet, där hjälpmedel direkt eller indirekt ingår som ett perspektiv⁷⁸.

Tabell 43. Jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet.

Andel hjälpmedelsverksamheter som bedriver någon form av jämställdhetsarbete, andel angivet i procent, 2018. Preliminära resultat.

	Ja	Nej	Vet inte
Har ni ett styr, eller policydokument för verksamhet, där det finns ett jämställdhetsperspektiv	68	15	17
Verksamheten har särskilda checklistor för att tillämpa jämställdhetsperspektivet	6	81	13

Källa: Socialstyrelsens kartläggning av systematiskt jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsverksamheter (2019).

⁷⁷ Uppdragsformuleringen lyder: ”att kartlägga och sprida exempel på systematiskt jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet. Kartläggningen bör även fokusera på kompetenssatsningar inom jämställdhet”. Uppdraget ska redovisas senast 2015-05-31, det vill säga efter denna lägesrapports publicering. Eftersom uppdraget även innefattar spridning så publiceras resultaten i denna lägesrapport.

⁷⁸ Med indirekt avses exempelvis att policydokument eller riktlinjer som rör jämställdhet omfattar all verksamhet.

En viktig förutsättning för jämställdhetsintegrering är kompetensutveckling. Knappt 20 procent av verksamheterna uppger att de har haft kompetensutveckling/kurser/temadagar om jämställdhet för chefer. En något lägre andel, 26 procent, uppger att de haft fortbildning i jämställdhet för medarbetare. Resultaten indikerar att någon form av jämställdhetsarbete är relativt vanligt inom hjälpmedelsverksamheter. Däremot tycks det vara mindre vanligt med ett systematiskt jämställdhetsarbete, som exempelvis jämställdhetsintegrering. Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag har flera exempel på systematiskt jämställdhetsarbete identifierats:

- *Region Örebro län har tagit fram en lathund för jämställdhetsintegrering "Spelar roll? Guide till jämställdhetsarbete".* Guiden är framtagen av en arbetsgrupp inom habilitering och hjälpmedel och vänder sig till samtliga anställda i Region Örebro län. I guiden lyfts de olika stegen inom jämställdhetsintegrering: att synliggöra könsskillnader, inhämta och analysera statistik, analysera resultat och genomför förändring. I guiden lyfts exempel på identifierade könsskillnader, som att fler pojkar och män än flickor och kvinnor förskrivs hjälpmedel för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. I guiden introduceras även ett normkritiskt tänk, såsom "genushanden".
- *Region Jönköpings län inkluderar jämställdhetsperspektivet i sin landstingsövergripande policy om jämlikhet.* I dokumentet lyfts bland annat mänskliga rättigheter och normer kring kön, etnicitet, funktionsnedsättning med mera. Regionen har satt upp mål för arbetet, däribland: ett normkritiskt förhållningssätt samt förbättrad kvalitet med jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv. Varje mål har en egen tids- och aktivitetsplan. I dokumentet lyfts det systematiska arbetets olika steg: medvetandegöra och förstå, granska och analysera samt praktisera. Som stöd i utvecklingsarbetet finns webbutbildningar, såsom *Jämställd vård – bättre vård och Se människan*⁷⁹
- *Landstinget Västmanland har tagit fram en landstingsövergripande handlingsplan för jämlik vård.* I denna handlingsplan ingår jämställdhetsperspektivet. Handlingsplanen fokuserar bland annat på att se över om jämlikhetsperspektivet finns i relevanta utbildningar och om perspektivet kan stärkas. Hjälpmedelscentrum i Region Västmanland har under flera år även kartlagt förskrivningsmönster av hjälpmedel utifrån ett genusperspektiv. Under 2019 kommer medarbetare på Hjälpmedelscentrum gå utbildning om genusperspektiv. Under 2020 är regionens ambitionen att genusperspektivet ska ingå i förskrivarutbildningarna på sortimentsnivå.

Målet med uppdraget är att synliggöra jämställdhetsperspektivet och exempel på systematiskt jämställdhetsarbete, för att därigenom bidra till att det systematiska jämställdhetsarbetet ökar inom hjälpmedelsområdet.

Socialstyrelsen med flera har tidigare konstaterat att det finns könsskillnader inom hjälpmedelsförskrivningen, men att det är svårt att fastslå huruvida de är omotiverade eller inte [1, 47]. De skillnader som har identifierats i olika studier kan delvis ha sitt ursprung i olika behov, men Socialstyrelsen kan inte

⁷⁹ "Se människan" fokuserar på funktionsnedsättning.

utesluta att skillnaderna delvis även är omotiverade. Det gäller exempelvis hjälpmedelsförskrivningen till barn, där uppemot 2/3 av hjälpmedlen förskrivs till pojkar [1]. Det handlar även om könsskillnader mellan olika hjälpmedelsområden. De genusstrukturer som finns i samhället i stort medför en risk för förutfattade meningar hos förskrivare, vård och omsorgspersonal med flera, i fråga om vad en person vill och kan utföra på egen hand. Att det är vanligare att hushållsnära hjälpmedel förskrivs till kvinnor och att fler män än kvinnor tycks ha tillgång till eldrivna rullstolar skulle kunna vara exempel på hur genus och normer påverkar förskrivningen av hjälpmedel. Personal som förskriver hjälpmedel har därför en viktig uppgift i att uppmärksamma och medvetandegöra oönskade och omedvetna beteenden. Tidigare undersökningar pekar på att hjälpmedelsförskrivare inte uppmärksammar jämställdhetsperspektivet i tillräckligt hög grad för att utvecklingen ska kunna anses vara positiv. Det finns verksamheter inom hjälpmedelsområdet som använder sig av jämställdhetsintegrering, men i den senaste hjälpmedelsutredningen gjordes bedömningen att dessa verksamheter bör blir fler. På så sätt säkerställs att jämställdhetsarbetet blir en del av det ordinarie arbetet och förutsättningarna ökar för att omotiverade skillnader åtgärdas. [47]

Socialpsykiatri - en heterogen målgrupp

Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud

Verksamheten med personligt ombud riktar sig till personer som är 18 år eller äldre, som har en psykisk funktionsnedsättning och betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden. (2 § förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar). Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med länsstyrelserna fördela statsbidrag till kommuner enligt 7 § i ovan nämnda förordning.

Verksamhet med personligt ombud syftar bland annat till att den enskilde ska ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället. Verksamheten syftar även till att få myndigheter, kommuner och landsting att samverka utifrån den enskildes önskemål och behov. (3 § ovan nämnda förordning).

Under 2017 hade 243 kommuner verksamheter med personligt ombud, det framgår av den senaste återrapporteringen av statsbidraget [48]. Antalet kommuner som erbjuder personligt ombud har ökat med jämfört med föregående mätår. Även antalet ombudstjänster ökar, 2017 var antalet 312 vilket är en ökning med sexton ombud jämfört med föregående år.

Sammanlagt arbetade verksamheterna med närmare 9 100 klienter under 2017, varav 5 300 kvinnor och 3 800 män. Klienter i åldern 18–29 stod för

cirka 25 procent av hela klientgruppen. Enligt kommunernas redovisningar finns det fortfarande en tendens att ombuden tar emot allt yngre klienter. Flertalet kommuner redovisar dessutom att gruppen unga vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ökar.

Liksom tidigare år var de främsta orsakerna till att klienter söker stöd av personligt ombud att de upplever svårigheter med ekonomin och att de har behov av stöd i kontakten med olika myndigheter. Uppdrag för att få hjälp med ärenden som berör Försäkringskassan har också ökat. Det kan då gälla att söka sjukersättning och överklaganden men också att följa med på möten till Försäkringskassan tillsammans med klienten.

Ett vanligt skäl som uppges var också behovet av stöd i kontakterna med sjukvården. Nedan följer ytterligare några tendenser som verksamheterna uppmärksammat:

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

Av återrapporteringen för 2017 framgår även att bristen på gode män får negativa konsekvenser för klienterna, likaså bristen på läkare inom psykiatri som skapar långa väntetider. [48]

Vanligt med psykisk ohälsa inom både SoL och LSS

Inom ramen för årets lägesrapport har Socialstyrelsen valt att göra fördjupade analyser av socialpsykiatrins målgrupp⁸⁰, i syfte att öka kunskapen om hur förekommande psykisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa är bland personer med insatser enligt LSS och SoL⁸¹. Myndighetens analyser visar att psykisk funktionsnedsättning/sjukdom/ohälsa är relativt vanligt förekommande inom LSS och SoL (tabell 44):

- Omkring 7 400 personer hade psykisk sjukdom till följd av missbruk, exempelvis drogutlöst psykos, Korsakoffs syndrom eller substansbetingat ångestsyndrom (F10–F19).
- Omkring 10 900 hade någon form av schizofrenidiagnos eller vanföreställningssyndrom (F20–F29).
- Närmare 14 000 hade någon form förstämningssyndrom (F30–F39). I förstämningssyndrom ingår exempelvis depression, mani och bipolära syndrom.
- Omkring 12 500 personer hade ångestrelaterade sjukdomar såsom fobi, generaliserad ångest och posttraumatiskt stressyndrom (F40–F49).
- 1 300 personer hade fått diagnoser såsom ätstörningar (F50–F59).

⁸⁰ De fördjupade analyserna bestod av registeranalyser där studiepopulationen utgjordes av personer med insatser enligt SoL (0–64 år) eller LSS den 1 oktober 2017 och undersökningsvariabeln ("huvuddiagnos") återfanns i patientregistret.

⁸¹ 0–64 år.

- Drygt 5 500 personer hade personlighetsstörningar eller beteendestörningar (F60–F69).
- 16 800 personer hade adhd, add eller andra aktivitets- och uppmärksamhetsstörningar (F90–F98).

Socialstyrelsens analyser säger inget om varaktigheten eller omfattningen av den psykiska ohälsan, men ger likväl en bild av hur vanligt det är med psykisk ohälsa bland personer med insatser enligt LSS eller SoL.

Tabell 44. Förekomst av psykiatriska diagnoser inom SoL och LSS

Förekomst av psykiatriska diagnoser hos personer med insatser enligt SoL* eller LSS, uppdelat på ICD-kod och verksamhetsområde, avrundade värden, antal**, 2018.

	Insatser enl. SoL	Insatser enl. LSS
F10–F19 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser	6 310	1 060
F20–F29 Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	9 790	3 030
F30–F39 Förstämmningssyndrom	11 000	2 980
F40–F49 Neurotiska, stressrelaterade och somatiska syndrom	12 500	4 140
F50–F59 Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer	1 170	515
F60–F69 Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna	4 620	910
F90–F98 Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid	8 960	7 860

* 0–64 år. ** En person kan ha flera diagnoser.

Källa: Socialstyrelsens patientregister, register över insatser enligt socialtjänstlagen samt register över insatser enligt LSS.

Socialstyrelsens analyser visar vidare att det vanligaste fortfarande är att personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom/ohälsa får insatserna hemtjänst och boendestöd enligt SoL, men att även andra insatser förekommer:

- Bland personerna med *psykisk sjukdom till följd av missbruk* hade 27 procent hemtjänst och 42 procent boendestöd enligt SoL. En mindre andel hade beslut om boende; 9 procent hade särskilt boende enligt SoL och 8 procent hade bostad med särskild service enligt LSS. Ett fåtal hade dessutom ledsagning enligt SoL.
- 14 procent av de med *schizofreni eller vanföreställningssyndrom* hade hemtjänst och 40 procent hade boendestöd. Vidare hade 14 procent boende enligt SoL och 16 procent hade bostad med särskild service enligt LSS. Ett mindre antal hade dessutom personlig assistans eller ledsagarservice enligt LSS, eller ledsagning enligt SoL.
- 17 procent av personerna med *förstämmningssyndrom* hade hemtjänst och 54 procent hade boendestöd. Ytterligare 7 procent hade bostad med särskild service enligt LSS.

- Bland personer med någon form av *ångestsyndrom* hade 20 procent hemtjänst och 50 procent boendestöd enligt SoL. Vidare hade 3 procent ledsagarservice enligt LSS, 60 procent bostad med särskild service enligt LSS. Ett mindre antal hade ledsagning enligt SoL eller personlig assistans enligt LSS.
- De vanligaste insatserna bland personer med en *ätsrörning* eller liknande var boendestöd eller hemtjänst enligt SoL, 46 respektive 12 procent. Ytterligare 9 procent hade bostad med särskild service enligt LSS.
- Drygt hälften av personerna med någon form av *personlighetsstörning* hade boendestöd enligt SoL, 58 procent. Tolv procent hade hemtjänst enligt SoL och 8 procent hade bostad med särskild service enligt LSS.
- Omkring 40 procent av personerna med *adhd*, *add* eller liknande hade boendestöd enligt SoL, det förekom även att dessa personer hade hemtjänst (6 procent) och ledsagarservice enligt LSS (5 procent). Nio procent hade bostad med särskild service enligt LSS. En mindre andel hade personlig assistans (1 procent) eller boende för barn enligt LSS (2 procent).

Socialstyrelsens analyser visar att den grupp av personer med psykisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa som får stöd från socialtjänsten inte är homogen. Schizofreni och ångestsjukdomar är fortfarande vanligt, men även *adhd*, ångestsyndrom och psykisk sjukdom till följd av missbruk förekommer.

Myndigheten kan även konstatera att personer med psykiatrisk diagnos inte bara förekommer i personkrets 3, LSS, utan även i de andra personkretsarna⁸². Ett exempel är förekomsten av schizofreni och vanföreställningsyndrom bland personer med insatser enligt LSS, där endast en knapp tredjedel tillhörde personkrets 3.

Socialstyrelsen har inte kunnat klarlägga hur målgruppen har förändrats under de senaste åren. En tydlig tendens torde vara att allt fler med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning får stöd. Genom myndighetens analyser blir det dock tydligt att personer med psykisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa inte bara finns representerade i personkrets 3, LSS utan även i de andra personkretsarna. Det handlar då troligen om samsjuklighet. Detta pekar på vikten av att inkludera perspektivet psykisk ohälsa i LSS, både när det gäller verksamhets- och kompetensutveckling på lokal nivå liksom vid framtagande av nationella kunskapsstöd.

Sammanfattande iakttagelser

- Kvinnor med funktionsnedsättning har en hög utsatthet för våld. Samtidigt saknar många kommuners LSS-handläggning fortfarande rutiner för att upptäcka våldsutsatthet, något som försvårar möjligheterna att ge stöd. Att andelen är så låg är anmärkningsvärt med tanke på den höga våldsutsattheten.

⁸² Personkrets 3 omfattar "personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på onormalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service".

- Förekomst av systematiskt jämställdhetsarbete tycks begränsat inom hjälpmedelsverksamheter, samtidigt är det relativt vanligt att verksamheterna samlar in könsuppdelad statistik.
- Socialpsykiatrins målgrupp är i förändring, det visar sig i återslagrapportering av statsbidrag för personligt ombud. Klienterna blir allt yngre och det har skett en ökning av förekomsten av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller psykisk funktionsnedsättning till följd av missbruk. Socialstyrelsens analyser visar i sin tur att personer med psykisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa återfinns inom både LSS och SoL. Det är därför angeläget att inkludera perspektivet psykisk ohälsa i LSS, både när det gäller verksamhets- och kompetensutveckling på lokal nivå liksom vid framtagande av nationella kunskapsstöd.

Handläggning och myndighetsutövning

I detta kapitel fokuserar Socialstyrelsen på myndighetsutövningen inom socialtjänsten, bland annat uppsökande verksamhet, utredningar, verkställighet av beslut och uppföljning av beslutade insatser.

Uppsökande verksamhet inom socialpsykiatri minskar

Till kommunernas uppgift hör att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden, det framgår av 3 kap. 1 § SoL. Allt färre kommuner bedriver emellertid uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Andelen är 30 procent vilket är en minskning med 6 procentenheter sedan föregående år [20, 49]. Många personer med psykisk funktionsnedsättning lever i social isolering och den uppsökande verksamheten syftar till att säkerställa att denna målgrupp får tillgång till kommunens stöd och insatser. Den uppsökande verksamheten bör svara för upplysningar och dialog, förmedla olika slag av bistånd och ge kunskap för planering. Genom att aktivt och positivt informera om möjligheter till stöd och hjälp, kan socialtjänsten få kontakt med enskilda eller grupper som av olika skäl inte själva söker upp socialtjänsten. (Proposition 1979/80:1 om socialtjänsten s.170).

Vanligt med rutiner för handläggning av barnärenden inom LSS

Majoriteten av kommunerna har skriftliga rutiner⁸³ för handläggning av LSS-insatser till barn, 61 procent, det framkommer av Socialstyrelsens uppföljning av barnperspektivet inom LSS-handläggningen (tabell 45) [40]. Kommunerna uppgav att de använder olika typer av skriftliga stöd vid handläggning av LSS-insatser till barn såsom särskilda utredningsmallar, stöd i arbetssättet enligt IBIC⁸⁴-modellen, checklistor samt handläggningsrutiner med ett avsnitt om hur barnperspektivet ska uppmärksammas.

I några kommuner pågår revidering av tidigare riktlinjer och vägledningar medan det i andra kommuner pågår ett arbete för att ta fram nya riktlinjer med rutiner i ärenden som rör barn. Inom ramen för Socialstyrelsens uppföljning tog ett flertal handläggare upp att de anser att det blir tydligare fokus på

⁸³ Med skriftliga rutiner innebär här ett i förväg bestämt tillvägagångssätt. Rutinen kan vara framtagen lokalt eller av verksamheternas ledning.

⁸⁴ Individens behov i centrum, IBIC utgår från individens behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i dagliga livet utifrån klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF.

barn när IBIC införs i kommunen, eftersom det då blir ett tydligt fokus på den person som ska ha insatsen.⁸⁵

Tabell 45. Skriftliga rutiner för handläggning av LSS-insatser för barn

Andel kommuner med skriftliga rutiner för handläggning av LSS-insatser för barn, andel angivet i procent, 2018.

	Andel
Ja	61
Nej	35
Vet inte	4
Total	100

Källa: Uppföljning av barnkonventionens genomslag vid tillämpning av LSS (Socialstyrelsen, 2019)

Det framgår inte av Socialstyrelsens kartläggning huruvida rutiner, riktlinjer och vägledningar inom området har förändrats över tid. En tidigare kartläggning bidrar dock med kompletterande kunskap [50]. Två av de insatser som ingick i den tidigare kartläggningen var avlösarservice och korttidsvistelse enligt LSS, insatser som i stor utsträckning beviljas till barn⁸⁶. I kartläggningen framkom att 57 procent av kommunerna hade riktlinjer för vissa insatser enligt LSS, och att drygt hälften av riktlinjerna innehöll en beskrivning av vad barnperspektivet innebär. Kartläggningen visade också att kommunernas riktlinjer innehöll både begränsningar och rekommendationer. För avlösarservice kunde det stå att alla beslut ska tidsbegränsas samt vad den som blir avlöst inte får göra och även vem som inte får vara avlösare. Till exempel uppgav en femtedel av kommunerna att det inte var möjligt för avlösaren att hämta eller lämna vid förskola, skola eller daglig verksamhet. Även för insatsen korttidsvistelse framkom både begränsningar och rekommendationer i kommunernas riktlinjer. Exempel på begränsningar var att besluten ska tidsbegränsas eller att korttidsvistelse endast kan avse ett begränsat antal vardagar, helgdagar och eller lov dagar. [50]

Vanligen samma person som handlägger och följer upp

Även om en annan aktör än den beslutande nämnden ansvarar för själva genomförandet av en insats så har den beslutande nämnden fortfarande ansvar för att det enskilda barnet får den beviljade insatsen och för att följa upp insatsen⁸⁷.

Socialstyrelsens uppföljning visar att det i de allra flesta kommuner är en och samma person som ansvarar både för handläggning av LSS-ärendet och för uppföljning av insatserna [40]. I de fall som uppföljning inte skett förklarar kommunerna att orsaken ofta är allt för stor arbetsbelastning eller så har man ansett att andra prioriteringar behövt göras.

I 86 procent av kommunerna ingår det i LSS-handläggarnas uppgifter att ge utförarna en uppdragsbeskrivning som handlar om det enskilda barnets behov oavsett insats, ytterligare 6 procent av kommunerna ingår detta för

⁸⁵ Urvalet av ICF komponenter är inte komplett när det gäller barn, men Socialstyrelsen planerar att genomföra ett utvecklingsarbete kring detta 2019.

⁸⁶ Insatserna var avlösarservice, bostad med särskild service för vuxna, ledsagarservice samt korttidsvistelse.

⁸⁷ Se proposition 2007/08:43 Rapporteringsskyldighet av ej verkställda beslut enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, m.m. s. 13.

vissa insatser. Det innebär att i 8 procent av kommunerna ingår det inte i handläggarnas uppgifter att ge utförarna en uppdragsbeskrivning som handlar om det enskilda barnets behov. I vilken utsträckning detta påverkar kommunernas möjligheter att tillgodose barnets och familjens behov framgår inte. Av Socialstyrelsens uppföljning framkommer också en skillnad mellan kommuner som har skriftliga rutiner och som inte har det. I 90 procent av kommunerna som har skriftliga rutiner för handläggning av LSS-insatser till barn ingår det i handläggarnas uppgifter att ge utföraren en uppdragsbeskrivning. Motsvarande andel för kommuner som saknar skriftliga rutiner är lägre, 79 procent. [40]

Varierande förekomst av strukturerad dokumentation

Strukturerad dokumentation utgår ifrån behovet av att på ett systematiskt sätt kunna återanvända information som dokumenterats om patienten eller brukaren. Detta handlar om att dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen eller socialtjänstakten behöver vara strukturerad på ett sådant sätt att den vid senare tillfällen kan återsökas och tillgängliggöras i sitt sammanhang, det vill säga kopplas till den enskilda individens process i vård och omsorg. Den enskildes process löper ofta över organisatoriska gränser, till exempel mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Strukturerad dokumentation används exempelvis i IBIC inom funktionshinderområdet. [35]

Inom socialtjänsten dokumenterar handläggare och utförare uppgifter som har betydelse för ärendet, både i löpande journaltext och i strukturerad form⁸⁸. Inom verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning används strukturerad dokumentation emellertid i varierande omfattning, mellan 17 procent och 43 procent. Andelen är lägre i utförarleden och även här är variationen stor, mellan 13 och 34 procent. Andelen bland de privata utförarna är väsentligt högre, 54 procent. [35]

En strukturerad dokumentation förutsätter att den görs i ett digitalt verksamhetssystem. Idag har alla landets kommuner digitala verksamhetssystem för sin myndighetsutövning men inte i alla utförarverksamheter. Detta innebär att förutsättningarna delvis är olika för handläggningen och för de kommunala utförarverksamheterna.

En viktig del i handläggning och strukturerad dokumentation är ICF⁸⁹, mellan 10 och 44 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Mest används ICF inom äldreomsorgen (44 procent) och minst inom ekonomiskt bistånd (10 procent). Näst vanligast är funktionshindersområdet, där andelen varierar mellan 10

⁸⁸ Jfr 11 kap.5 § SoL.

⁸⁹ ICF är en förkortning av *International Classification of Functioning, Disability, Functioning and Health*, svensk översättning *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*.

och 32 procent⁹⁰. Inom funktionshindersområdet är andelen lägre bland utförare, andelen varierar mellan 12 och 28 procent. Andelen är dock något högre bland de privata utförarna, 30 procent. [35]

Var tionde kommuner använder IBIC

Individens behov i centrum, IBIC är ett stöd som Socialstyrelsen tagit fram för att med ett gemensamt synsätt och språk beskriva och dokumentera individens behov, resurser, mål, resultat och måloppfyllelse. Det gemensamma synsättet och språket som används av både handläggare och utförare utgår från WHO:s Internationella klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF. IBIC är en vidareutveckling av Äldres behov i centrum (ÄBIC). Från september 2016 omfattar IBIC alla vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning som behöver stöd i den dagliga livsföringen utifrån SoL och LSS.

Tolv procent av kommunerna uppger att de använder IBIC vid alla utredningar av behov inför beslut om LSS-insatser [18]. En något lägre andel, 9 procent, uppger att de använder IBIC vid all uppföljning av beslutade insatser. Användningen av IBIC inom socialpsykiatri ligger ungefär på samma nivå som inom LSS. Inom detta verksamhetsområde använder 13 procent av kommunerna alltid IBIC vid utredningar av behov. En något lägre andel använder alltid IBIC vid uppföljning av beslutade insatser inom socialpsykiatri, 9 procent. [20]

Det är med andra ord fortfarande en relativt låg andel kommunerna som använder IBIC inom funktionshindersområdet. Förutsättningarna för implementering av arbetssättet ökar dock. Från lanseringen av den tidigare modellen, ÄBIC, 2013 fram till och med oktober 2018 har 280 kommuner samt ett antal privata utförare, genom Socialstyrelsen, utbildat drygt 1 600 processledare för ÄBIC eller IBIC. Idag finns knappt tjugo regionala eller lokala nätverk med syfte att stödja kommunerna att förändra sitt arbetssätt.

IBIC underlättar att strukturerad, dokumenterad information kan överföras mellan olika aktörer på ett säkert och ett entydigt sätt, genom att arbetssättet utgår från ett gemensamt nationellt språk. Det är därför angeläget att IBIC får ett ökat genomslag i socialtjänstens handläggning av ärenden som rör personer med funktionsnedsättning. Användning av strukturerad dokumentation ger även förutsättningar för systematiskt kvalitetsarbete och stödjer utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst.

Utredningstiderna har slutat öka

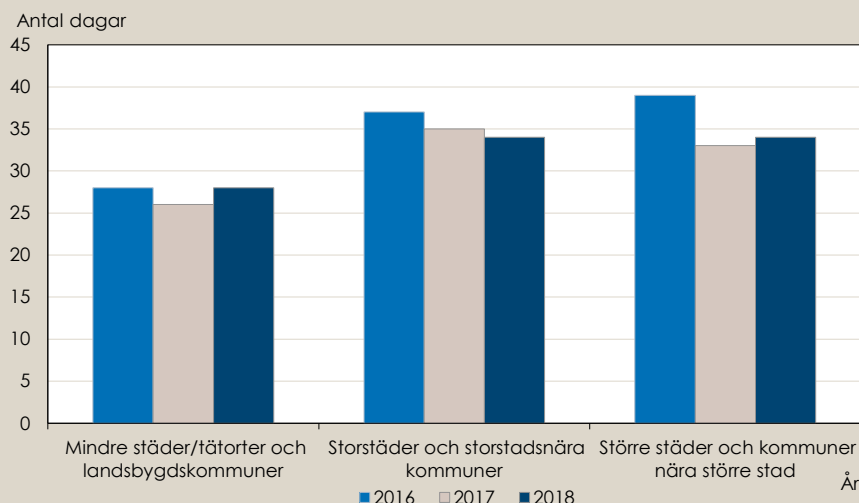
Utredningstiderna inom LSS, det vill säga tiden mellan ansökan och beslut, har minskat under de senaste tre åren. Den tidigare konstaterade ökningen har därmed avstannat. År 2018 var medianvärdet för alla kommuner i landet 31 dagar, år 2016 var motsvarande antal dagar 34. Utredningstiden varierar

⁹⁰ Avser andelen kommuner där personalen i myndighetsutövningen använder ICF i den digitala individdokumentationen.

mellan olika kommungrupper (figur 10), och ju större kommungrupp desto längre utredningstider⁹¹.

Figur 10. Utveckling över tid av utredningstider inom LSS

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



Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Mediantiden för utredningar inom LSS är oförändrad i *mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner* och ligger fortfarande på 28 dagar. En minskning kan dock ses i de två större kommungrupperna. I *storstäder och storstadsnära kommuner* har mediantiden för LSS-utredningarna minskat med tre dagar och uppgick 2018 till 34 dagar. Ännu tydligare är minskningen i *större städer och kommuner nära större stad*, där mediantiden för utredningar minskade från 39 till 34 dagar. Minskningen kan bero på flera saker, exempelvis färre ärenden per handläggare eller förändrade arbetssätt.

Tiden mellan beslut och verkställighet fortsätter att öka

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).

⁹¹ Utredningstiderna avser även ansökningar som resulterar i ett avslag.

De ej verkställda besluten inom LSS fortsätter att öka. Under den senaste treårsperioden har kommunernas inrapporteringar av ej verkställda beslut till IVO mer än fördubblats [51]. År 2017 rapporterade kommunerna in 4 122 ej verkställda beslut inom LSS till IVO, motsvarande antal 2014 var 2 611.

Inom SoL, 0–64 år, är ökningen större. Mellan 2014 och 2017 ökade kommunernas rapportering av ej verkställda beslut inom detta verksamhetsområde med 82 procent. År 2017 inrapporterades sammanlagt 959 ej verkställda beslut till IVO, motsvarande antal 2014 var 527.

Andelen ej verkställda beslut som rör kvinnor är lägre inom SoL än inom LSS, 45 jämfört med 40 procent.

Boende för vuxna enligt LSS har fortfarande längst verkställighetstid, år 2017 var mediantiden 11 månader (tabell 46). Även boende för barn har lång verkställighetstid, 9 månader. Mellan 2016 och 2018 har verkställighetstiden ökat för vissa insatser. Tydligaste ökningen står personlig assistans enligt LSS för, vars verkställighetstid ökat med 1,5 månader (mediantid). En förklaring är troligen att det ökande antalet indragningar av statlig assistansersättning enligt SFB har ökat trycket på kommunalt beslutad personlig assistans.

För vissa insatser har mediantiden för verkställighet minskat, det gäller råd och stöd samt avlösarservice enligt LSS.

Tabell 46. Ej verkställda beslut över tid,

Ej verkställda beslut som inrapporterats till IVO*, medianväntetider i månader per insats, antal, 2014 och 2017.

	2014	2017
<i>Insatser enligt LSS</i>		
Rådgivning och stöd	5	6
Daglig verksamhet	7	8
Personlig assistans	6,5	8
Ledsagarservice	6	7
Kontaktperson	7	7
Avlösarservice i hemmet	7	6
Korttidsvistelse	7	8
Korttidstillsyn	8	6
Boende barn och unga	9	9
Boende vuxna	10,5	11
<i>Insatser enligt SoL</i>		
Avlösning i hemmet	6	7
Boendestöd	5	5
Dagverksamhet	6	6
Ledsagning	7	8
Hemtjänst	6	6
Kontaktfamilj	7	7
Korttidsboende	7	7

* Avser individärenden som inrapporterats till IVO.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Ovanstående uppgifter gäller endast de ej verkställda beslut som inrapporterats till IVO, det vill säga gynnande beslut vars verkställighet dröjt längre än tre månader. Kompletterande kunskap fås via Kolada, där finns uppgifter om

verkställighet för samtliga gynnande beslut gällande bostad med särskild service enligt LSS. År 2018 var mediantiden för verkställighet av bostad med särskild service 129 dagar, en ökning med 5 dagar sedan 2016.[36]

Många kommuner behöver komma tillrätta med problemen med de långa väntetiderna. 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. [52]

Fortsatt underskott på boenden för personer med funktionsnedsättning

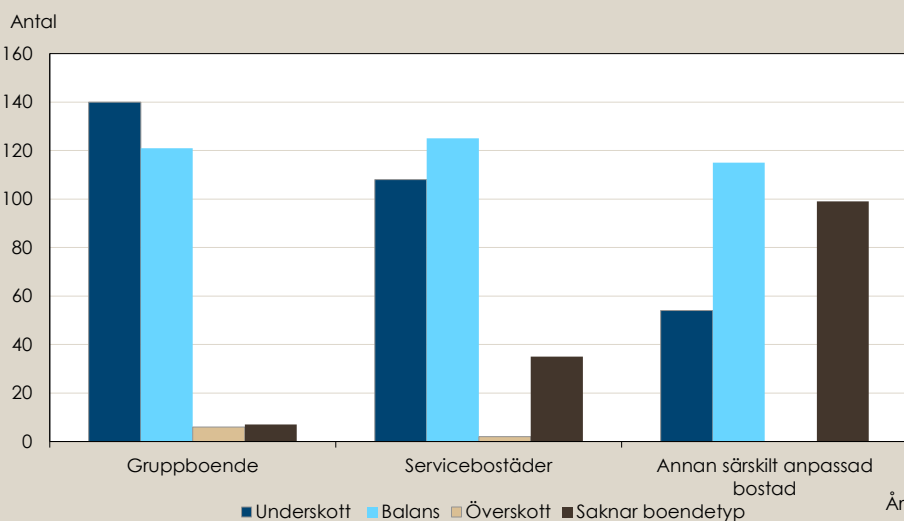
En bidragande orsak till långa verkställighetstider är underskottet på boenden enligt LSS och SoL [53]. År 2018 uppgav 169 kommuner att de har underskott på någon form av bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning. Detta är en ökning med 42 stycken kommuner sedan 2013. Vanligast är brist på gruppboendestäder, som 140 kommuner uppger att de har brist på samtidigt som 121 kommuner uppger att de har balans (figur 11).

Behovet av bostäder ökar ute i kommunerna, men kommunerna planerar inte att bygga många fler bostäder än tidigare år. Trots det bedömer 52 procent av alla kommuner att behovet kommer att vara täckt om två år, och 60 procent av alla kommuner att behovet är täckt om fem år. Några kommuner menar att behoven är mycket individuella, och att de inte alltid kan tillgodose servicemottagarnas behov trots att kommunen bygger gruppboendestäder och har balans. Därför kan det ibland vara svårt att fylla platserna, samtidigt som det också kan vara svårt att erbjuda lämpligt boende för vissa personer.

Drygt en tredjedel av kommunerna uppger att de saknar särskilt anpassade bostäder enligt LSS. Av de kommuner som har boendeformen uppger 54 att antalet bostäder är för litet, medan 115 upplever att det är balans i beståndet. Flera kommuner påpekar att den allmänna bristen på bostäder påverkar förutsättningarna för den enskilde att få en lägenhet i servicebostad och annan särskilt anpassad bostad. [53]

Figur 11. Utbudet av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning

Kommunernas bedömning av utbudet av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning, uppdelat på boendetyper, antal, 2018.



Enligt Boverket kommer totalt 97 kommuner att påbörja knappt 1 500 bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning under åren 2018–2019. De flesta planerade bostäderna tillkommer genom nybyggnad. Endast 135 bostäder är ett nettotillskott av bostäder genom att befintliga byggnader byggs om. [53]

Ovanligt att systematiska uppföljningar används för verksamhetsutveckling

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att andelen kommuner som använder systematiska uppföljningar för att utveckla LSS-verksamheten. Andelen är dock fortfarande låg, endast 9 procent (tabell 47).⁹² Andelen är lika låg inom verksamheter som vänder sig till personer med psykisk funktionsnedsättning.

För ökad kunskap om verksamheten behöver resultatet av uppföljningar på individnivå sammanställas och analyseras på gruppnivå. [44, 46] Uppföljningen är även viktig för att kommunerna ska kunna förbättra verksamheten⁹³. Det är därför bekymmersamt att det är så få kommuner som använder resultaten från systematiska uppföljningar till verksamhetsutveckling. En förklaring till att andelen fortfarande är så låg kan vara brist på resurser. IVO har tidigare konstaterat att uppföljning av insatser är den del av ärendeprocessen där resursbrister i organisationen märks snabbast [54].

⁹² Med "uppföljningar" avses att handläggare tillsammans med den enskilde har följt upp om insatsen lett till de mål som den enskilde varit delaktig i att ta fram. Uppföljningen ska vara dokumenterad, se bland annat 4 kap. 6 och 7 §§ SOSFS 2014:5. Med "resultat av biståndsbeslutade insatser" avses måluppfyllelse med insatsen för den enskilde utifrån dennes individuella behov. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi.

⁹³ Se bland annat 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete,

Tabell 47. Systematisk uppföljning inom LSS och inom socialpsykiatri

Andelen kommuner som genomfört systematisk uppföljning av insatser och använt resultaten till verksamhetsutveckling, andelen angiven i procent, år 2017 och 2018.

	Verksamheter inom LSS		Verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning	
	Andel kommuner		Andel kommuner	
	2017	2018	2017	2018
Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling	6	9	8	9
Genomfört systematisk uppföljning med ett genusperspektiv	1	4	5	9
Använt resultat med ett genusperspektiv till verksamhetsutveckling	1	3	4	6

Källa: Öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017 och 2018), öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2017 och 2018).

Även andelen kommuner som genomför systematiska uppföljningar ur ett genusperspektiv är lågt: 4 procent inom LSS-verksamheter och 9 procent inom verksamheter som vänder sig till personer med psykisk funktionsnedsättning. Av de kommuner som gör detta använder nästan samtliga resultaten till verksamhetsutveckling, 3 respektive 6 procent. Här har det skett en ökning mot föregående mätår med några procentenheter.

Genom systematiska uppföljningar utifrån ett genusperspektiv 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 påfallande att omkring var tjugonde kommun använder resultat från systematiska uppföljningar för att utveckla verksamheten ur ett genusperspektiv.

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen kommuner som bedriver uppsökande verksamhet för personer med funktionsnedsättning, 30 procent vilket är en minskning med 6 procentenheter sedan föregående år. Många personer med psykisk funktionsnedsättning lever i social isolering och den uppsökande verksamheten syftar till att säkerställa att denna målgrupp får tillgång till kommunens stöd och insatser.
- I drygt 60 procent av kommunerna finns skriftliga rutiner för handläggning av LSS-ärenden för barn. I de allra flesta kommuner ansvarar en och samma person både för handläggning av LSS-ärendet och för uppföljning av insatserna. I de fall som uppföljning inte skett uppges orsaken vara allt för stor arbetsbelastning eller så har man ansett att andra prioriteringar behövt göras.
- I omkring 90 procent av kommunerna ingår det i LSS-handläggarnas uppgifter att ge utförarna en uppdragsbeskrivning som handlar om det enskilda barnets behov. Det innebär att i cirka 10 procent av kommunerna

ingår det inte i handläggarnas uppgifter att ge utförarna en uppdragsbeskrivning som handlar om det enskilda barnets behov. I vilken utsträckning detta påverkar kommunernas möjligheter att tillgodose barnets och familjens behov framgår inte av kartläggningen.

- Inom socialtjänstens verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning används strukturerad dokumentation i varierande omfattning, mellan 17 procent och 43 procent. Andelen är lägre i utförligheten och även här är variationen stor, mellan 13 och 34 procent. Andelen bland de privata utförarna är väsentligt högre, 54 procent.
- Andelen kommuner som använder IBIC vid utredningar inför beslut om LSS- eller SoL-insatser är fortfarande låg. Majoriteten av dessa kommuner använder även IBIC vid uppföljning av beslut. Förutsättningar för implementeringen av IBIC ökar dock, vilket är positivt eftersom arbetssättet ger möjlighet till systematisk uppföljning av individers behov, mål, resultat och måluppfyllelse.
- Ökningen av utredningstider av LSS-ärenden har avstannat, och sedan 2016 ses istället en minskning i flera kommungrupper. Verkställighetstider av gynnande beslut fortsätter dock att öka och mellan 2014 och 2018 har antalet inrapporteringar till IVO mer än fördubblats. Längst verkställighetstid har fortfarande bostad med särskild service för vuxna, 11 månader i mediantid. Den största ökningen i verkställighetstid står personlig assistans enligt LSS för, mellan 2014 och har mediantiden för verkställighet ökat från 6,5 till 8 månader. Sammantaget innebär detta att den enskilde fortfarande kan få vänta en lång tid från ansökan till att ett gynnande beslut har verkställts, något som kan få negativa konsekvenser för den enskilde.
- Fortfarande använder en förhållandevis låg andel verksamheter resultaten från systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten. Än färre genomför systematiska uppföljningar med ett genusperspektiv. Systematiska uppföljningar är en viktig del i att jämställdhetsintegrera verksamheten.

Kunskap och kompetens

Med rätt kompetens ökar förutsättningarna för att personalen ska bidra till insatser av god kvalitet och i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) beskrivs de kunskaper som rekommenderas för personal som arbetar i verksamheten. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2008:32) innehåller i sin tur rekommendationer personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionsnedsättning. I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för kunskap och kompetens inom LSS, både med fokus på handläggare och på utförare.

Vanligt med socionomexamen bland barnhandläggare

I SOSFS 2008:32 anges att den personal som arbetar med handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder bör ha socionomexamen eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning.

Andelen med socionomexamen eller liknande är relativt hög bland handläggare av LSS-ärenden till barn. I två tredjedelar av kommunerna (65 procent) har samtliga av dessa handläggare en socionom- eller social omsorgsexamen [40]. I tjugo procent av kommunerna har fler än hälften av handläggarna en socionom- eller social omsorgsexamen.

I ett fåtal kommuner är andelen mindre än hälften. Elva kommuner har ingen personal med socionom- eller social omsorgsexamen. Exempel på andra utbildningar är jurist, beteendevetare eller socialpedagog.

Andelen kompetensutvecklingsplaner ökar

Personalen bör vid behov få fortbildning, vidareutbildning och handledning i syfte att upprätthålla de kunskaper och förmågor som krävs för att ge god vård och omsorg (SOSFS 2014:2). Handledning kan ha en stödjande funktion för personalen, ses som en kompetenshöjande insats, bidra till den professionella utvecklingen och fungera som en kvalitetssäkring för verksamheten.

I drygt 30 procent av kommunerna finns det en *samlad* kompetensutvecklingsplan för handläggare inom LSS och SoL⁹⁴ [18, 20]. Ett exempel på fortbildning är inom barnområdet. I 20 procent av kommunerna har samtliga eller fler än hälften av handläggarna av LSS-ärenden för barn fått fortbildning i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen), tabell 48. I drygt hälften av kommunerna har emellertid inga handläggare deltagit i fortbildning om barnkonventionen.

En högre andel handläggare har fått fortbildning i LSS-ärenden som rör barn. I 39 procent av kommunerna har samtliga eller fler än hälften av handläggarna av LSS-ärenden som rör barn deltagit i sådan fortbildning.

Tabell 48. Fortbildning inom LSS om FN:s konvention om barnets rättigheter

Andel kommuner där personal* deltagit i fortbildning i FN:s konvention om barnets rättigheter samt fortbildning om barn med funktionsnedsättning, andel angivet i procent, augusti 2016–augusti 2018. (N=221)

	Deltagit i fortbildning i barnkonventionen	Deltagit i fortbildning om barn med funktionsnedsättning
Samtlig personal	14	29
Fler än hälften	6	10
Omkring hälften	9	12
Färre än hälften	9	9
Ingen	55	33
Vet inte	7	8
Total	100	100

*Personal som arbetar med handläggning och uppföljning av ärenden enligt LSS till barn.

Källa: Uppföljning av barnkonventionens genomslag vid tillämpning av LSS (Socialstyrelsen, 2019)

Andelen är högre inom vissa verksamheter enligt LSS, i 57 procent av boenden för vuxna finns en *samlad* kompetensutvecklingsplan för personalen (tabell 49). Motsvarande andel är något högre för personal i daglig verksamhet, 71 procent.

Tabell 49. Kompetensutvecklingsplaner inom LSS-verksamheter

Andel bostäder med särskild service och dagliga verksamheter enligt LSS med olika former av kompetensutvecklingsplaner, andel angivet i procent, 2018.

	Boende för vuxna	Daglig verksamhet
Samlad kompetensutvecklingsplan	57	50
Individuella kompetensutvecklingsplaner*	65	71

*Avser andel enheter där samtliga i personalgruppen som har varit anställda minst 1 år har en aktuell, individuell kompetensutvecklingsplan. Med aktuell avses att kompetensplanen utformats eller följts upp under de senaste 12 månaderna.

Källa: Öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med funktionsnedsättning, enhetsundersökningen (Socialstyrelsen, 2017 och 2018).

Andelen enheter med aktuella *individuella* kompetensutvecklingsplaner för samtliga medarbetare är högre. I 65 procent av landets boenden för vuxna enligt LSS har samtliga i personalgruppen en aktuell, individuell kompetensutvecklingsplan. Motsvarande andel i dagliga verksamheter enligt LSS är 71 procent.

⁹⁴ Avser insatser enligt SoL till personer 0–64 år.

Var tredje handläggare får kontinuerlig handledning

Personalen bör vid behov få fortbildning, vidareutbildning och handledning i syfte att upprätthålla de kunskaper och förmågor som krävs för att ge god vård och omsorg (SOSFS 2014:2). Handledning kan ha en stödjande funktion för personalen, ses som en kompetenshöjande insats, bidra till den professionella utvecklingen och fungera som en kvalitetssäkring för verksamheten.

I 36 procent av kommunerna har personal inom daglig verksamhet enligt LSS tillgång till kontinuerlig handledning, det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser [38]. Motsvarande andel när det gäller boenden med särskild service enligt LSS är högre, 45 procent. Andelen kommuner som erbjuder handledning till personal inom daglig verksamhet har ökat med två procentenheter sedan föregående år.

Tillgången till kontinuerlig handledning är högre för handläggare av LSS-ärenden för barn [40]. I 75 procent av kommunerna har dessa handläggare tillgång till kontinuerlig handledning. Exempel på handledning är juridisk inriktning eller åtgärdsinriktad ärendehandledning. I var fjärde kommun erbjuds ingen handledning för handläggare av LSS-ärenden som rör barn.

Hälften av kommunerna kompetensutvecklar inom AKK

I omkring hälften av landets dagliga verksamheter och boenden för vuxna enligt LSS har personalen erbjudits kompetensutveckling inom alternativ kompletterande kommunikation (AKK)⁹⁵. Andelen har ökat något sedan föregående mätår för boenden för vuxna, från 47 till 50 procent. Motsvarande andel har dock minskat något för dagliga verksamheter, från 55 till 53 procent. [38]

Kompetensutveckling inom AKK är inte lika vanligt för handläggare inom LSS. I 13 procent av kommunerna har samtlig personal som arbetar med handläggning och uppföljning av ärenden enligt LSS till barn deltagit i fortbildning om metoder för kommunikationsstöd⁹⁶ (tabell 50). I ytterligare 9 procent av kommunerna har mer än hälften av handläggarna deltagit i fortbildning medan det i 56 procent av kommunerna inte genomförts någon fortbildning alls för den aktuella personalgruppen.

Flera kommuner uppger att planering av fortbildning om kommunikationsstöd pågår. Vissa kommuner anger att det tidigare funnits kompetens om olika former av AKK men att det saknas bland en del nyanställda handläggare.

⁹⁵ Alternativ kompletterande kommunikation, AKK, är en samlingsterm för insatser som avser att förbättra en människas möjligheter att kommunicera och är ett brett begrepp som kan vara allt från kommunikation med bilder till tekniska hjälpmedel. Behovet kan se olika ut och även personer som kan tala kan behöva AKK som stöd.

⁹⁶ Avser perioden augusti 2016 – augusti 2018.

Tabell 50. Fortbildning för handläggare om alternativa kommunikationssätt

Andel kommuner där personal* deltagit i fortbildning i metoder för alternativa kommunikationssätt (AKK) under perioden augusti 2016–augusti 2018, andel angivet i procent.

	Antal kommuner	Andel
Samtlig personal	29	13
Fler än hälften	19	9
Cirka hälften	21	10
Färre än hälften	14	6
Ingen	124	56
Vet inte	13	6
Total	220	100

*Avser personal som arbetar med handläggning och uppföljning av ärenden enligt LSS till barn.

Källa: Uppföljning av barnkonventionens genomslag vid tillämpning av LSS (Socialstyrelsen, 2019)

Det är påfallande att personalen inte erbjuds kompetensutveckling i AKK i mer än omkring hälften av dagliga verksamheter samt boenden för vuxna enligt LSS. Likaså att drygt hälften av kommunerna inte har genomfört någon utbildning inom kommunikationsstöd för handläggare av LSS-ärenden för barn. Det senare ska dessutom sättas i relation till endast 45 procent av handläggarna har tillgång till någon form av kommunikationsstöd (se *Självbestämmande och inflytande*).

IVO har tidigare konstaterat att bristande kunskap i AKK kan medföra att samtalen mellan den enskilde och personalen försvåras och i förlängningen leda till att stödet inte utförs på rätt sätt. Då människor med kommunikativa funktionsnedsättningar har begränsade möjligheter att uttrycka sig och utöva självbestämmande, är det viktigt att de som i sitt arbete möter dessa personer så långt det går öka förutsättningarna för detta. En förutsättning är att personalen ges möjlighet att lära sig just de kommunikationssätt eller kommunikationshjälpmedel som de enskilda personerna använder. Det är därför viktigt att handläggare och personal har kompetens i AKK.

Kunskap om funktionsnedsättningar är fortfarande en utmaning

Det råder bristande kunskap om olika typer av funktionsnedsättningar i socialtjänstens verksamheter inom funktionshindersområdet, det har IVO tidigare konstaterat inom ramen för sin tillsyn [55, 56]. Denna slutsats bekräftas i Socialstyrelsens kartläggning av barnperspektivet inom LSS [40]. Kunskapsbristerna finns framför allt bland personal i verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning, men också på socialkontoren. Bristande kompetens inom myndighetsutövningen innebär risk för att den enskildes begäran om insatser inte blir korrekt beskriven och utredd, och att den enskilde därmed inte får rätt hjälp. Denna risk förstärks om det råder personalbrist och hög personalomsättning. [55]

Socialstyrelsen har inom ramen för en tidigare nationell kunskapssatsning bidragit till att stärka förutsättningarna för kunskapsutveckling i kommunernas funktionshindersverksamheter. Myndigheten har bland annat tagit fram

en yrkesintroduktion och en webbutbildning för baspersonal inom funktionshindersområdet⁹⁷.

Socialstyrelsen har under flera år dessutom haft i regeringens uppdrag att utarbeta och upphandla en högskoleutbildning för handläggare som prövar ansökningar om LSS-insatser⁹⁸. Utbildningen har bland annat fokuserat på olika funktionsnedsättningar och dess konsekvenser, den allmänna inriktningen i LSS och i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. [57]

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att utarbeta och upphandla en påbyggnadsutbildning för handläggare som prövar ansökningar om LSS-insatser⁹⁹. I utvärderingen av den senaste utbildningsperioden framkom följande om de fyra kursmålen:

- 92 procent av deltagarna uppger att de helt eller till ganska stor del ökat sina kunskaper om FN:s konventioner om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och barnets rättigheter samt diskrimineringsgrunder.
- 81 procent av deltagarna uppger att de helt eller till ganska stor del ökat sina kunskaper om att kunna anpassa miljön och kommunikationen utifrån den enskildes individuella behov.
- 75 procent av deltagarna uppger att de helt eller till ganska stor del känner sig mer säkra på att tillämpa en rättssäker handläggning för att säkerställa att den enskilde genom insatserna får goda levnadsvillkor.
- Knappt 60 procent ansåg sig ha fått mer kunskap om olika former av funktionsnedsättning och dess konsekvenser i vardagen. [58]

Resultaten överensstämmer med tidigare utvärderingar från grundutbildningen och omgång ett av påbyggnadsutbildningen [57, 59]. Anmälningar till påbyggnadsutbildningens omgångar har dock varit betydligt färre än till grundutbildningarna och de har dessutom minskat successivt. Till exempel har kurserna i region norr ställts in på grund av för få anmälningar. Dessa personer har då hänvisats till de övriga lärosätena.[58] Deltagare som hoppade av utbildningen har framför allt angett att de hade svårt att kombinera högskolestudier med heltidsarbete. Flera deltagare uppgav att de inte fick möjlighet att omsätta sina kunskaper i praktiken. I dialog med regionförbunden i norr har det bland annat framkommit att kännedomen om kurserna finns, men att små kommuner med få handläggare och kommuner med hög personalomsättning har svårt att avvara resurser. [58]

Socialstyrelsen konstaterar att utbildningen har varit ett viktigt led i att öka LSS-handläggarnas kunskaper och att öka förutsättningarna för en mer rättssäker handläggning och ett mer likvärdigt stöd. Utifrån erfarenheterna från deltagare och lärosäten har Socialstyrelsen dock sett ett behov av att ytterligare stödja kommunernas möjligheter att tillvarata nya kunskaper i verksamheterna. Myndigheten startade därför 2018 ett utvecklingsarbete för att utforma stöd för lokal kompetensutveckling till chefer inom myndighetsutövning LSS. Målen är att

⁹⁷ www.kunskapsguiden.se

⁹⁸ Utbildningssatsningen omfattade fyra utbildningsomgångar och avslutades vid årsskiftet 2016/2017..

⁹⁹ S2016/07779/RS

- biståndshandläggares möjligheter till kompetensutveckling i den egna verksamheten ska öka
- varje verksamhet ska kunna anpassa utbildningen utifrån sina behov av kompetensutveckling inom de fyra områden som motsvarar innehållet i den nationella uppdragsutbildningen på grundnivå för LSS-handläggare.

Stödet kommer att vara webbaserat och är tänkt att användas av första linjens chefer och verksamhetsutvecklare eller av FoU-miljöer som leder arbetet med handläggare från flera kommuner.

Sammanfattande iakttagelser

- Förekomsten av samlade kompetensutvecklingsplaner är lägre bland handläggare än hos baspersonal i LSS-verksamheter, omkring en tredjedel av kommunerna har samlade kompetensutvecklingsplaner för handläggare, motsvarande andel för verksamheterna är cirka hälften.
- Långt ifrån alla kommuner erbjuder kontinuerlig handledning. Ett exempel är daglig verksamhet, där 36 procent av enheterna kommunerna har tillgång till kontinuerlig handledning. Tillgången är högre för handläggare av LSS-ärenden för barn, i 75 procent av kommunerna har dessa handläggare tillgång till kontinuerlig handledning.
- I 20 procent av kommunerna har samtliga eller fler än hälften av handläggare av LSS-ärenden för barn fått fortbildning i FN:s konvention om barnets rättigheter. Motsvarande andel när det gäller fortbildning om barn med funktionsnedsättning är högre, 40 procent.
- Omkring hälften av boenden för vuxna samt dagliga verksamheter enligt LSS erbjuder kompetensutvecklingsplaner inom alternativ kompletterande kommunikation (AKK). AKK är många gånger en förutsättning för att brukare ska kunna utöva självbestämmande och inflytande över sina insatser, varför det är positivt att åtminstone hälften av verksamheterna erbjuder denna kompetensutveckling. Det är dock angeläget att fler verksamheter erbjuder detta.
- Socialstyrelsens upphandlade utbildningar för LSS-handläggare bidrar till att stödja kommunerna i deras möjligheter att tillvarata nya kunskaper. Samtidigt uppger kommunerna att det kan vara svårt att omsätta kunskapen i praktik. Socialstyrelsen har därför inlett ett utvecklingsarbete för att genom webbaserat stöd främja kommunernas lokala kompetensutveckling.

Bilaga 1. Kostnadsutveckling i löpande priser

Tabell 1. Kostnader för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2013–2017, löpande priser och procent.

Kostnader för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning								
Miljarder kronor och procent, löpande priser.								
	2013	2014	2015	2016	2017	Förändring 2013–2017		An-del
<i>Miljarder kronor om inget annat anges</i>						mdkr	%	%
Summa kostnad	55,0	57,0	60,3	63,6	66,8	11,8	21,4	100
Summa insatser enligt LSS och SFB **	43,2	44,9	47,4	50,1	52,8	9,7	22,4	79
Boende	23,0	24,0	25,4	26,9	28,4	5,4	23,7	43
varav								
vuxna	21,4	22,4	23,7	25,2	26,6	5,2	24,5	40
barn	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	0,2	12,6	3
Personlig assistans	8,9	9,2	9,8	10,5	11,4	2,4	27,4	17
Daglig verksamhet	6,8	7,0	7,5	7,7	8,1	1,3	19,9	12
Övriga insatser	4,5	4,6	4,7	4,9	4,9	0,4	9,4	7
Summa insatser enligt SoL/HSL	11,9	12,1	12,9	13,6	14,0	2,1	17,7	20,9
Vård och omsorg i särskilt boende enl SoL/HSL	4,1	4,3	4,6	4,9	5,1	1,1	26,5	8
Vård och omsorg i ord.boende enl SoL/HSL.	7,1	7,1	7,6	8,0	8,1	1,0	14,1	12
varav								
hemtjänst/boendestöd	5,3	5,4	5,7	6,1	6,1	0,8	14,9	9
korttidsboende	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,1	16,2	1
övriga biståndsbedända insatser	1,1	1,2	1,2	0,9	0,8	-0,3	-26,0	1
dagsverksamhet				0,4	0,4			
Vård och omsorg i öppen verksamhet	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,0	3,3	1

*Socialförsäkringsbalken **Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2013–2017, Statistiska centralbyrån.

Tabell 2. Kostnadsutveckling för personlig assistans enligt LSS 2013–2017, miljarder kronor, löpande priser.

	2013	2014	2015	2016	2017	Förändring 2013–2017		Andel
						mdkr	%	%
Personlig assistans kommunernas kostnader för personlig assistans exkl ersättning från Försäkringskassan	8,9	9,2	9,8	10,5	11,4	2,4	27,4	64
Kostnader för personlig assistans som kommunen utför som anordnare	8,0	7,7	7,5	7,0	6,4	-1,6	-20,0	36
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	16,9	17,0	17,2	17,5	17,8	0,8	5,0	100

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2013–2017, Statistiska centralbyrån.

Tabell 3. Kostnader för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2007–2017, fasta och löpande priser.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Förändring 2007– 2017 Andel
Summa insatser enligt LSS och SFB **	41,6	43,2	44,9	46,0	47,8	48,6	49,6	50,5	50,4	52,1	52,8	79,1
Summa insatser enligt SoL/HSL	10,8	10,8	11,1	11,2	12,2	12,5	13,6	13,7	13,8	14,1	14,0	20,9
Summa insatser till personer med funktionsnedsättning	52,5	54,0	56,0	57,1	60,0	61,0	63,2	64,2	64,1	66,2	66,8	100,0
Årlig procentuell förändring	5,1	2,9	3,6	2,1	5,0	1,8	3,6	1,5	-0,1	3,3	0,8	
Löpande priser												
Summa insatser enligt LSS och SFB **	31,5	34,3	35,7	37,2	39,3	41,2	43,2	44,9	47,4	50,1	52,8	79,1
Summa insatser enligt SoL/HSL	8,2	8,6	8,8	9,1	10,1	10,6	11,9	12,1	12,9	13,6	14,0	20,9
Summa insatser till personer med funktionsnedsättning	39,6	42,9	44,5	46,3	49,4	51,8	55,0	57,0	60,3	63,6	66,8	100,0
Årlig procentuell förändring	7,4	8,2	3,7	4,0	6,7	4,9	6,3	3,6	5,9	5,5	5,0	

*Socialförsäkringsbalken **Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2013–2017 och Konsumtionsindex 2017, Statistiska centralbyrån.

Referenser

1. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2017. Socialstyrelsen; 2017.
2. Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet. Socialstyrelsen; 2017.
3. Vad tycker barnen? Barns och ungdomars uppfattning om sin trygghet och delaktighet i HVB och LSS-boenden under 2013. Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
4. Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010–2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS. Inspektionen för vård och omsorg; 2013.
5. Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap. Hämtad 2019-01-02 från <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/krisberedskap>.
6. Öppna jämförelser 2017 - krisberedskap inom socialtjänsten. Guide för att tolka resultaten. Socialstyrelsen; 2017.
7. Information om värmeböljor. Hämtad 2019-01-02 från: www.folkhalsomyndigheten.se
8. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2018. Socialstyrelsen; 2018.
9. Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Socialstyrelsen; 2017.
10. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen; 2016.
11. Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Socialstyrelsen; 2018.
12. Redovisning av medel för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS. Socialstyrelsen; 2018.
13. Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning 2017. Socialstyrelsen; 2018.
14. Det är mitt hem – vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning Socialstyrelsen; 2010.
15. Ljungberg, AM, David; Alain Topor. Boendestöd - erfarenhetsbaserad praktik och kunskap. FoU-rapport nr 27/2017: FoU Nordost; 2017.
16. Kommun och landstingsdatabasen. 2018.
17. 500 röster om LSS. En inblick i verkligheten, från norr till söder. Socialstyrelsen; 2018.
18. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (LSS). Kommunundersökningen. Socialstyrelsen; 2018.
19. Intellectuell funktionsnedsättning och arbete. Forskning i korthet #10. Forte; 2017.
20. Öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2018.
21. Juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Uppföljning av 2017 års medel. Socialstyrelsen; 2018.
22. Jämlig vård & hälsa - för alla? : Socialstyrelsen; preliminär publicering april 2019.
23. Socialstyrelsens strategiska färdplan 2017-2020. Socialstyrelsen; 2017.

24. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - lägesrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.
25. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015. Socialstyrelsen; 2015.
26. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2017.
27. Hur skapar vi bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning? Beskrivning av ojämlikheter idag samt förslag på förändrade arbetssätt. Sveriges Kommuner och Landsting.
28. Nordström, B. Hälsa för barn och unga med flerfunktionsnedsättning: Nationellt kompetenscentrum anhöriga; 2018.
29. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2017 Socialstyrelsen; 2018.
30. Utvärdering av tandvårdsstöden som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget Socialstyrelsen; 2018.
31. Målgruppen för de särskilda tandvårdsstöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Socialstyrelsen; 2013.
32. Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen.
33. Riktlinjer för tillgänglighet. Riv hindren. Myndigheten för delaktighet; 2015.
34. Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv. En kartläggning av vårdcentraler och socialtjänstkantor. Socialstyrelsen; 2010.
35. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2018. Redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Socialstyrelsen; 2018.
36. Kommun och landstingsdatabasen. 2017.
37. Att ge ordet och lämna plats - vägledning inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen; 2013.
38. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (LSS). Enhetensundersökningen. Socialstyrelsen; 2018.
39. Vägar till ökad delaktighet. Socialstyrelsen; 2017.
40. Uppföljning av barnkonventionens genomslag vid tillämpning av LSS. Socialstyrelsen; 2019.
41. När samhället inte ser, hör eller förstår, könsrelaterat våld och funktionshinder. Nordens välfärdscenter; 2016.
42. Våld - handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen; 2016.
43. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. WHO; 2013.
44. Öppna jämförelser 2017. Stöd till personer med funktionsnedsättning - LSS. Guide för att tolka resultaten. Socialstyrelsen; 2017.
45. Statsbidrag till kvinno- och tjejjourer. Uppföljning av 2017 års medel. Socialstyrelsen; 2018.
46. Öppna jämförelser 2017. Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (socialpsykiatri). Guide för att tolka resultaten. Socialstyrelsen; 2017.
47. På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. SOU 2017:43. 2017.
48. Lägesrapport om verksamheter med personligt ombud. Socialstyrelsen; 2018.

49. Öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri Socialstyrelsen; 2017.
50. Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS, delredovisning av regeringsuppdrag. Socialstyrelsen; 2015.
51. Statistik över ej verkställda beslut som inrapporterats till IVO. Hämtad 2019-02-01 från: www.ivo.se
52. Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2016.
53. Bostadsmarknadsenkäten 2018. 2018. Hämtad 2018-12-01 från:
54. Med makt följer ansvar. Socialtjänstens myndighetsutövning inom LSS och hemtjänst. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
55. Tillsynsrapport 2016. De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016. Inspektionen för vård och omsorg; 2017.
56. Vad gör min LSS-handläggare? Tillsyn av myndighetsutövning inom LSS och hur de som söker en insats uppfattar handläggningsprocessen. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
57. Nationell utbildning för LSS-handläggare. En slutrapport. Socialstyrelsen; 2017.
58. Nationell påbyggnadsutbildning för handläggare som prövar LSS. Delrapport 2. Socialstyrelsen; 2018.
59. Nationell påbyggnadsutbildning för handläggare som prövar LSS. Lägesrapport. Socialstyrelsen; 2017.